

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

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé

Janvier - Février 2009

■ **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.

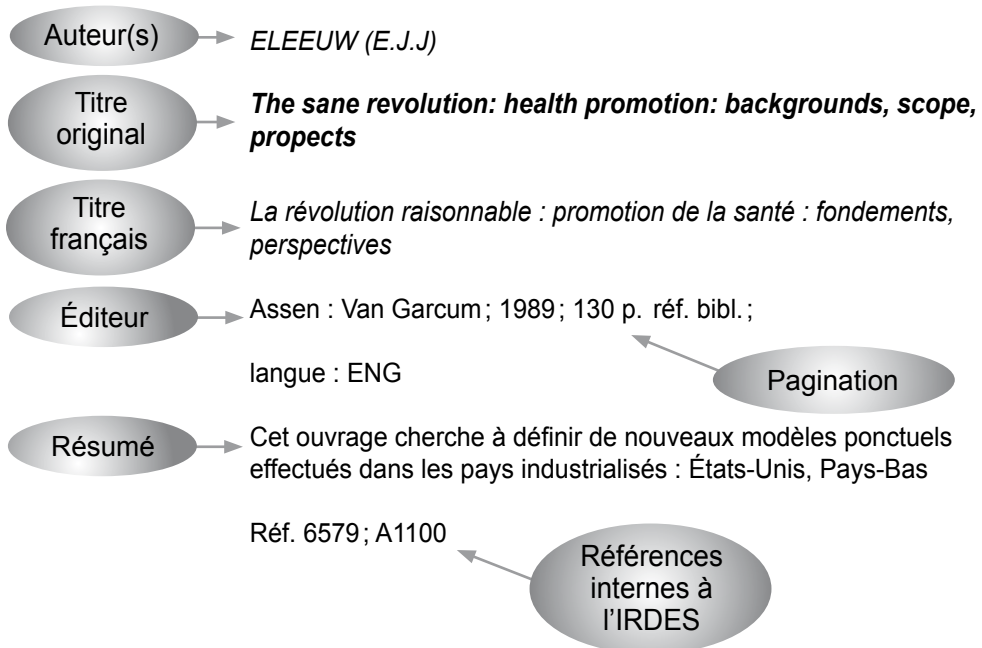
Pour contacter le centre de documentation : email : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

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


Serveur Web : [www.irdes.fr](http://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

Administration de la santé.....	17
Agences régionales de santé.....	17
Bioéthique.....	18
Performance.....	18
Planification sanitaire.....	19
Prospective.....	19
Régulation.....	20
Santé mentale.....	20
Soins palliatifs.....	21

### 22 PROTECTION SOCIALE

Action sociale.....	22
Assurance maladie.....	22
Assurances privées.....	23
Comptabilité publique.....	24
Couverture complémentaire.....	24
Couverture maladie universelle.....	25
Enquête ESPS.....	25
Études d'ensemble.....	26
Financement.....	26
Minima sociaux.....	27
Régimes sociaux.....	28
Retraite.....	29
Salaire minimum.....	30
Sondages d'opinion.....	30

### 30 PRÉVENTION SANTÉ

Alcoolisme.....	30
Éducation thérapeutique.....	31
Observance thérapeutique.....	32

### 32 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Accidents du travail.....	32
Comptes de la Sécurité sociale.....	32
Coûts de la santé.....	33
Prévention.....	34
Projections.....	34
Taxe nutritionnelle.....	34
Utilité économique.....	35

### 35 ÉTAT DE SANTÉ

Accidents.....	35
Accidents de la vie courante.....	36
Alcoolisme.....	36
Asthme.....	37
Démence.....	37
Données d'ensemble.....	37
Drogues.....	38
Effets climatiques.....	39
Handicap.....	40
Indicateurs de santé.....	40
Maladies chroniques.....	41
Maladies neurologiques.....	41
Santé des migrants.....	42
Obésité.....	43
Périnatalité.....	44
Santé scolaire.....	44
Sociologie de la santé.....	44
Travail et santé.....	45

### 49 PERSONNES ÂGÉES

Accueil familial.....	49
Emploi des seniors.....	50
Exclusion sociale.....	50
Relations intergénérationnelles.....	51
Réseaux de santé.....	51

## 52 INÉGALITÉS DE SANTÉ - PAUVRETÉ

Cancer .....	52
Comparaisons internationales .....	52
Discrimination .....	53
Données d'ensemble .....	53
Inégalités sociales.....	53
Littératie en santé .....	56
Migrants .....	56
Pauvreté.....	57
Sans domicile fixe .....	57
Zones urbaines sensibles .....	58

## 58 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Ain.....	58
Aménagement du territoire .....	58
Atlas .....	59
Centres d'examen de santé .....	59
Décentralisation .....	59
Ville .....	61

## 61 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Collaboration interprofessionnelle.....	61
Démographie médicale .....	62
Études critiques .....	63
F.I.Q.C.S. ....	63
Médecin traitant .....	63
Pratique médicale .....	64
Prescriptions .....	65
Programmes de santé.....	65
Qualité des soins .....	65
Modes de rémunération .....	66
Recommandations .....	69
Santé mentale.....	69

## 70 HÔPITAL

Césariennes.....	70
Coûts de l'hospitalisation .....	70
Gouvernance .....	71
Histoire.....	71
Hôpital public .....	71
Hospitalisation à domicile .....	72
Listes d'attente.....	73
Management hospitalier.....	73

Néonatalogie.....	73
Psychiatrie .....	74
SSIAD .....	74
Tarification hospitalière .....	74
Urgences.....	75

## 75 PROFESSIONS DE SANTÉ

Chirurgiens.....	75
Chirurgiens-dentistes .....	76
Genres .....	76
Migrations internationales .....	76
Ressources humaines .....	78

## 79 MÉDICAMENTS

Automédication .....	79
Contrefaçons.....	79
Diffusion des médicaments.....	79
Dispositifs médicaux .....	80
Génériques .....	80
Industrie pharmaceutique .....	81
Observance thérapeutique.....	82
Politique du médicament.....	82
Recherche pharmaceutique.....	84

## 84 TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALE

Aides techniques.....	84
Cartes SESAM Vitale.....	85
Dossier médical personnel.....	85
Innovation technologique.....	85
Systèmes d'information.....	86

## 86 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Canada .....	86
États-Unis .....	89
Monde .....	91
Nouvelle Zélande .....	91
Pays-Bas.....	91
Russie .....	92
Royaume-Uni.....	93
Suède.....	94

## 94 PRÉVISION - ÉVALUATION

Analyses économiques .....	94
Programmes de santé.....	95
Qualité des soins .....	95
Recherches publiques .....	96

## 96 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Enquêtes santé .....	96
Management de la valeur .....	96
Méthodes statistiques .....	97
Sondages.....	97
Systèmes d'information.....	97

## 98 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Population active.....	98
Projections .....	98

## 99 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Coopération internationale.....	99
Professions libérales.....	99
Services à la personne .....	100

## 100 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

Dictionnaires .....	100
Documentalistes .....	100
Internet.....	100
Revue de la littérature.....	101

## 101 RÉGLEMENTATION

Droits du malade.....	101
Droits hospitalier .....	102
EHPAD .....	102
Produits de santé .....	103

## AUTRES RUBRIQUES

Index des auteurs .....	105
Carnet d'adresses des éditeurs .....	115



## ► Références bibliographiques





## Administration de la santé

38855

OUVRAGE

MESSI (P.), LE BORGNE (C.)

**Les acteurs du système de soins : les institutions et organismes français et européens responsables de la politique de santé.**

Paris : Editions Huveaux France : 2008 : 232p., index

Cote Irdes : A3083ter

Cet ouvrage, mis à jour pour la troisième fois, recense tous les organismes qui interviennent dans la conception, le fonctionnement et l'administration du système de santé en France et en Europe. Il présente brièvement l'organisation, le rôle et les compétences de chacun, qu'il s'agisse de ministères, d'administrations, d'agences sanitaires, d'organismes consultatifs, de régimes d'assurance maladie, de syndicats, de fonds de financement en tout genre. Il consacre un chapitre spécifique aux instances régionales, dont le rôle s'est accru ces dernières années, et un autre sur les instances européennes..

## Agences régionales de santé

37038

RAPPORT

RITTER (P.)

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

**Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS).**

Paris : MSSPS : 2008/01 : 58p.

Cote Irdes : B6384

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000146/0000.pdf>

La mise en place des ARS, l'an prochain, constituera « une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies », indique ce rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot. Elles devraient en effet permettre d'accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer leur caractère préventif ou « promouvoir l'efficacité hospitalière ». Cinq principes justifient la réforme : accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer le caractère préventif des politiques de santé (en fonction des besoins lo-

caux), recentrer l'offre de soins vers les soins primaires, faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière, recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social. Selon l'auteur, ces futures ARS devront disposer d'un « vaste » champ d'intervention qui irait de la médecine libérale aux hôpitaux, en passant par l'accueil des personnes âgées et handicapées dans les établissements médico-sociaux et la santé publique (la prévention, mais aussi la veille et la sécurité sanitaire). Cela entraînerait une recomposition du « paysage institutionnel » puisque les ARS vont se substituer aux ARH, aux URCAM, aux Missions régionales de santé, aux Groupements régionaux de santé publique, et elles vont conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et DRASS. « Le réseau territorial de l'Assurance maladie devra également être adapté en fonction du scénario retenu. Les URCAM, et la partie des CRAM et du Service médical dont les compétences relèveront des ARS pourront être rattachés aux ARS. Les caisses locales des trois régimes pourraient exercer des activités de régulation par contrat pour le compte de l'ARS », précise le rapport. L'Assurance maladie voit donc son champ se réduire (facilitation de l'accès aux droits, liquidation et contrôle des prestations, action sanitaire et sociale, contentieux, lutte contre les fraudes).

37039

RAPPORT

BUR (Y.)

Assemblée Nationale.. Paris. FRA

**Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé.**

Paris : Assemblée Nationale : 2008 : 168p.

Cote Irdes : B6385

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf>

Le présent rapport constitue une contribution de la mission d'information aux réflexions en cours sur l'organisation, les missions, le statut et les outils opérationnels des Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi que sur leur articulation avec les autres acteurs du système de santé. Il ressort notamment des travaux de la mission que l'unification du pilotage régional du système de santé, pour justifiée qu'elle soit, ne permettra pas de gains d'efficacité sans un pilotage national du système de santé moins éclaté qu'aujourd'hui.

## ► Bioéthique

38319

OUVRAGE

LAXALT (J.M.) / introd.

### ***Nouvelles frontières de la médecine, nouveaux défis éthiques.***

Paris : MGEN : 2008/02 : 79p.

Cote Irdes : A3736

Cet ouvrage constitue les actes de la «Journée Bioéthique», organisé par la MGEN. Des découvertes récentes montrent l'intérêt des cellules souches adultes dans la médecine régénératrice. Les cellules souches seront-elles des pièces de rechange pour l'être humain ? Quelles sont les promesses de la thérapie cellulaire ? Quelles sont les différents types de cellules souches ? Au cours de cette journée de réflexion, les intervenants ont fait le point sur l'état de la science et débattu de l'utilisation des cellules souches au regard de la loi et de l'éthique. Ils ont ensuite réfléchi aux nouvelles possibilités offertes par la génétique et aux implications actuelles et futures de cette médecine prédictive sur les plans éthique et social. Le débat et les échanges entre intervenants ont permis de mieux cerner prévention et prédiction et de mettre l'accent sur l'importance du consentement libre et informé de la personne et son droit de savoir, mais aussi de ne pas savoir.

## ► Performance

37581

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
RICE (N.) , ROBONE (S.) , SMITH (P.C.)

University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

### ***The measurement and comparison of health system responsiveness.***

*Évaluation et comparaison de la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des patients.*

HEDG Working Paper; 08/05

York : HEDG : 2008/03 : 20p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08\\_05.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_05.pdf)

Measuring the performance of health systems has become a key tool in aiding decision makers to describe, analyze, compare and ultimately improve the delivery and outcomes achieved by a system. The World Health Or-

ganization's (WHO) framework for assessing performance includes three intrinsic goals of health systems, namely health improvement, fairness in financial contribution and responsiveness to user preferences. Broadly speaking health system responsiveness can be defined as the way in which individuals are treated and the environment in which they are treated, encompassing the notion of patient experience. Perhaps the most ambitious attempt to implement a cross-country comparative instrument aimed at measuring health system performance is the World Health Survey (WHS). The modules on responsiveness and health ask respondents to rate their experiences using a 5-point categorical scale (e.g. "very good" to "very bad"). A common problem with self-reported data is that individuals, when faced with the instrument, are likely to interpret the meaning of the response categories in a way that systematically differs across populations or population sub-groups. In such cases the ordinal response categories will not be cross-population comparable since they will not imply the same underlying level of the construct. Recently the method of anchoring vignettes has been promoted as a means for controlling for systematic differences across socioeconomic groups in preferences, expectations and norms when responding to survey questions. This paper applies the method of anchoring vignettes to adjust survey reports of responsiveness for reporting heterogeneity. We present preliminary results for a selected number of domains and countries to illustrate the approach and find systematic reporting by income and education, but not by age and gender. Further analysis will extend the method to a larger set of countries and domains to investigate more fully the application of the approach for international comparative analysis of health system performance.

38716

RAPPORT, INTERNET

Commonwealth Fund. New York. USA

### ***Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008.***

*Pourquoi le système de santé américain n'est-il pas le meilleur. Résultats du tableau de bord national sur la performance du système de santé américain, 2008.*

New York : The Commonwealth Fund : 60p., tabl., graph

Cote Irdes : En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/user\\_doc/Why\\_Not\\_the\\_Best\\_national\\_scorecard\\_2008.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/user_doc/Why_Not_the_Best_national_scorecard_2008.pdf?section=4039)

Prepared for the Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008, updates the 2006 Scorecard, the first comprehensive means of measuring and monitoring health care outcomes, quality, access, efficiency, and equity in the United States. The 2008 scorecard, which presents trends for each dimension of health system performance and for individual indicators, confirms that the U.S. health system continues to fall far short of what is attainable, especially given the resources invested. Across 37 core indicators of performance, the U.S. achieves an overall score of 65 out of a possible 100 when comparing national averages with U.S. and international performance benchmarks. Overall, performance did not improve from 2006 to 2008. Access to health care significantly declined, while health system efficiency remained low. Quality metrics that have been the focus of national campaigns or public reporting efforts did show gains.

## ► Planification sanitaire

37214

RAPPORT

Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

### **Securing health. Lessons from Nation-Building Missions.**

*Expériences de sécurisation du système de santé menées dans le cadre de missions de reconstructions nationales.*

Santa Monica : Rand corporation : 2006 : 351p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/monographs/2006/RAND\\_MG321.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2006/RAND_MG321.pdf)

Rebuilding public health and health care delivery systems has been an important component of nation-building efforts conducted after major conflicts. However, few studies have attempted to examine a comprehensive set of cases, compare the quantitative and qualitative results, and outline best practices. The study assesses seven cases of nation-building operations following major conflicts: Germany and Japan immediately after World War II; Somalia, Haiti, and Kosovo in the 1990s; and Afghanistan and Iraq since 2001. It concludes that two factors increase the likelihood of suc-

cessful health outcomes: planning and coordination, and infrastructure and resources. In addition, the study argues that health can have an independent impact on broader political, economic, and security objectives during nation-building operations.

38315

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

### **La mise en oeuvre du plan cancer : Rapport public thématique.**

Paris : La Documentation française :

2008/06 : 174p.

Cote Irdes : B6500

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000337/index.shtml>

Le Plan cancer 2003-2007 comporte des enjeux humains, médicaux, scientifiques, économiques et financiers considérables. Dans le premier chapitre du rapport, la Cour des comptes étudie le financement (objectifs budgétaires, suivi des dépenses) et le pilotage (missions de l'Institut national du cancer, suivi régional...) du Plan cancer et analyse le rôle des autorités de l'Etat. Le deuxième chapitre fait le bilan du Plan cancer et présente le taux de réalisation des sept priorités et 70 mesures retenues. La Cour des comptes étudie les actions entreprises sur les facteurs de risque (mesures drastiques contre le tabagisme, carence de l'Etat face aux cancers professionnels et environnementaux, inefficacité du plan face à l'alcool...). Elle remarque des progrès réels et inégaux dans les dépistages, souhaite d'amples réorganisations des soins et une meilleure organisation de la recherche. On trouve en annexe, les mesures du Plan cancer, ainsi que les réponses apportées par les différentes personnalités concernées par le Plan après la communication du rapport.

## ► Prospective

39071

OUVRAGE

SPIRA (A.), MOUTET (F.), MARSAL (C.) et al.

TABUTEAU (D.) / dir.

Office de Prospective en Santé. (O.P.S.).

Paris. FRA

### **Rapport 2008.**

Paris : Editions de santé ; Paris : Les Presses de SciencesPo : 2008 : 202p.

Cote Irdes : A3764

Coordonné par la chaire santé de Sciences-Po, ce premier rapport de l'Office de prospective en santé (OPS) rassemble plusieurs travaux réalisés par des experts du monde de la santé, sur l'évolution des systèmes de santé d'ici 2025. Il montre que le système de santé français est bel et bien en rupture organisationnelle et concernant le devenir de l'industrie des produits de santé, il parie d'ici les 20 prochaines années sur une forte évolution du disease management avec une industrie proposant de plus en plus de services autour du produit.

## ► Régulation

38204

RAPPORT

JEANDET-MENGUAL (E.), REBOUL (J.B. de)

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

**Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers : note définitive.**

Paris : IGAS ; La documentation française : 2008/02 : 180 p.

Cote Irdes : B6483

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000329/0000.pdf>

Le ministre de la santé et des solidarités avait demandé en avril 2007 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qu'intervienne une mission d'analyse et de réflexion, en relation avec les professionnels, concernant l'organisation globale de l'offre en soins infirmiers, sous la forme d'un groupe de travail piloté par l'inspection générale et destiné à recueillir des contributions ouvertes et partagées par l'ensemble des professionnels sur ce sujet. Cette mission a été confirmée par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et a démarré de manière effective en septembre 2007. Il s'agissait d'étudier les moyens de renforcer la cohérence de l'offre et de formuler des propositions pour garantir la présence d'une offre en soins infirmiers de qualité sur l'ensemble du territoire tout en assurant la complémentarité des différents intervenants (offre de soins infirmiers libérale, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centres de soins infirmiers (CSI), compte tenu du constat d'une très grande disparité géographique de la répartition de l'offre en soins infirmiers.

## ► Santé mentale

39439

RAPPORT , INTERNET

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

**Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges.**

*Politiques et pratiques en santé mentale en Europe. Relever les défis.*

Copenhague : Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe : 2008 : 191p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/document/E91732.pdf>

<http://www.euro.who.int/document/E91732.pdf?language=French>

This WHO report, co-funded by the European Commission, gives an overview of policies and practices for mental health in 42 Member States in the WHO European Region. Nearly all countries have made significant progress over the past few years, and several are among the leaders in the world in such areas as mental health promotion, mental disorder prevention, service reform and human rights. Nevertheless, this report also identifies weaknesses in Europe: some systematic, such as the lack of consensus on definitions and the absence of compatible data collection, and others that show great variation across countries, such as the stage of community services development and the level of investment in various areas. It also identifies gaps in information in areas of strategic importance for the development of mental health policies. This report is a baseline against which progress can be measured towards the vision and the milestones of the Mental Health Declaration for Europe.

39774

RAPPORT , INTERNET

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

**Social cohesion for mental well-being among adolescents.**

*Cohésion sociale pour le bien-être mental des adolescents.*

Copenhague : Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe : 2008 : 269p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf>

Safeguarding the mental health and wellbeing of young people in the WHO European Region requires addressing socially determined risk factors for mental disorders and creating social environments that foster protective factors for mental well-being. The Mental Health Action Plan and Declaration for Europe highlight action in these areas. For the 2007 WHO/Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Forum, countries throughout the Region analysed mechanisms for intersectoral action to promote adolescents' mental well-being, address health inequities, ensure young people's participation in the design, implementation and evaluation of policy and interventions, and translate research on young people's health into policies and action. This publication describes the Forum and presents the case studies and reviews produced for it. Representatives from the following Member States prepared case studies: Armenia, Belgium (Flanders), Finland, Germany, Hungary, Iceland, Ireland, Lithuania, Portugal, the Republic of Moldova, Romania, Slovenia, Spain (Andalusia and Alcalá de Henares), and United Kingdom (England and Scotland). Evidence reviews covered cross-national HBSC data on mental well-being in school-aged children in the Region, socioeconomic inequalities in adolescents' mental health and economic aspects of mental health in children and adolescents. The 2007 Forum was the second in a series dedicated to increasing action on the socioeconomic determinants of adolescent health.

## ► Soins palliatifs

37599

RAPPORT

HENNEZEL (M. de)

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

FRA

***La France palliative.***

Paris : MSSPS : 2007 : 125p.

Cote Irdes : B6462

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000176/0000.pdf>

Ce rapport a été demandé par Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, en 2005, à la veille du vote de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti. Marie de Hennezel a effectué cette mission en se rendant dans toutes les régions de métropole et à La Réunion, afin d'y étudier la manière dont sont pratiqués les

soins palliatifs et de sensibiliser les équipes en organisant des forums «Fin de vie : le devoir d'accompagnement». Elle fait état, dans ce rapport, d'une carence généralisée des soins palliatifs et d'inégalités importantes dans l'accès à ces soins. Elle conclut en indiquant que la culture des soins palliatifs n'est pas encore entrée dans la mentalité française et que les sources de financement sont insuffisantes. Elle constate la mauvaise connaissance de la loi Leonetti et de son contenu. Dans le texte de l'argumentaire utilisé lors des forums, Marie de Hennezel propose tout d'abord de clarifier les mots et les pratiques, de former et d'accompagner les équipes, d'accueillir, accompagner les familles et respecter les rites religieux et enfin de promouvoir le bénévolat d'accompagnement.

39023

OUVRAGE

MINO (J.L.), FOURNIER (E.)

***Les mots des derniers soins. La démarche palliative dans la médecine contemporaine.***

Paris : Les Belles Lettres : 2008 : 253p., tabl., index

Cote Irdes : A3761

Quels soins donne-t-on à un malade qui va mourir ? Et que dit-on que l'on fait ? Que dit-il, lui, qui est placé dans l'incertitude profonde de son sort ? L'entend-on ? Comment l'entendre ? Et que lui répondre ? Bien souvent les questions qui se posent à l'approche de la mort sont laissées au non-dit. Et les silences se creusent entre pudeur et impuissance, respect et fuite, compréhension et angoisse. Pour briser le silence, sans imposer un discours, ce livre manifeste une attention originale : en donnant largement la parole aux soignants et aux malades, il rappelle inlassablement la dissymétrie de leurs situations, insurmontable par principe. Mais ce faisant, il interroge ce qui se dit de part et d'autre, libérant ainsi une autre voie, celle de l'écoute comme possibilité et foyer de relations porteuses de sens. De ces rapprochements de paroles et des multiples hésitations des soignants à définir leurs actes et leurs objectifs, il ressort que la mission même de la médecine demande à être repensée afin de fonder une « médecine de l'incurable », appelée à orienter la prise en charge d'un nombre grandissant de patients âgés ou malades chroniques pour lesquels la médecine n'a pas de certitude ou n'a plus d'espoir de guérison (4e de couverture).

## D Action sociale

39630

OUVRAGE  
BORGETTO (M.) / dir., CHAUVIERE (M.) /  
dir.

### **Qui gouverne le social ?**

Paris : Dalloz : 2008 : 284p.

Cote Irdes : A3801

Qui gouverne le social ? Pareille question ne peut rester purement formelle. Mais comment évaluer le poids respectif des nombreux acteurs concernés ? D'abord ne pas séparer l'aide et l'action sociales de la Sécurité sociale, l'assistance de l'assurance : les chemins sont différents, mais, d'un pays à l'autre, la mobilisation pour garantir la protection est souvent commune. Puis, prendre acte du brouillage contemporain des frontières entre ces deux grands ensembles (multiplication des conditions de ressources, montée en puissance de la fiscalité dans le financement, progrès de la construction européenne...). Les auteurs examinent le système de protection collective dans sa globalité ainsi que les inflexions qui ont affecté chaque composante. Ils s'attachent aux enjeux normatifs et procéduraux sous-jacents aux politiques publiques (universelles ou ciblées), aux questions institutionnelles soulevées par le jeu des acteurs (administrations, caisses, syndicats, mutualités, associations), aux stratégies développées par certains groupes professionnels ou encore aux évolutions ayant affecté le régime contentieux (4e de couverture)

## D Assurance maladie

37517

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

### ***Inequity In Publicly Funded Physician Care: What Is The Role Of Private Prescription Drug Insurance?***

*Iniquité dans le recours au médecin financé par l'État canadien : quel est l'impact de l'assurance santé privée ?*

Chepa working paper series ; 08-02

Hamilton : McMaster University : 2008 : 24p.,  
fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chepa.org/Portals/0/pdf/  
CHEPA%20WP%2008-02.pdf](http://www.chepa.org/Portals/0/pdf/CHEPA%20WP%2008-02.pdf)

This study examines the impact that private financing of prescription drugs in Canada has on equity in the utilization of publicly financed physician services. The complementary nature of prescription drugs and physician service use alongside the reliance on private finance for drugs may induce an income gradient in the use of physicians. We use established econometric methods based on concentration curves to measure equity in physician utilization and its contributors in the province of Ontario. We find that individuals with prescription drug insurance make more physician visits than do those without insurance, and the effect on utilization is stronger for the likelihood of a visit than the conditional number of visits, and for individuals with no chronic conditions than those with at least one condition. Results of the equity analyses reveal the most important contributors to the pro-rich inequity in physician utilization are income and private insurance, while public insurance, which covers older people and those on social assistance, has a pro-poor effect. These findings highlight that inequity in access to and use of publicly funded services may arise from the interaction with privately financed health services that are complements to the use of public services.

38301

OUVRAGE  
RAULT-DOUMAX (P.)

### ***L'assurance-maladie au risque de la mondialisation. La crise structurelle du système de santé.***

Paris : L'Harmattan : 2008 : 276p.

Cote Irdes : A3735

La France doit son attractivité à son art de vivre apprécié par bon nombre de pays. Elle nous vient en partie de notre système de soins socialisé et de qualité encore recon- nue. La société marchande de plus en plus globalisée porte-t-elle une menace pour ce système de plus en plus lourd à financer sans compromettre notre compétitivité économique et nos engagements communautaires ? Sommes-nous trop habitués à un pays, la France, qui nous apporte plus que nous lui donnons ? L'opinion publique et les politiques refusent d'explicitier cette problématique, préférant une recherche de financement plus ou moins organisés à celle d'une réforme globale de la distribution des soins. La mondialisation voulue ou subie sonnera-t-elle le glas de nos

avancées en matière de santé ou sera-t-elle l'opportunité d'une réforme, qui sauvegardera, pour l'essentiel, notre manière de vivre ? L'ouvrage met en perspective le passé de nos acquis avec la planétisation humaine à venir (4e de couverture).

39631

CHAPITRE  
HASSENTEUFEL (P.)

**Régulation étatique de l'assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique.**

In : Qui gouverne le social ?

Paris : Dalloz : 2008 : 219-239

Cote Irdes : A3801

Ce chapitre analyse les évolutions du cadre institutionnel du système d'assurance maladie français en s'appuyant sur la notion d'«Etat régulateur». Cette dernière renvoie à deux évolutions interdépendantes des politiques publiques en général et de la protection maladie en particulier. La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'Etat régulateur est un Etat qui agit plus directement, qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui pilote et qui oriente plus qu'il ne met en oeuvre. La deuxième évolution est le renforcement des capacités de contrôle étatique à travers le développement de l'audit, de l'évaluation, du benchmarking etc..., en particulier dans le cadre d'agences qui se sont développées dans le domaine sanitaire comme dans d'autres domaines de l'action publique. L'évolution du système d'assurance maladie va plus dans le sens d'un Etat régulateur que dans celui de la gouvernance. Cette évolution peut notamment s'expliquer par l'affirmation d'une élite administrative dans ce domaine de la protection sociale depuis les années 80. Ce groupe de hauts fonctionnaires peut être défini davantage comme une élite programmatique que comme une élite technocratique. Un éclairage comparatif avec l'Allemagne et le Royaume Uni est proposé.

39830

OUVRAGE  
SWARTZ (K.)

**Reinsuring health. Why more middle-class people are uninsured and what government can do.**

*Réassurer la santé. Pourquoi autant de personnes appartenant à la classe moyenne sont sans assurance et ce que peut faire le gouvernement.*

New York : Russel Sage Foundation : 2006 : 203p., tabl., fig., index

Cote Irdes : A3808

This book describes the changing nature of the uninsured and how the high cost of health insurance is driving healthy people out of the insurance market. It emphasizes changes in the economy and labor markets, the rise in professional temporary workers and changes in demographic patterns as having contributed to the growth in the number of uninsured. It proposes a mechanism to cover those who are uninsured and defined as middle class based on income. To expand coverage, issues regarding risk selection—a choice of healthier, and therefore, lower cost individuals—must be addressed. Swartz advocates for reinsurance and insurance for insurers, to protect insurers from extreme cost. Swartz believes that the benefits of a \$5 to \$20 billion per year government reinsurance program that «took responsibility for people who have the top one percent of all medical expenses among everyone covered by small group or individual insurance,» would include: Lower premiums for coverage in the small group and individual market by 20 to 40 percent; insurance coverage for at least 15 million uninsured individuals; decreases in unnecessary medical expenses; reduction in selection mechanisms by insurers; increases in offerings by private health insurers. Finally, Swartz notes that the idea of reinsurance is not new and cites several examples where the federal government has taken the responsibility for the worst risks, including the Federal National Mortgage Association, Medicare and the Terrorism Risk Insurance Act of 2002.

## ▮ Assurances privées

40160

RAPPORT, INTERNET  
DEVOLDER (P.), DENUIT (D.), MARÉCHAL (X.), YERNA (B.L.), CLOSON (J.P.), LÉONARD (C.), SENN (A.), VINCK (I.)  
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles. BEL

**Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie.**

Bruxelles : KCE : 2008 : 58p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1358>

Des contrats privés d'assurance maladie sont conclus par bon nombre de personnes ou par leurs employeurs pour couvrir des frais résultant de soins de santé et qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. On estime que plus de cinq millions de personnes sont couvertes par de tels contrats en Belgique. Il est fréquent que ces contrats ne soient pas renouvelés par les assureurs ou que leurs conditions contractuelles soient modifiées et en particulier leurs tarifs. La loi du 20 juillet 2007 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie vise à protéger les assurés en limitant notamment les possibilités de modification des conditions tarifaires des contrats d'assurance maladie aux cas de réelles augmentations du coût des prestations garanties. Le KCE a été chargé par le législateur de mettre au point une méthodologie de construction d'un index médical qui traduirait, sur la base de paramètres objectifs, l'augmentation réelle des coûts auxquels doivent faire face les assureurs et qui pourrait donc être utilisé pour limiter l'adaptation annuelle des primes demandées. Le premier chapitre contiendra une comparaison internationale concernant les mécanismes d'indexation. Dans le chapitre suivant, la première section explique les différentes méthodes de construction d'un indice des prix spécifiques aux contrats privés d'assurances maladie retenues en abordant leurs avantages et inconvénients respectifs. Sur base de cette analyse, nous avons retenu une méthode – approche actuarielle – et ce pour des raisons techniques évidentes. L'objet de la seconde section est de présenter les données collectées auprès d'Assuralia, Union professionnelle des entreprises d'assurances. Nous évoquerons ensuite les paramètres objectifs et représentatifs retenus lors de la mise en oeuvre de cette méthode actuarielle. La section suivante sera quant à elle réservée à la présentation théorique du cheminement intellectuel suivi dans la construction de l'indice et l'illustration de ces concepts au travers d'exemples clairs. Nous terminerons par quelques conclusions (Résumé des auteurs).

## ► Comptabilité publique

38732

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

***Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques.***

Paris : Cour des Comptes ; la Documentation

française : 2008 : 127p.

Cote Irdes : B6524

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000365/0000.pdf>

Le présent rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques est établi en application de l'article 58-3° de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Son dépôt est conjoint à celui du rapport du Gouvernement sur l'évolution de l'économie nationale et l'orientation des finances publiques prévu par l'article 48 de cette loi organique. Il vise à nourrir le débat d'orientation budgétaire que doit tenir le Parlement ainsi que le débat sur l'orientation des finances sociales qui peut lui être couplé, en application de l'article 6 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS). Dans ce rapport, la Cour fait un audit d'ensemble de la situation des finances publiques, en utilisant notamment les observations qu'elle a formulées dans son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'exercice 2007). Diverses enquêtes spécifiques ont également été menées.

## ► Couverture complémentaire

37684

CHAPITRE

KAMBIA CHOPIN (B.), PERRONNIN (M.),  
PIERRE (A.), ROCHEREAU (T.)

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

***Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ? Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006.***

Paris : IRDES : 2008/04 : 45-55

Cote Irdes : R1701ter

Les données recueillies dans l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes permettent d'étudier le poids d'un contrat de couverture complémentaire santé dans le budget des ménages. Ce poids, appelé « taux d'effort », n'a pas encore été étudié en population générale sur données françaises. Pourtant, dans un contexte où les dernières réformes de santé tendent à diminuer le rôle de l'Assurance obligatoire, il semble important de l'évaluer et de le prendre en considération dans la conduite des politiques publiques. L'accès à la couverture complémentaire santé se fait soit par l'intermédiaire de l'entreprise, soit par une démar-



che individuelle. Pour étudier le taux d'effort des ménages, nous observons uniquement les personnes qui bénéficient d'un contrat individuel, seules à arbitrer le coût et les bénéfices d'un contrat. En effet, dans le cas des contrats collectifs, l'employeur participe au paiement de la prime à hauteur de 50 % en moyenne. De plus, le salarié ne connaît pas précisément le montant de sa prime, souvent prélevée directement sur sa feuille de paie. Enfin, dans 50 % des cas, la souscription est imposée à l'ensemble des salariés. Avant d'étudier le taux d'effort des ménages ne bénéficiant pas de contrats collectifs, les auteurs commencent par présenter le cadre théorique dans lequel s'inscrit cette étude, ainsi que les différences de revenus et de primes en fonction de la couverture des ménages.

39440

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

**Rapport annuel 2007 du CTIP.**

Paris : CTIP : 2008/10 : 41p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/505C\\_4.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/505C_4.pdf)

Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) présente l'activité des 62 institutions de prévoyance membres du CTIP pour l'année 2007 : la prévoyance collective, les activités des institutions, les institutions adhérentes, l'action sociale, l'organisation du CTIP...

## ► Couverture maladie universelle

37909

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

**Rapport d'activité 2007 du Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.**

Paris : Fonds CMU : 2008/05 : 63p., tabl.

Cote Irdes : B6476

<http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT%202007.pdf>

Le rapport d'activité 2007 du Fonds CMU vise à fournir, au-delà des informations sur son fonctionnement, des données et des analy-

ses relatives à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé. Cette année, une nouvelle présentation de la première partie du rapport permet de présenter le suivi de la CMU dans les lois de finances (budget de l'Etat). Dans la deuxième, tous les chiffres relatifs aux recettes et aux dépenses de CMU-C sont fournis. La dernière partie est consacrée au monde des complémentaires santé : leur chiffre d'affaires, l'aide complémentaire santé et l'actualité des complémentaires santé en 2007.

## ► Enquête ESPS

37680

RAPPORT  
ALLONIER (C.), DOURGNON (P.),  
ROCHEREAU (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

**Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006.**

Paris : IRDES : 2008/04 : 236p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : R1701

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'oeuvre dans la construction des

inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

## ▮ Études d'ensemble

38840

OUVRAGE  
MONTALEMBERT (M.) / dir.

### **La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2008.**

Paris : La Documentation Française : 2008 :  
198p., tabl., carte, index, ann.

Cote Irdes : A3754

[http://www.ladocumentationfrancaise.fr/  
catalogue/9782110070142/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110070142/index.shtml)

Les Français sont attachés à un modèle social qui a, dans une large mesure, atteint l'objectif fixé lors de la création de la Sécurité sociale en 1945. Synonyme d'accès aux soins garanti à toute la population, et d'un meilleur niveau de vie pour les personnes âgées, la protection sociale s'est progressivement étendue à nombre de domaines : politiques en faveur des travailleurs, de l'enfance et de la famille, des personnes handicapées ou dépendantes... Confrontée, comme l'action publique dans son ensemble, à des défis majeurs : inflation des dépenses, chômage persistant, montée de l'exclusion... elle n'échappe pas aux remises en question. Mais comment s'y retrouver dans les débats, multiples, sur la protection sociale ? Nombre d'enjeux : « fléxisécurité », rôle respectif des différents acteurs (État, partenaires sociaux, collectivités...), impact économique des politiques sociales..., interrogent aujourd'hui les modalités, voire la légitimité même de la protection sociale. Cette édition actualisée d'un ouvrage de référence se veut une synthèse, accessible et sans parti pris, sur les nombreuses réformes qui ont été opérées, ou sont à l'ordre du jour.

## ▮ Financement

37672

RAPPORT , INTERNET  
THELOT (B.) , ROUET (P.)  
Conseil des Prélèvements Obligatoires.  
(C.P.O.). Paris. FRA

### **Sens et limites de la comparaison des taux de prélèvements obligatoires dans les pays développés.**

Paris : Conseil des Prélèvements

obligatoires : 2008/03 : 88p., tabl., ann.

Cote Irdes : C, En ligne

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.  
fr/BRP/084000177/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000177/0000.pdf)

L'OCDE propose une définition opératoire des «prélèvements obligatoires» : il s'agit des versements effectifs opérés par tous les agents économiques sous réserve qu'ils résultent d'un processus collectif de décision concernant les modalités et le montant des débours à effectuer, et, d'autre part, qu'ils ne comportent pas de contrepartie directe. De fait, et la comparaison n'a vraiment de sens qu'entre pays développés, le taux de prélèvements obligatoires est profondément différent d'un pays développé à l'autre. Une tendance à l'augmentation sur une très longue période du taux de prélèvements obligatoires apparaît commune à l'ensemble des pays de l'OCDE : il est ainsi passé de 25,8 % du PIB en 1965 à 36,3 % en 2003. On remarque que la hiérarchie entre pays est sinon pérenne, du moins extrêmement durable : elle se manifeste depuis plus de trente ans. Il ne s'agit donc pas, entre pays, de petites différences que des évolutions conjoncturelles, ou même de moyen-long terme, sont susceptibles de faire varier. Une prise en compte des dépenses est nécessaire, car la réflexion concernant les prélèvements obligatoires ne saurait se limiter à eux-mêmes et particulièrement à l'appréciation de leur taux. Ils ne peuvent se comparer d'un pays à un autre sans prendre en considération les dépenses qu'ils financent. En conclusion, le rapport vise simplement à éclairer le débat public sur cette question en rappelant la délimitation de leur périmètre et en expliquant les raisons principales pour lesquelles ils diffèrent considérablement d'une société à une autre.

37673

RAPPORT , INTERNET  
THELOT (B.) , ROUET (P.)  
Conseil des Prélèvements Obligatoires.  
(C.P.O.). Paris. FRA

### **Les prélèvements obligatoires des indépendants.**

Paris : Conseil des Prélèvements  
Obligatoires : 2008/03 : 186p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.  
fr/BRP/084000178/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000178/0000.pdf)

Catégorie minoritaire de la population active, les travailleurs indépendants ne présentent pas un profil uniforme : les niveaux de qua-

lification et de rémunération varient en effet fortement entre les professions libérales, les entrepreneurs individuels et les exploitants agricoles. La première partie du rapport présente leurs principales caractéristiques, effectifs, statuts, revenus, et propose une analyse de leur situation au regard des droits fiscal et social. La seconde partie est consacrée à l'étude détaillée des prélèvements, fiscaux et sociaux. Après un examen des régimes juridiques applicables, les principaux mécanismes d'exonération et d'abattement sont présentés. La troisième partie fait le point sur les principales questions relatives aux prélèvements obligatoires des indépendants (détermination de l'assiette, effort contributif des indépendants, avenir des organismes de gestion agréés). La quatrième partie donne des pistes d'évolution pour harmoniser les règles fiscales, améliorer le prélèvement social, préserver l'assiette des prélèvements, mieux globaliser la politique des prélèvements obligatoires.

38708

OUVRAGE  
BRONGNIART (P.), MERCIER (A.),  
STELLINGER (A.)  
EWALD (F.) / préf.

***L'Etat providence face à la mutation des risques sociaux.***

Paris : Fondation pour l'innovation politique : 2007/09 : 58p.

Cote Irdes : A3746

L'Etat providence et le mode de protection sociale qui lui est lié sont en pleine mutation. La nature et le poids relatif des risques sociaux ont changé : la vieillesse a cessé d'être un risque pour devenir partie intégrante de l'existence; les politiques de la santé, de la famille, de l'emploi se transforment; de nouveaux risques, liés à la précarité et à l'exclusion, prennent une place importante. Le rôle croissant de l'Etat dans l'organisation et le financement de ces risques a conduit à l'effacement des institutions (partenaires sociaux, mutualités, familles) qui étaient au coeur de la philosophie initiale de la Sécurité sociale. Ces questions ont longtemps été absentes du débat public. L'opinion se soucie surtout de la sauvegarde de la Sécurité sociale. Pourtant, la confusion actuelle et les dérives financières la menacent davantage que le libéralisme ou la mondialisation (4e de couverture)

## ► Minima sociaux

37813

OUVRAGE  
LELIEVRE (M.) / éd., NAUZE-FICHET (E.) / éd.  
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

***RMI, l'état des lieux : 1988-2008.***

Paris : La Découverte : 2008 : 284p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, A3805

S'appuyant sur les dernières enquêtes statistiques et données administratives disponibles, cet ouvrage apporte des éclairages sur les publics bénéficiaires du RMI et fait le point sur différents aspects au coeur des débats qui entourent la préparation du RSA : niveau de vie et conditions de vie des bénéficiaires du RMI, parcours des populations concernées, efficacité des dispositifs mis en place pour permettre leur insertion sociale et professionnelle, résultats de la décentralisation du dispositif depuis 2004.

39125

RAPPORT, INTERNET  
HIRSCH (M.)  
Haut Commissaire aux Solidarités Actives contre la Pauvreté. Paris. FRA

***Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations RSA.***

Paris : La Documentation Française : 2008 : 102p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : B6553

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000607/0000.pdf>

Ce rapport comprend une note de synthèse qui tire les enseignements des premières données disponibles sur les expérimentations RSA. Elle est accompagnée d'annexes, qui présentent de façon détaillée les données disponibles à ce jour : une comparaison des zones tests et témoins avant expérimentation ; les premiers éléments issus des tableaux de bord sur les expérimentations du RSA ; l'analyse de la mise en oeuvre du RSA à partir des enquêtes monographiques réalisées dans 5 départements et enfin les premiers éléments issus de l'enquête qualitative auprès de bénéficiaires visés par le RSA.

39856

DOCUMENT DE TRAVAIL  
ANNE (D.), L'HORTY (Y.)  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-  
le-Grand. FRA

**Les effets de revenu de solidarité active  
(RSA) sur les gains du retour à l'emploi.**

Noisy-le-Grand : CEE : 2008/10 : 35p., tabl.,  
graph., cartes, ann.

Cote Irdes : B6600

[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/106-  
revenu\\_solidarite\\_rsa\\_retour\\_emploi.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/106-revenu_solidarite_rsa_retour_emploi.pdf)

L'objectif de cette étude est de proposer une mesure des gains du retour à l'emploi et des effets des réformes des minima sociaux qui prennent en compte l'ensemble des transferts sociaux, y compris les aides sociales locales et/ou celles qui sont extra-légales. Pour y parvenir, cette analyse s'appuie sur une méthode de cas-type et sur un inventaire des prestations sociales locales et/ou extra-légales offertes dans treize villes françaises dont Paris, Lyon et Marseille. Les données ont été recueillies entre fin 2006 et début 2007 permettent de mesurer les gains du retour à l'emploi pour les allocataires de minima sociaux (RMI et Api) selon leur configuration familiale (sept catégories de ménage). Cette étude est à la fois une actualisation et une extension d'une précédente recherche (Anne et L'Horty, 2002). La première section propose un état des lieux des études et des réformes qui ont été effectuées en France sur les dix dernières années, des premiers rapports sur les minima sociaux jusqu'au projet du revenu de solidarité active. La deuxième section présente la méthodologie et les hypothèses qui ont été posées pour construire les données. La troisième section décrit les résultats des traitements descriptifs des données et dresse ainsi un état des lieux des gains du retour à l'emploi avant l'instauration du RSA. La quatrième section donne les résultats des simulations de mise en oeuvre du RSA et présente ses effets sur les revenus des allocataires de minima sociaux lors d'une reprise d'activité.

## ► Régimes sociaux

38828

RAPPORT  
AUBAN (B.)  
Sénat. Commission des Finances - du  
Contrôle Budgétaire et des Comptes  
Economiques de la Nation. Paris. FRA

**Rapport d'information sur la caisse de  
retraite de la RATP.**

Paris : Sénat : 2008 : 52p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, B6560

<http://www.senat.fr/rap/r07-452/r07-4521.pdf>

Le financement du régime spécial des retraites des anciens agents de la RATP est assuré à plus de 50 % par l'Etat. En 2007, la subvention d'équilibre s'est ainsi élevée à 414 millions d'euros. La caisse de retraite du personnel de la RATP a été créée, le 1er janvier 2006, dans la perspective de son adossement au régime général afin de limiter la charge croissante qui pèse sur l'Etat. Deux années après la création de la caisse, M. Bertrand Auban, rapporteur spécial de la mission « Régimes sociaux et de retraite » dresse un premier bilan de son fonctionnement. Il présente les principaux enjeux de son financement à la lumière de la réforme des régimes spéciaux, entrée en vigueur le 1er juillet 2008. Ce rapport formule des recommandations pour améliorer le service rendu aux assurés et éclairer les perspectives d'évolution de la contribution financière de l'Etat.

39476

OUVRAGE  
CHEVANDIER (C.), DREYFUS (M.), FELLER  
(E.), MARGAIRAZ (M.), RIBEILL (G.)  
PIGENET (M.) / éd.

**Retraites. Une histoire des régimes  
spéciaux.**

Issy-Les-Moulineaux : ESF : 2008 : 95p.

Cote Irdes : A3788

Devant l'allongement de la durée de la vie et les déficits croissants des régimes de protection sociale, le gouvernement a décidé une réforme historique des régimes dits spéciaux de retraites (SNCF, RATP, EDF...). Cet ouvrage explique l'origine de la création des régimes spéciaux et revient sur les conflits sociaux nés des précédentes tentatives de remises en cause. Il donne les clés de compréhension des spécificités de ces régimes par rapport aux régimes généraux de retraites et à l'histoire du service public.

## Retraite

37530

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
DENTON (F.T.) , SPENCER (B.G.)  
McMaster University. Research Institute  
for Quantitative Studies on Economics and  
Population. (Q.S.E.P.). Hamilton ON. CAN

### ***What Is Retirement? A Review and Assessment of Alternative Concepts and Measures.***

*Qu'est-ce-que la retraite ? Revue de la  
littérature et évaluations des différents concepts  
et mesures.*

Hamilton : McMaster University : 2008/03 :  
32p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/qsep/p/qsep427.pdf>

Since the concept of retirement is prominent in both popular thinking and academic studies it would be helpful if the notion were analytically sound, could be measured with precision, and would make possible comparisons of patterns of retirement over time and among different populations. This paper reviews and assesses the many concepts and measures that have been proposed, summarizing them in groupings that reflect nonparticipation or reduced participation in the labour force, receipt of pension income, end-of-career employment, self-assessed retirement, or combinations of those characteristics. It concludes that there is no agreed measure and that no one measure dominates. Instead, new measures continue to be proposed to take account of additional refinements as new data sets become available, thereby further restricting possible comparisons. The confusing array of definitions reflects the practical problem that underlies the concept of retirement: it is an essentially negative notion, a notion of what people are not doing – namely, that they are not working. A more positive approach would be to focus instead on what people are doing, including especially their involvement in non-market activities that are socially productive, even if those activities.

38713

RAPPORT , INTERNET  
HAIRAUT (J.O.) , LANGOT (F.) ,  
SOPRASEUTH (T.)  
Centre pour la Recherche Economique et ses  
Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.). Paris. FRA

### ***La réforme du système des retraites : à qui***

### ***les sacrifices ?***

Paris : Editions Rue d'Ulm / Presses de  
l'Ecole Normale Supérieure : 2008 : 68p.,  
tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS12.pdf>

En France, l'emploi des seniors est en panne, tandis que nos voisins européens ont mieux réussi dans ce domaine depuis le milieu des années 1990. Existe-t-il une spécificité, voire une fatalité française, ou nos réformes sont-elles inadaptées, donc inopérantes ? Cet opuscule propose d'aller beaucoup plus loin dans les politiques d'incitation à la prolongation d'activité, encore bien timides en France. Il faut casser la norme du départ précoce en mettant en place de fortes surcotes en capital et une liberté complète dans le cumul emploi-retraite. Une telle politique aura des conséquences positives sur l'emploi après 60 ans, mais également sur celui des quinquagénaires en repoussant les effets de bord créés par l'âge de la retraite, qui freinent fortement la demande et l'offre de travail des seniors.

39646

RAPPORT , INTERNET  
Commission Européenne. Direction Générale  
de l'Emploi - des Affaires Sociales et de  
l'Egalité des Chances. Bruxelles. BEL

### ***Privately managed funded pension provision and their contribution to adequate and sustainable pensions.***

*Les régimes privés de retraite par capitalisation  
et leur contribution à des retraites adéquates et  
viables.*

Bruxelles : Commission Européenne : 2008 :  
58p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

Ce rapport examine le développement des régimes de retraite par capitalisation en s'appuyant sur les travaux antérieurs réalisés dans ce domaine, notamment l'étude de la Commission Protection Sociale «Privately managed pension provision» (2005) et «Le rapport de synthèse sur les pensions adéquates et viables» de 2006. Le rapport analyse en particulier la contribution des systèmes privés par capitalisation à l'adéquation et à la viabilité futures des régimes de pension, afin de faciliter l'échange de bonnes pratiques et de stimuler l'apprentissage mutuel. L'étude couvre tous les régimes par capitalisation obligatoires ainsi que les régimes par capitalisation complémentaires, qu'ils soient professionnels ou

volontaires. Elle ne couvre pas les fonds de réserve accumulés dans les régimes obligatoires par répartition ni l'épargne privée à long terme qui n'a pas d'objectifs liés à la retraite.

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_protection\\_comitee/final\\_050608\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection_comitee/final_050608_en.pdf)

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_protection\\_comitee/spc\\_study\\_2008\\_executive\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection_comitee/spc_study_2008_executive_fr.pdf)

## ▮ Salaire minimum

39605

RAPPORT , INTERNET  
CAHUC (P.) , CETTE (G.) , ZYLBERBERG (A.)

***Salaire minimum et bas revenus : comment concilier justice sociale et efficacité économique ?***

Paris : La Documentation française : 2008 : 269p.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000688/0000.pdf>

Le salaire minimum diminue-t-il les inégalités et la pauvreté ? Quels instruments apparaissent les plus efficaces pour réduire les inégalités et la pauvreté ? C'est à ces questions que tentent de répondre les auteurs du présent rapport. Ils estiment que le salaire minimum, tel qu'il existe en France, n'est pas un moyen efficace pour réduire la pauvreté et les inégalités. La pauvreté est principalement due au manque d'emploi, au trop faible nombre d'heures travaillées et à la situation familiale. Ils fondent leur jugement sur un examen précis des situations qui prévalent dans d'autres pays où le salaire minimum est moins contraignant, voire inexistant. Le système français de redistribution des revenus s'appuie sur un salaire minimum relativement élevé complété par une multiplicité de prestations sociales dont la complexité et le profilage selon le revenu d'activité aboutissent à une absence de lisibilité et à de très faibles incitations à la reprise d'emploi pour les personnes les moins qualifiées. Les jeunes se trouvent particulièrement défavorisés par ce système. Les auteurs suggèrent qu'une politique efficace d'amélioration des bas revenus et de réduction de la pauvreté devrait s'appuyer sur des mesures fiscales et des prestations sociales ciblées plutôt que sur un salaire minimum élevé et uniforme. Ils encouragent la mise en place du revenu de solidarité active (RSA) qui respecte

les principes économiques qu'ils défendent et offrent des pistes sur la gestion d'un salaire minimum.

## ▮ Sondages d'opinion

39607

RAPPORT, INTERNET  
Collectif Interassociatif sur la Santé.  
(C.I.S.S.). Paris. FRA, ViaVoice. Paris. FRA

***Etude quantitative sur la perception des Français des évolutions de l'assurance maladie.***

Paris : CISS : 2008/11 : 18p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/ViaVoice-CISS-Expansion-EvolutionAM.pdf>

Fondée sur les résultats d'un sondage réalisé, entre le 24 et le 29 septembre 2008, pour le CISS et l'Expansion, auprès d'un échantillon de 1 013 personnes, représentatif de la population française de 18 ans et plus, cette publication analyse la perception des Français sur l'évolution actuelle de l'assurance maladie.

## PRÉVENTION SANTÉ

### ▮ Alcoolisme

37869

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

***Strategies to reduce the harmful use of alcohol.***

*Stratégies visant à réduire la consommation nocive d'alcool.*

Genève : OMS : 6p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_13-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf)

Public health problems caused by harmful use of alcohol are considerable in countries with different levels of development and effectiveness of health systems. Globally, among 20 selected risk factors to health, harmful use of alcohol is the leading cause of death and disability in developing countries with low mortality, the third among the leading risk factors in developed countries, after tobacco and

blood pressure, and eleventh in developing countries with high mortality rates. Awareness is growing of the impact of harmful use and interference with effective treatment regimens and procedures.

## ► Éducation thérapeutique

38359

RAPPORT

LABALETTE (C.), BUTTET (P.), MARCHAND (A.C.)

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

### ***L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3e génération 2006-2011.***

Saint-Denis : INPES : 2008 : 54p.

Cote Irdes : B6525

Dans le cadre de son programme d'actions « Maladies chroniques », l'INPES mène une réflexion sur le développement de l'éducation thérapeutique du patient en région en s'intéressant à la place prise par l'ETP au sein des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération. Ces SROS 3 constituent l'outil de planification de l'offre de soins hospitaliers le plus récent. L'éducation thérapeutique du patient, souvent mise en œuvre dans les établissements de santé, est donc susceptible de s'intégrer dans les SROS et sa place peut y être définie pour la région. Afin de vérifier cette hypothèse et d'analyser la manière dont les SROS traitent de ce sujet, les textes réglementaires et administratifs de chaque Sros ont été analysés et les éléments concernant l'éducation thérapeutique du patient relevés. L'INPES met en ligne un rapport qui expose les résultats de ce travail d'analyse descriptive transversale (par thème et par région). Un tableau synthétisant l'ensemble des résultats régionaux ainsi que les résultats détaillés région par région figurent dans les annexes

39039

RAPPORT , INTERNET

SAOUT (C.) , CHARBONNEL (B.) , BERNARD (D.)

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

FRA

Collectif Inter-associatif sur la santé.

(C.I.S.S.). Paris. FRA

### ***Pour une politique d'éducation***

### ***thérapeutique du patient.***

Paris : La documentation française :

2008/09 : 165p.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000578/0000.pdf>

Ce rapport de la mission consacrée à l'éducation thérapeutique du patient rédigé par Christian Saout, président du comité inter-associatif sur la santé (CISS), Bernard Charbonnel, professeur de diabétologie à Nantes et Dominique Bertrand, professeur de santé publique à Paris, vise à promouvoir une politique nationale d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. Dans une première partie, un bilan des programmes actuellement en cours est réalisé. Au terme de ce bilan, il est constaté leur multiplicité et leur grande hétérogénéité. La deuxième partie du rapport consiste en une analyse des diverses problématiques soulevées par l'éducation thérapeutique du patient et par des propositions permettant d'y apporter une solution. L'ensemble des recommandations a pour objectif de permettre aux patients atteints de maladies chroniques de devenir plus autonomes, en développant leurs connaissances au sujet de leur maladie et de leur traitement, et de réduire le risque de survenue de complications et d'aggravation de leur pathologie. La liberté pour chaque patient de participer ou non à un programme d'éducation thérapeutique reste bien sûr entière. Parmi les 24 recommandations, l'autonomisation du patient grâce à l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un plan coordonné de soins est mise en avant de même que le rôle primordial que devraient jouer les agences régionales de santé dans l'habilitation, le financement, la planification du maillage régional et l'évaluation des programmes et des équipes impliquées. Le rapport préconise également que la problématique, la méthodologie et les spécificités selon les différentes pathologies chroniques de l'éducation thérapeutique devraient être dispensées lors de la formation initiale des professions médicales et paramédicales ainsi que lors de la formation permanente. En ce qui concerne le financement des activités d'éducation thérapeutique du patient, plusieurs propositions sont faites, notamment l'intégration de la tarification spécifique de ces activités dans le cadre de la réforme en cours de la T2A ou une tarification par forfait. Le diagnostic et les préconisations proposées trouveront une traduction dans le projet de loi « Patients, hôpital, santé et territoires », et dont l'un des principaux objectifs est de permettre l'accès de tous à des soins de qualité.

## ▮ Observance thérapeutique

39488

RAPPORT , INTERNET  
SUTHERLAND (K.) , LEATHERMAN (S.) ,  
CHRISTIANSON (J.)  
Health Foundation. Quest for Quality and  
Improved Performance. (Q.Q.I.P.). Londres.  
GBR

### ***Paying the patient: does it work? A review of patient-targeted incentives.***

*Récompenser le patient : est-ce que cela marche ? Revue des mesures incitatives centrées sur le patient.*

Londres : Health Foundation : 2008 :  
100p., tabl. ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.health.org.uk/publications/research\\_reports/paying\\_the\\_patient.html](http://www.health.org.uk/publications/research_reports/paying_the_patient.html)

Most of the evidence on the contribution of patient incentives to quality improvement is focused on two areas of behaviour change: improving public health and increasing patient compliance with recommended care. The evidence indicates that patient incentives can be effective in helping to secure simple, well-defined episodes of behaviour change (for example, vaccinations and cancer screening). Relatively modest rewards can encourage one-off changes in patient behaviour. For complex and sustained behaviour change such as smoking cessation there is insufficient evidence to declare that patient incentives are effective as quality enhancing interventions. However, where direct costs are perceived to be a barrier to behaviour change (for example, transportation costs, cost of nicotine replacement therapy), offsetting those costs can contribute to behaviour change in motivated patients. The bulk of the evidence concerning discrete or simple behaviour change is drawn from disadvantaged groups while interventions focused on more complex behaviour change tend to be focused on middle class populations, often through workplace-based programmes. There is very little evidence available that explicitly evaluates the role of non-financial patient incentives. In common with evaluations of public health interventions generally, studies into the effectiveness of incentives are often confounded by methodological difficulties. In particular, incentives are often introduced as part of a multifaceted intervention, making it difficult to identify whether incentives alone worked to bring about change. Furthermore, many studies have weak or non-existent controls.

## ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

## ▮ Accidents du travail

38999

RAPPORT , INTERNET  
DIRICQ (N.)

### ***Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale.***

Paris : M.S.S.P.S., Ministère chargé du travail : 2008/07 : 118p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.securite-sociale.fr/communications/rapports/diricq/08\\_diricq.pdf](http://www.securite-sociale.fr/communications/rapports/diricq/08_diricq.pdf)

La commission d'évaluation de la sous-déclaration des « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) est une instance chargée d'évaluer tous les 3 ans le coût réel de cette sous-déclaration. Présidée par Noël Diricq, la commission indique que la sous-déclaration des AT-MP a augmenté en 2006, coûtant entre 565 et 1 015 millions d'euros à la branche maladie de la sécurité sociale. Les AT-MT normalement pris en charge par la branche AT-MP de la sécurité sociale financée par les cotisations patronales, lorsqu'ils ne sont pas déclarés, basculent dans le régime général. Ainsi, pour 2009, le gouvernement a estimé que la branche AT-MT devra s'acquitter de 710 millions d'euros, la loi prévoyant un reversement à la branche maladie pour les dépenses effectuées à tort. Plusieurs raisons peuvent expliquer la sous-déclaration : la crainte de perdre un emploi, l'ignorance du dispositif, la complexité de la démarche, le manque d'intérêt pour un dispositif de réparation peu attractif, rendent les victimes réticentes à la déclaration. Le rapport dénonce également des employeurs qui font « pression » sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas. Enfin, les médecins généralistes sont confrontés à la difficulté de faire le lien entre la maladie et le travail. La « rigidité » des tableaux de maladies professionnelles, limitant les pathologies pouvant être indemnisées, est aussi mise en cause par le rapport de la commission.

## ▮ Comptes de la Sécurité sociale

39037

RAPPORT , INTERNET  
Cour des Comptes. Paris. FRA

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

Paris : Cour des Comptes : 2008/09 : 469p.,



tabl.

Cote Irdes : B6554

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/RALFSS2008-.pdf>

Dans une première partie, le présent rapport porte sur les éléments propres à l'année 2007 : la Cour rend son avis sur « la cohérence des tableaux d'équilibre » et procède à une « analyse de l'ensemble des comptes » des organismes inclus dans le champ des LFSS. L'examen de la mise en oeuvre de l'objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) est complété par des analyses plus ciblées, portant sur la régulation des dépenses de soins infirmiers et sur l'articulation entre l'ONDAM et les négociations conventionnelles. La Cour examine ensuite les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) joints à la LFSS pour 2008 qui ont pour objet d'améliorer la performance des politiques sociales. Enfin, comme la loi l'a prévu, le rapport rend compte des « contrôles et avis émis en 2007 par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance » dans le cadre des COREC et du réseau d'alerte ainsi que des contrôles effectués par les URSSAF sur le respect par l'Etat de ses obligations d'employeur. Une deuxième partie présente les travaux effectués par la Cour sur la gestion des risques sociaux. Pour la branche maladie, sont présentées des insertions relatives au développement des dossiers médicaux en ligne, au réseau officinal et aux revenus des pharmaciens et à la répartition des financements entre assurance obligatoire, complémentaires et ménages. Les dépenses hospitalières, qui représentent près de la moitié des dépenses de l'assurance maladie, font l'objet de deux insertions, l'une relative aux restructurations hospitalières, l'autre aux systèmes d'information. La branche retraite fait l'objet d'analyses portant successivement sur le pilotage des régimes, sur les opérations d'adossment de certains régimes au régime général et sur le minimum de pensions ou « minimum contributif ». Enfin, une insertion est relative aux aides aux jeunes enfants distribuées par la branche famille. Comme les années précédentes, des recommandations ou orientations accompagnent et prolongent les constats effectués. Une analyse particulière est consacrée, dans le présent rapport, au suivi des recommandations précédentes, tel qu'il apparaît dans le bilan annuel qu'en dresse le Gouvernement, à l'intention du Parlement. La Cour a souhaité revenir en outre plus particulièrement sur certaines de recommandations, encore insuffisamment suivies d'effet.

## ► Coûts de la santé

39658

RAPPORT , INTERNET  
GINSBURG (P.B.)

Robert Wood Johnson Foundation. Synthesis Project. Princeton. USA

### ***High and rising health care costs : Demystifying U.S. health care spending.***

*Des coûts de santé élevés et croissants :  
démystifier les dépenses de santé américaines.*

Princeton : Robert Wood Johnson  
Foundation : 2008 : 28p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.rwjf.org/files/research/101508.policysynthesis.costdrivers.rpt.pdf>

In 2006, the United States spent \$2.1 trillion, or 16 percent of gross domestic product (GDP), on health care. This translates to \$7,026 per person annually. U.S. spending on health care is greater than that of any other developed country, yet unlike other countries, which provide near-universal coverage, 16 percent of Americans are uninsured. Without steps to restrain growth, increases in health care spending will eventually consume almost the entire GDP. Policy-makers have a number of options available to restrain health care spending growth, none of which are easy. With research consistently showing that medical technology is the largest cost driver, applying technology more selectively to patients needs to be an element of any long-term approach. To accomplish this, policy-makers could : Increase funding for research on effectiveness. This is the beginning of an approach that supports the appropriate application of medical technology to the patients likely to receive the highest benefit; reform provider payment systems. Distortions between payments and costs of services lead to undesirable provider incentives to emphasize the most profitable services. These unintended incentives tend to favor services incorporating new technologies; Increase use of consumer financial incentives and support. To the degree that consumers bear some of the financial risk of medical spending, they are likely to be judicious concerning the use of technologies with low value to them as patients. For this to work as intended, however, patients must be provided information on treatment alternatives and their effectiveness, and on the quality of different providers of care, and must face incentives to favor more efficient providers. Use of this approach is limited by the need to maintain adequate financial protection for the costs of illness or injury.

## ► Prévention

37682

RAPPORT  
RENAUD (T.), SERMET (C.)  
MINC (C.), SARLON (E.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

### ***Les dépenses de prévention en France : Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002.***

Paris : Irdes : 2008/04 : 110p.

Cote Irdes : R1706

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes Nationaux de la Santé s'élèvent, en 2002, à 2,5 milliards d'euros pour la prévention individuelle et 2,2 milliards d'euros pour la prévention collective, ce qui représente au total 2,9 % de la Dépense Courante de Santé. Cependant, ces montants sous-estiment le niveau réel des ressources consacrées à la prévention individuelle puisqu'ils recouvrent uniquement les actions de prévention dont le financement est institutionnel ou alloué sur des fonds spécifiques ; en particulier, l'activité préventive intégrée à la pratique courante des professionnels de santé est occultée. Cette étude présente une méthodologie pour estimer ces dépenses de prévention complémentaires à partir des Comptes de la santé : il s'agit de repérer et de valoriser les actions de prévention au sein de l'agrégat Consommation de Soins et de Biens Médicaux. Préalablement, une réflexion est menée sur les contours du champ de la prévention, sur ses frontières avec l'activité curative et un mode de classement ad hoc des différents niveaux de prévention est aussi proposé.

## ► Projections

39148

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
OLIVEIRA MARTINS (A.), DE LA  
MAISONNEUVE (C.)  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).

### ***The drivers of public expenditure on health and long-term care : an integrated approach.***

*Les leviers de la dépense publique sur la santé  
et les soins de longue durée : une approche  
intégrée.*

OECD Economic Studies ; 43

Paris : OCDE : 2006/02 : 115-154p., fig.,

tabl., ann.

Cote Irdes : C, En ligne

[http://www.oecd.org/  
dataoecd/62/19/40507566.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/62/19/40507566.pdf)

This paper proposes a framework for projecting public health and long-term care expenditures. It considers demographic and other (non-demographic) drivers of expenditures. The paper extends demographic drivers by incorporating death-related costs and the health status of the population. Concerning health care, the projections incorporate income and the effects of technology cum relative prices. For long-term care, the effects of increased labour participation, reduction of informal care and Baumol's cost disease are taken into account. Using this integrated approach, public health and long-term care expenditures are projected for all OECD countries. Alternative scenarios are simulated, together with sensitivity analysis. Depending on the scenarios, total public OECD health and long-term care spending is projected to increase in the range of 3.5 to 6 percentage points of GDP for the period 2005-2050.

## ► Taxe nutritionnelle

38985

RAPPORT  
HESPEL (V.) , BERTHOD-WURMSER (M.)  
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.).  
Paris. FRA, Inspection Générale des Affaires  
Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

### ***Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxe nutritionnelle.***

Paris : Igas : 2008 : 71p., ann.

Cote Irdes : B6565

[http://www.lesechos.fr/  
medias/2008/0805/300284514.pdf](http://www.lesechos.fr/medias/2008/0805/300284514.pdf)

La taxe nutritionnelle, abordée par les sénateurs lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, ressuscite à l'occasion de la remise fin juillet d'un rapport rédigé conjointement par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances aux ministres Eric Woerth et Roselyne Bachelot. Les experts de l'IGAS et de l'IGF estiment justifiée une hausse de la fiscalité alimentaire au vu de la progression préoccupante de l'obésité et des pathologies liées tout en soulignant les difficultés pratiques et politiques d'une telle approche. Ils recommandent d'utiliser la fiscalité indirecte existante. Trois voies sont proposées, dont l'application du taux normal de TVA

(19,6 %) au lieu du taux réduit (5,5 %) sur les produits alimentaires trop gras, trop sucrés, trop salés qui ne sont pas de stricte nécessité, une taxe additionnelle spécifique pour les boissons sucrées et la hausse de la TVA sur le «snacking» (produits de grignotage, sandwichs, etc). La revalorisation des droits d'accises pesant sur l'alcool est un préalable indispensable à cet accroissement de la fiscalité pour l'IGAS et l'IGF, car il paraîtrait difficile de justifier que les boissons sucrées soient davantage taxées que la bière et surtout le vin, dont la fiscalité très modérée n'a pas évolué depuis 1982. Le rapport présente cette action fiscale comme une mesure de financement de l'assurance maladie, produisant par ailleurs un effet de signal à l'égard des consommateurs et des industries agroalimentaires. Il cite aussi quelques chiffres alarmants sur le surpoids et l'obésité dans notre pays qui concerneraient pas moins de 41 % des Français, soit près de 20 millions de personnes. La prévalence de l'obésité, toutes classes d'âge confondues, est passée de 8,2 % en 1997 à 12,4 % en 2006, pour s'établir à 5,9 millions d'individus. Parallèlement, le nombre de patients traités pour diabète a crû de 25 % en cinq ans. Plus de 10 millions de personnes souffrent d'hypertension contre 8,6 millions il y a cinq ans.

## ► Utilité économique

38769

DOCUMENT DE TRAVAIL  
FINKELSTEIN (A.) , LUTTMER (E.F.P.),  
NOTOWIDIGDO (M.J.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***What good for wealth without health ? The effect of health on the marginal utility of the consumption.***

*A quoi bon être riche si on a pas la santé ?  
L'effet de l'état de santé sur l'utilité marginale de consommation.*

NBER Working Paper Series ; n°14089  
Cambridge : NBER : 2008/06 : 51p., tabl., annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14089>

We estimate how the marginal utility of consumption varies with health. To do so, we develop a simple model in which the impact of health on the marginal utility of consumption can be estimated from data on permanent income, health, and utility proxies. We estimate the model using the Health and Retirement

Study's panel data on the elderly and near-elderly, and proxy for utility with measures of subjective well-being. We find robust evidence that the marginal utility of consumption declines as health deteriorates. Our central estimate is that a one-standard-deviation increase in the number of chronic diseases is associated with an 11 percent decline in the marginal utility of consumption relative to this marginal utility when the individual has no chronic diseases. The 95 percent confidence interval allows us to reject declines in marginal utility of less than 2 percent or more than 17 percent. Point estimates from a wide range of alternative specifications tend to lie within this confidence interval. We present some simple, illustrative calibration results that suggest that state dependence of the magnitude we estimate can have a substantial effect on important economic problems such as the optimal level of health insurance benefits and the optimal level of life-cycle savings.

## ÉTAT DE SANTÉ

### ► Accidents

38829

RAPPORT, INTERNET  
BELANGER (F.) , UNG (A.B.)  
Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.). Saint Maurice. FRA

***Analysis of injury related mortality in Europe. The ANAMORT project Final implementation report***

*Analyse de la mortalité par traumatisme en Europe. Rapport final de mise en oeuvre du projet ANAMORT.*

Saint-Maurice : I.V.S. : 2008/08 : 16p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/anamort\\_120808/anamort\\_120808.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/anamort_120808/anamort_120808.pdf)

The ANAMORT project (Analysis of injury related mortality in European countries) aims to produce relevant indicators which can be used throughout Europe to account for injury mortality. The general objectives are: to evaluate the quality and the comparability of injury mortality statistics in Europe and to produce validated results on the causes of death by injury in Europe, allowing comparisons among countries. The specific objectives of the project were de-

defined as following: to construct a bibliographic database on mortality data; to develop tools, methods and indicators to conduct an analysis of injury mortality in Europe, allowing comparisons among European States; to extend to injuries and to all Member States the mortality analysis done in 2001 by the CépiDC1 in the "Comparability and quality improvement of European causes of deaths statistics (CQI) project"; to produce comparative results on mortality at the European level in the field of injuries with the help of the sub-groups on Eurostat Short List and detailed sub-groups established in the course of the project. The analysis will allow the attribution of observed differences in mortality rates either to differences in certification and/or coding, or to real differences in mortality conditions.

## ► Accidents de la vie courante

40152

RAPPORT, INTERNET  
DALICHAMPT (M.) , THELOT (B.)  
Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.). Saint  
Maurice. FRA

**Les accidents de la vie courante en France.  
Enquête santé et protection sociale 2004.**  
Saint Maurice : I.V.S. : 2008/12 : 46p., fig.,  
tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/  
accidents\\_vie\\_courante/accidents\\_vie\\_  
courante.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/accidents_vie_courante/accidents_vie_courante.pdf)

Ce rapport a permis d'établir un descriptif précis des accidents de la vie courante (AcVC) en France métropolitaine, à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale 2004. En 2004, selon cette enquête, 4,6 personnes parmi 100 ont été accidentées au moins une fois au cours d'un trimestre (entre 4,3 et 5,0), ce qui correspond à 2,8 millions de personnes accidentées (2,5 à 3,0 millions). Parmi celles-ci, 46 % ont eu recours à l'hôpital (aux urgences et/ou à une hospitalisation). Jusqu'à 40 ans environ, ce sont les hommes qui sont le plus victimes d'AcVC et notamment les adolescents : le sex-ratio (homme/femme) chez les 10-19 ans est de 1,6. À partir de 40 ans, la situation s'inverse et les femmes sont plus touchées par les AcVC : le sex-ratio (homme/femme) chez les plus de 70 ans est de 0,6. Certains types d'AcVC sont très spécifiques d'une tranche d'âge et du niveau social des personnes accidentées : les accidents de sport concernent davantage des jeunes hommes de 10 à 24 ans issus d'un milieu aisé ;

les accidents domestiques dominent chez les enfants de moins de 9 ans, ainsi que chez les femmes âgées de plus de 75 ans. Chez les adultes de 25 ans et plus, l'étude des déterminants socio-économiques de la survenue d'un AcVC grave aboutit à des conclusions différentes selon que l'on considère la gravité fonctionnelle ressentie (déclaration d'une limitation sévère dans les 48h) ou la gravité médicale (hospitalisation). En effet, les caractéristiques socio-économiques des personnes n'étaient pas associées au risque d'AcVC ayant entraîné une limitation sévère dans les 48h ; en revanche, le risque d'AcVC entraînant une hospitalisation est près de deux fois plus élevé chez les adultes ayant un revenu net par unité de consommation inférieur à 1 300 € que chez ceux ayant un revenu supérieur. Ces résultats originaux améliorent la connaissance du nombre et de la répartition des accidents et apportent des éléments de réflexion sur l'étude des profils sociaux des accidentés.

## ► Alcoolisme

37681

RAPPORT  
COM-RUELLE (L.) , DOURGNON (P.) ,  
JUSOT (F.) , LENGAGNE (P.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

**Prévalence et facteurs socio-économiques  
associés aux problèmes d'alcool en  
population générale en France.**

Paris : IRDES : 2008/04 : 99p., tab., graph.

Cote Irdes : R1703

Cette étude repose sur les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES en 2002 et 2004 auprès de la population générale en France (20 000 individus). Elle intègre le questionnaire AUDIT-C interrogeant sur la fréquence et la quantité d'alcool consommé. Se basant sur les recommandations de l'OMS en matière de consommation d'alcool, quatre profils d'alcoolisation progressifs ont été construits : non-consommateurs d'alcool, consommateurs sans risque, consommateurs à risque ponctuel ou excessif. Un modèle statistique « en escalier » explore les facteurs socioéconomiques associés à ces quatre profils. Il consiste en trois étapes successives qui estiment la probabilité : premièrement, d'être non-consommateur versus consommateur d'alcool, deuxièmement d'être consommateur à risque (ponctuel ou chronique) versus sans risque, troisièmement,

d'être consommateur à risque chronique versus ponctuel. Les hommes et les femmes sont étudiés séparément à chaque étape.

## ▮ Asthme

37305

RAPPORT

DELMAS (M.C.) , LEYNAERT (B.) , COMRUELLE (L.) , ANNESI-MAESANO (I.) , FUHRMAN (C.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.). Saint Maurice. FRA

**Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee.**

Saint-Maurice : I.V.S. : 2008/02 : 90p., 75 tabl.

Cote Irdes : R1699, R1699 bis

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/asthme/RAPP\\_SCI\\_Asthme%202003\\_Web.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/asthme/RAPP_SCI_Asthme%202003_Web.pdf)

L'enquête décennale santé 2003, effectuée auprès d'un échantillon représentatif de ménages de France métropolitaine, a couvert le champ de la santé respiratoire grâce à un autoquestionnaire distribué aux participants âgés d'au moins 11 ans. L'analyse a porté sur 1 675 enfants âgés de 11-14 ans et 20 982 adultes âgés de 15 ans ou plus. Au total, 12,7 % des enfants ont répondu avoir déjà eu de l'asthme, 8,3 % déclarant avoir eu des sifflements dans les douze derniers mois. Chez les adultes, la prévalence de l'asthme actuel, défini par la survenue d'une crise d'asthme dans les douze derniers mois ou la prise actuelle d'un traitement pour asthme, était estimée à 6,0 %, et la prévalence des sifflements dans les douze derniers mois était de 12,0 %. L'asthme était associé à une moins bonne qualité de vie et à une fréquence accrue des limitations fonctionnelles et des restrictions dans certaines activités du quotidien. Concernant la vie professionnelle, on observait chez les asthmatiques un risque accru d'avoir interrompu leur travail pour raison de santé pendant au moins un mois ou changé d'activité, ainsi que des taux de chômage au moment de l'enquête et d'inactivité pour raison de santé plus élevés. Enfin, les asthmatiques actuels recouraient plus fréquemment aux soins médicaux. L'enquête décennale santé 2003 est la première enquête en population générale ayant utilisé des questionnaires standardisés sur la santé respiratoire. Bien que les résultats ne soient pas directement comparables à ceux observés au début des années 90 dans

les centres français ayant participé aux enquêtes internationales sur l'asthme, les tendances différentes observées pour la prévalence de l'asthme et pour la prévalence des symptômes d'asthme suggèrent une amélioration du traitement des patients asthmatiques. Néanmoins, le retentissement de l'asthme sur la vie quotidienne est marqué (Résumé d'auteur).

## ▮ Démence

39094

RAPPORT, INTERNET

Alzheimer Europe. Luxembourg. LUX

**Dementia in Europe Yearbook 2007. Including the Alzheimer Europe Annual Report 2006.**

*Démence en Europe. Annuaire 2007 contenant le rapport annuel 2006 sur l'Alzheimer en Europe.*

Luxembourg : Alzheimer Europe : 2008 : 294p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/reporting/docs/2007\\_dementiayearbook\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2007_dementiayearbook_en.pdf)

Between January 2006 and October 2007, as part of its work on the three-year "EuroCoDe" (European Collaboration on Dementia) project, Alzheimer Europe carried out a survey into the level of social support provided to people with dementia and their carers in the member states of the European Union, as well as in Switzerland, Norway and Iceland. This was just one part of the overall project which also involves the development of consensual prevalence rates, guidelines on diagnosis and treatment, guidelines on non-pharmacological treatments, recommendations on risk factors and prevention strategies and an analysis of the socio-economic cost of Alzheimer's disease.

## ▮ Données d'ensemble

36998

RAPPORT

SALINES (E.) / dir. , DANET (S.) / dir.

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

Direction de la Recherche - des Etudes et de l'Evaluation Statistique. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

**L'état de santé de la population en France**

**rapport 2007 - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique.**

Paris : La documentation française : 2008 : 254p., tabl., graph., carte

Cote Irdes : B6382

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm>

Cet ouvrage fournit en 2007 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le second rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, après une première édition en 2006. Ce rapport a été préparé, sous la coordination de la DREES, par un ensemble de partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-EA, DREES, InCa, INPES, INRETS, INSEE, INSERM, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, UFSBD, USEN/CNAM). Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 64 objectifs spécifiques. Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient.

39598

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

***The global burden of disease : 2004 update.***

*La charge mondiale de la morbidité : mise à jour 2004.*

Genève : OMS : 2008 : 146p., tabl., fig., annexes.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

Ce rapport de l'Organisation mondiale de la santé est une nouvelle évaluation de la charge mondiale de morbidité. Il présente une image complète de l'état de santé mondial et régional. Sur la base d'un nombre considérable de

données recueillies dans toute l'Organisation, elle se livre à une comparaison des décès, des maladies et des traumatismes survenus en 2004 selon la région, l'âge, le sexe et le revenu national. Cette étude détaille les dix principales causes de décès et fournit des estimations relatives à plus de 130 causes de maladies et de traumatismes. Les principaux résultats montrent que : - Sur 10 enfants qui décèdent du paludisme, 9 vivent en Afrique ; - 9 personnes sur 10 mourant du VIH/Sida et la moitié des personnes qui décèdent des maladies diarrhéiques et des pneumonies, vivent en Afrique ; dans les pays à revenus faibles, les pneumonies, cardiopathies, diarrhées, VIH/sida et les accidents vasculaires cérébraux sont les cinq premières causes de décès ; dans les pays à revenu élevé, les cinq premières causes de décès sont les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer pulmonaire, les pneumonies et l'asthme/bronchite ; - les hommes de 15 à 60 ans ont plus de risque de mourir que les femmes et ce, partout dans le monde ; les conflits contribuent à cette différence ; - parmi les causes d'incapacité, vient en tête la dépression dont la charge est plus lourde de 50% pour les femmes ; l'usage nocif de l'alcool figure aussi parmi les 10 premières causes d'incapacité, dans les pays à revenu faible comme à revenu élevé.

## ► Drogues

36624

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

***Etat du phénomène de la drogue en Europe : Rapport annuel 2007.***

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européenne : 2007 : 95p., graph.

Cote Irdes : B6301

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats et la Norvège (participant aux travaux de l'OEDT depuis 2001) sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2005 (ou sur la dernière année disponible). Trois analyses approfondies accompagnent le présent rapport. Elles sont consacrées aux sujets suivants: drogues et conduite automobile ; consommation de

drogue chez les mineurs; cocaïne et crack: un problème de santé publique de plus en plus préoccupant.

38425

RAPPORT

HALFEN (S.), VINCELET (C.), GREMY (I.)  
Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA,  
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA

**Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions - Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend).**

Paris : ORSIF : 2008/06 : 164p.

Cote Irdes : B6527

[http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/rapport\\_trendparis2007.pdf](http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/rapport_trendparis2007.pdf)

Le présent rapport relatif à l'observation TREND à Paris en 2007 se compose de trois chapitres : le premier chapitre présente la méthode de ce dispositif d'observation ; le second chapitre présente une approche transversale des observations et porte sur les caractéristiques des usagers, les contextes de consommation dans les espaces festifs et l'espace urbain, les produits consommés et leur mode d'usage ainsi que l'organisation des trafics ; le troisième chapitre traite des usages avec une approche par produit. Sont ainsi abordés : le tabac et l'alcool ; le cannabis ; les opiacés (héroïne, opium et rachacha, buprénorphine haut dosage, méthadone, sulfates de morphine, codéine) ; les produits stimulants (cocaïne, crack/free base, ecstasy, amphétamines, méthamphétamine, pipérazines) ; les produits hallucinogènes d'origine naturelle (champignons hallucinogènes, salvia divinorum, DMT-ayahuasca, iboga, LSA-rose de bois, datura, cactus, kratom) ; les produits hallucinogènes de synthèse (LSD, kétamine, GHB, poppers, protoxyde d'azote, solvants, 2C-I et 2C-B) ; les médicaments psychotropes non-opiacés détournés (benzodiazépines, autres). Pour chacun des produits, une première partie porte plus strictement sur le produit (sa disponibilité, son prix, les trafics) et, une seconde, plus spécifiquement sur les usagers et les usages (caractéristiques des consommateurs, perception du produit, modalités d'usage et problèmes sanitaires associés à la consommation du produit et/ou son mode d'administration). Enfin, dans une troisième partie, l'accent est plus particulièrement mis sur les tendances en évolution en 2007 : nouveaux groupes de consommateurs ou modifications des caractéristiques des usagers, changements dans les

représentations, les modes d'administration, les logiques de consommation et dans les associations de produits, modifications du trafic et de sa visibilité, modification des demandes de prise en charge médicale, etc. Enfin, le dernier chapitre de ce rapport synthétise les observations et les faits marquants en 2007. Les modifications survenues dans le profil des usagers et dans les modalités d'usages dans l'espace urbain et dans les espaces festifs ainsi que les principales tendances concernant les produits consommés sont plus particulièrement mises en avant.

## ► Effets climatiques

39025

RAPPORT

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

***Protecting health in Europe from climate change.***

*Préserver l'état de santé des Européens des effets de changement climatique.*

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2008 : 50p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, B6548

<http://www.euro.who.int/Document/E91865.pdf>

There is now scientific consensus that climate change affects health through changing weather patterns (for example, more intense and frequent extreme events) and indirectly through changes in water, air, food quality and quantity, ecosystems, agriculture, livelihoods and infrastructure. The effects will be unevenly distributed, and the people at greatest risk include the poor, very young, elderly and/or ill. Climate change can also pose a threat to health security. Failure to respond could be very costly in terms of disease, health care expenditure and lost productivity. This publication intends to stimulate debate and support an active response by providing up-to-date information on the health effects, as well as practical guidance on specific actions that decision-makers at different levels in health and other sectors can take now. As long as climate change is not too rapid or strong, many of the health effects can be controlled by strengthening health systems. This can include strengthening preparedness, public health services and health security, advocating action in other sectors to benefit health, better informing citizens and leading by example. Health systems need

to strengthen their capacity to assess potential climate-related health effects, to review their capacities to cope, and develop and implement adaptation and mitigation strategies, and to strengthen a range of key areas of work – from disease surveillance and control to disaster risk reduction – that are essential for rapid detection of and action against climate-related risks.

## ► Handicap

37489

OUVRAGE  
THIEBLEMONT-DOLLET (S.) / dir.  
LAROQUE (G.) / pref.

### **Regards et communication auprès des personnes atteintes de handicaps.**

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières :  
2007/12 : 130p.

Cote Irdes : A3691

Résultat de réflexions conjointes menées par des acteurs pluriels qui, tous, ont contribué, à un moment ou à un autre, à la mise en œuvre de la Maison du XXI<sup>e</sup> siècle, établissement pilote chargé d'accueillir, à Saint-Dié-des-Vosges, des enfants et de jeunes adultes aux handicaps lourdement divers, cet ouvrage dirigé par Sylvie Thiéblemont-Dollet, repense la communication dans le champ du handicap. Témoignages de parents et paroles de professionnels s'entremêlent pour parler en polyphonie des modes communicationnels existant ou à imaginer pour établir une relation avec celle ou celui qui communique autrement. Car il va de soi que cet ouvrage déconstruit les clichés portés envers les personnes atteintes de handicap, notamment celui de la non-communication. Dans nos sociétés, qui incitent à l'isolement, au repli et à l'individualisme, s'il est des personnes désireuses de communiquer, ce sont bel et bien celles-ci (Résumé d'auteur).

38871

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

### **Bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées.**

Paris : M.S.S.P.S. : 2007/08 : 93p., ann.

Cote Irdes : c, B6544

[http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT\\_GOHET\\_-\\_AOUT\\_07.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_GOHET_-_AOUT_07.pdf)

Ce rapport rappelle les principes généraux de la politique du handicap et la nécessité de les mettre au service d'un vrai projet de vie, à travers quatre axes prioritaires de travail. - La scolarisation des enfants handicapés : près de 160 000 enfants handicapés seront scolarisés à la rentrée 2007 ; ils étaient 106 000 en 2004 et 89000 en 2002. Il revient également sur les progrès accomplis dans l'accueil et l'accompagnement des étudiants handicapés dans les universités et grandes écoles. Il met en lumière la nécessité de développer l'information des familles sur leurs droits, les procédures à suivre pour scolariser leur enfant et revient sur la nécessité d'approfondir et d'accélérer la formation des enseignants, mais aussi de s'engager sur la voie de la professionnalisation des auxiliaires de vie scolaire. - L'emploi des personnes handicapées : le nombre de travailleurs handicapés en recherche d'emploi a baissé de près de 10% depuis la parution de la loi du 11 février 2005. Il rappelle néanmoins que l'obligation d'emploi d'au moins 6% de personnes handicapées n'est aujourd'hui toujours pas atteinte, dans les secteurs public et privé et propose la mise en place d'un certain nombre de mesures concrètes pour développer l'accessibilité à l'emploi des personnes handicapées, en incitant notamment les employeurs. - L'accessibilité des lieux publics : le rapport souligne les avancées réalisées et revient sur la nécessité de relancer rapidement la politique d'accessibilité des lieux publics au niveau local notamment. Il suggère deux initiatives, parmi lesquelles la proposition d'avancer la date du diagnostic d'accessibilité des établissements accueillant du public au 31 décembre 2008. - La mise en place des MDPH : le rapport met en avant la véritable «révolution culturelle et institutionnelle» que représente la mise en place, depuis mars 2006 des 100 MDPH qui existent actuellement dans les départements et revient sur les difficultés de fonctionnement rencontrées par ces structures dans la première année de leur création, et propose une série de mesures pour améliorer ce fonctionnement.

## ► Indicateurs de santé

38738

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
JOURNARD (I.) , ANDRE (C.) , NICQ (C.) ,  
CHATAL (O.)  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Paris. FRA



**Health status determinants : lifestyles, environment, health care resources and efficiency.**

*Déterminants de l'état de santé : style de vie, environnement socio-économique, ressources médicales et efficacité.*

Economics Department working papers; 627

Paris : OCDE : 2008/08 : 72p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.olis.oecd.org/olis/2008doc.nsf/LinkTo/NT0000363E/\\$FILE/JT03249407.PDF](http://www.olis.oecd.org/olis/2008doc.nsf/LinkTo/NT0000363E/$FILE/JT03249407.PDF)

Ce document examine la contribution des soins médicaux ainsi que d'autres facteurs à l'état de santé de la population et tente de déterminer si les dépenses dans le domaine de la santé produisent les mêmes résultats selon les pays de l'OCDE. En premier lieu, il s'interroge sur les avantages et les inconvénients des différents indicateurs de l'état de santé et en conclut que, malgré leurs défauts, les indicateurs de mortalité et de longévité demeurent les meilleures approximations disponibles. Il suggère ensuite que les évolutions des dépenses de santé, des modes de vie (consommation de tabac et d'alcool, régime alimentaire), du niveau d'éducation, de la pollution et des revenus ont été des facteurs importants de l'amélioration de l'état de santé. Enfin, il estime la capacité relative des différents pays à transformer les ressources médicales en accroissement de la longévité, en s'appuyant sur deux méthodes différentes (régressions sur données de panel et analyse d'enveloppement de données) qui donnent des résultats remarquablement similaires. Les estimations empiriques suggèrent que l'espérance de vie pourrait s'accroître de presque trois ans en moyenne dans les pays de l'OCDE si les ressources médicales disponibles étaient utilisées plus efficacement, tandis qu'une augmentation des dépenses totales de santé de 10% se traduirait par trois à quatre mois d'espérance de vie supplémentaire.

## ► Maladies chroniques

39585

OUVRAGE

NOLTE (E.) / éd., MCKEE (M.) / éd.

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

Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK, Organisation Mondiale de la Santé.

(O.M.S.). Observatoire Européen des

Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles.

BEL

**Caring for people with chronic conditions. A health system perspective.**

*Soigner les personnes souffrant de maladies chroniques. Une optique des systèmes de santé.*

European Observatory on Health Systems and Policies Series

Maidenhead : Open University Press : 2008 : 259p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, A3798

[http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_eBD1.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_eBD1.pdf)

La nature complexe de nombreuses maladies chroniques, qui affectent les personnes de bien des manières différentes, requiert de réagir par des mesures très diverses répondant aux besoins de chaque patient. La relation traditionnelle entre un patient et un unique médecin est inappropriée. Cependant, on est très loin du consensus quant à savoir par quoi il faudrait la remplacer. Beaucoup de pays expérimentent de nouvelles stratégies afin de fournir des soins de façon à satisfaire les besoins complexes de personnes souffrant de maladies chroniques. Ils réorganisent les systèmes de dispensation de soins afin de coordonner les activités tout au long du traitement. Cet ouvrage fait la synthèse de nos connaissances sur ce qui fonctionne (ou pas) dans diverses circonstances, et évoque les conditions préalables à remplir pour assurer l'efficacité des politiques et de la gestion en matière de maladies chroniques.

## ► Maladies neurologiques

39095

INTERNET , RAPPORT

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

Genève. CHE

**Neurological disorders : Public Health challenges.**

*Troubles neurologiques : les défis en santé publique.*

Genève : OMS : 2008 : 217p., fig., tabl., index

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html)

There is ample evidence that pinpoints neurological disorders as one of the greatest threats to public health. There are several gaps in understanding the many issues related to neurological disorders, but we already know enough about their nature and treatment to be able to

shape effective policy responses to some of the most prevalent among them. Neurological disorders: public health challenges describes and discusses the increasing global public health importance of common neurological disorders such as dementia, epilepsy, headache disorders, multiple sclerosis, neuroinfections, neurological disorders associated with malnutrition, pain associated with neurological disorders, Parkinson's disease, stroke and traumatic brain injuries. The book provides the public health perspective for these disorders and presents fresh and updated estimates and predictions of the global burden borne by them. It provides information and advice on public health interventions that may be applied to reduce the occurrence and consequences of neurological disorders. It offers health professionals and planners the opportunity to assess the burden caused by these disorders in their country and to take appropriate action.

## ► Santé des migrants

38202

RAPPORT

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

***La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2007.***

Le Kremlin Bicêtre : COMEDE : 2008 : 62p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3723

[http://www.comede.org/UserFiles/File/Rapport2007/Rapport\\_Comede\\_2007.pdf](http://www.comede.org/UserFiles/File/Rapport2007/Rapport_Comede_2007.pdf)

Comme les années précédentes, l'année 2007 a été marquée par de nouvelles restrictions de droit et de fait en matière d'accueil et d'accès aux soins des exilés en France, la réforme de novembre 2007 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) ayant encore durci les conditions du regroupement familial. Et si le droit au séjour des étrangers malades a officiellement été préservé malgré les menaces de suppression en 2006, les pratiques restrictives des préfetures se sont considérablement renforcées. Ces pratiques sont sanctionnées dans plus de la moitié des cas par les juridictions en charge de recours contentieux de plus en plus nombreux. En matière d'accès aux soins, les obstacles se sont multipliés en particulier contre les bénéficiaires potentiels de l'Aide médicale d'Etat, alors que de nouvelles menaces planent sur la mise en place d'un « ticket modérateur » qui signifierait l'absence de recours aux

soins pour des personnes dont les ressources mensuelles sont inférieures à 600 euros.

38316

RAPPORT

WLUCZKA (M.), KERN (T.), DEBSKA (E.)  
Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers  
et des Migrations. (A.N.A.E.M.). Paris. FRA

***La santé des primo-migrants en 2007 : Etude réalisée à partir des enquêtes "semaine données".***

Paris : ANAEM : 2008 : 19p.

Cote Irdes : B6501

[http://www.anaem.fr/IMG/pdf/la\\_sante\\_des\\_primo-migrants\\_en\\_2007\\_.pdf](http://www.anaem.fr/IMG/pdf/la_sante_des_primo-migrants_en_2007_.pdf)

Aux mois de mai et novembre 2007, les équipes médicales des Délégations de l'ANAEM ont participé à un recueil exhaustif de données à partir des fiches médicales révisées des enquêtes « semaine données ». Ce recueil a permis de dresser une synthèse de l'état de santé des primo-migrants vus par le service médical dans des conditions de représentativité satisfaisante, la cohorte ainsi enregistrée représente 8 119 dossiers.

38415

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
SOLE-AURO (A.), CRIMMINS (E.M.)  
Research Institute of Applied Economics.  
(R.I.A.C.). Barcelone. ESP

***Health of Immigrants in European countries.***

*La santé des migrants dans les pays européens*

Barcelone : RIAC : 2008/03 : 23p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ub.edu/irea/working\\_papers/2008/200809.pdf](http://www.ub.edu/irea/working_papers/2008/200809.pdf)

The health of older immigrants can have important consequences for needed social support and demands placed on health systems. This paper examines health differences between immigrants and the nativeborn populations aged 50 years and older in 11 European countries. We examine differences in functional ability, disability, disease presence and behavioral risk factors, for immigrants and non-immigrants using data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) database. Among the 11 European countries, migrants generally have worse health than the native population. In these countries, there is a little evidence of the "healthy migrant" at ages 50 years and over. In general, it appears that growing numbers of immigrants may por-

tend more health problems in the population in subsequent years.

38734

RAPPORT  
BELLOT (C.)

Ministère du Travail - des Relations Sociales - de la Famille et de la Solidarité. (M.T.R.F.S.). Comité National des Retraités et Personnes Agées. (C.N.R.P.A.). Paris. FRA

**Enquête sur les immigrés vieillissants.**

Paris : CNRPA: 2008/02/21 : 31p.

Cote Irdes : B6522

[http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/SYNTHESE\\_NATIONALE\\_24\\_MARS\\_2008\\_POUR\\_SITE\\_INTERNET\\_SANS\\_ANNEXES.pdf](http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/SYNTHESE_NATIONALE_24_MARS_2008_POUR_SITE_INTERNET_SANS_ANNEXES.pdf)

Cette enquête fait suite à la commande de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) qui souhaitait que les Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) soient interrogés par le Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA) pour connaître les actions menées localement par les départements en faveur des immigrés vieillissants. Ce terme d'immigrés vieillissants recouvre les personnes nées étrangères à l'étranger, vivant en France principalement en foyer de travailleurs migrants ou en habitat diffus, en situation régulière et issues des vagues d'immigration de travail des « trente glorieuses ». Une enquête en deux parties : la première vise une meilleure connaissance de cette population, la deuxième porte sur les objectifs ou actions du schéma gérontologique ou du schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

## ► Obésité

37618

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
WEBBINK (D.), MARTIN (N.G.), VISSCHER (P.M.)

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.). La Hague. NLD

**Does education reduce the probability of being overweight?**

*L'éducation réduit-elle la probabilité d'être en surpoids ?*

CPB Discussion Paper; 102

La Hague : CPB : 2008/04 : 34p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/discussie/102/disc102.pdf>

The prevalence of overweight and obesity is growing rapidly in many countries. Education policies might be important for reducing this increase. This paper analyses the causal effect of education on the probability of being overweight by using longitudinal data of Australian identical twins. The data include self-reported and clinical measures of body size. Our cross-sectional estimates confirm the well-known negative association between education and the probability of being overweight. For men we find that education also reduces the probability of being overweight within pairs of identical twins. The estimated effect of education on overweight status increases with age. Remarkably, for women we find no negative effect of education on body size when fixed family effects are taken into account. Identical twin sisters that differ in educational attainment do not systematically differ in body size. This finding is robust to differences in employment and number of children.

39538

COMMUNICATION, INTERNET  
MAZZOCCHI (M.), TRAILL (W.B.)

**Calories, Obesity and Health in OECD Countries.**

*Calories, obésité et état de santé dans les pays de l'OCDE.*

The Agricultural Economics Society's 81st Annual Conference : Reading, 2007/04/02-04  
Reading : University of Reading : 2008 : 26p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/7972/1/cp07ma01.pdf>

Theoretical models suggest that decisions about diet, weight and health status are endogenous within a utility maximisation framework. In this paper, we model these behavioural relationships in a fixed-effect panel setting using a simultaneous equation system, with a view to determining whether economic variables can explain the trends in calorie consumption, obesity and health in OECD countries and the large differences among countries. The empirical model shows that progress in medical treatment and health expenditure mitigates mortality from diet-related diseases, despite rising obesity rates. While the model accounts for endogeneity and serial correlation, results are affected by data limitations.

## ► Périnatalité

40166

RAPPORT, INTERNET  
Euro-Peristat. Paris. FRA

### **European Perinatal Health Report.**

*Rapport sur la santé périnatale en Europe.*

Paris : Euro-Peristat : 2008 : 278p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report-2.pdf>

The European Perinatal Health Report released by the EURO-PERISTAT project is the most comprehensive report on the subject to date and takes a new approach to health reporting. Instead of comparing countries on single indicators like infant mortality (the 'report card' or 'league table' approach), our report paints a fuller picture by presenting data about mortality, low birthweight and preterm birth alongside data about health care and other factors that can affect the outcome of pregnancy. It also illustrates differences in the ways that data are collected, and explains how these can affect comparisons between countries.

## ► Santé scolaire

39097

OUVRAGE  
GODEAU (E.) / dir., GRANDJEAN (H.) / dir.,  
NAVARRO (F.) / dir.  
Institut National de Prévention et d'Éducation  
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

### **La santé des élèves de 11 à 15 ans en France : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged children (HBSC).**

Saint-Denis : INPES : 2008 : 271p., tabl.,  
graph., fig.

Cote Irdes : A3770

Cet ouvrage présente les principaux résultats français de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children 2006 (HBSC), à laquelle plus de sept mille élèves, scolarisés dans 701 établissements de métropole, du CM2 à la première année de lycée, ont participé. À partir des résultats obtenus, il offre une véritable photographie des opinions et comportements de santé des élèves de 11, 13 et 15 ans, permettant de mieux appréhender les facteurs influençant la santé à la primo-adolescence. Au-delà des conduites d'essai et des comportements à risque qui

occupent bruyamment le devant de la scène et sont relayés abondamment par les médias, cette période délicate et complexe se révèle cruciale dans l'acquisition de connaissances et de comportements de santé et de citoyenneté qui trouveront un prolongement à l'âge adulte. Par ses objectifs, la variété des sujets abordés, sa dimension interdisciplinaire et le suivi de l'évolution temporelle des phénomènes observés qu'elle permet, l'enquête HBSC s'inscrit légitimement dans les principales sources d'information sur la santé des jeunes. Menée tous les quatre ans sous l'égide du bureau Europe de l'OMS ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)), la présente version d'HBSC a concerné en parallèle quarante et un pays ou régions d'Europe et d'Amérique du Nord. Elle offre ainsi l'opportunité d'un large éventail de comparaisons internationales. L'enquête HBSC, dans sa version 2006, a été réalisée par le Service médical du rectorat de Toulouse en collaboration avec l'Unité INSERM U558.

## ► Sociologie de la santé

39086

OUVRAGE  
VELPRY (L.)  
EHRENBERG (A.) / préf.

### **Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale.**

Paris : Armand Colin : 2008 : 331p.

Cote Irdes : A3767

La psychiatrie publique française est en crise, on le sait. La prise en charge de pans entiers du malheur social se télescope avec le manque de psychiatres, de moyens ou de structures alternatives à l'hospitalisation. Des faits divers dramatiques sont mis en avant par les médias et la criminalisation des malades mentaux est à l'ordre du jour. Mais que savons-nous du quotidien de la psychiatrie ? Quels sont les pratiques des professionnels, les parcours et les modes de vie des patients ? Cette enquête sociologique de plusieurs années dresse un portrait précis du monde ordinaire de la psychiatrie et des différentes façons de vivre avec la maladie mentale dont témoignent professionnels et patients.

## ► Travail et santé

37227

OUVRAGE

THEBAUD-MONY (A.)

***Travailler peut nuire gravement à votre santé : Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels.***

Paris : Editions La Découverte : 2007/02 : 290p.

Cote Irdes : A3662

[http://ww2.editions-ladecouverte.fr/images/LA%20DECOUVERTE/da/d04847\\_intro.pdf](http://ww2.editions-ladecouverte.fr/images/LA%20DECOUVERTE/da/d04847_intro.pdf)

Alors que les savoirs scientifiques et médicaux permettent aujourd'hui d'identifier de très nombreux facteurs d'altération de la santé par le travail, on constate la généralisation de la mise en danger délibérée d'autrui dans les choix d'organisation et de conditions de travail ainsi que dans les politiques publiques les rendant légitimes. Comment expliquer cette contradiction ? A partir de témoignages recueillis dans les secteurs de l'industrie mais aussi dans le secteur des services, ce livre présente ce qui demeure un angle mort de la santé publique, à savoir les atteintes à la vie, à la santé et à la dignité des travailleurs. Se situant en référence aux droits fondamentaux que définit le code de procédure pénale, il analyse comment les stratégies de résistance, individuelles et collectives, informelles ou organisées, sont constamment en butte à des formes impitoyables de répression. Au nom des règles du capitalisme néolibéral, l'impunité des responsables est totale, qu'il s'agisse de l'homicide, du délit de mise en danger d'autrui, des atteintes à la dignité, de la non-assistance à personne en danger.

37492

RAPPORT

NASSE (P.), LEGERON (P.)

Ministère du Travail - des Relations sociales - de la Famille et de la Solidarité. (M.T.R.F.S.). Paris. FRA

***Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.***

Paris : Ministère du Travail : 2008/03/12 : 42 p.

Cote Irdes : B6439

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000156/0000.pdf>

Dans le cadre de la mission qui leur a été confiée par le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, les auteurs s'attachent tout d'abord à identifier les concepts liés aux divers risques psychosociaux : le stress, problème de santé le plus répandu dans le monde du travail et sur lequel le rapport se penche plus particulièrement, ainsi que le phénomène lié aux harcèlements et violences au travail. Ils examinent ensuite l'ensemble des indicateurs de risques disponibles ou à mettre en oeuvre, les dimensions du stress qu'ils explorent ainsi que leurs intérêts respectifs. Constatant qu'aucun indicateur existant ne vérifie les conditions requises pour une approche simultanée des aspects médicaux et sociaux de ces risques, les auteurs préconisent la création d'un indicateur global tiré d'une enquête psychosociale évaluant simultanément les conditions sociales de travail et l'état psychologique du sujet. Huit autres propositions sont présentées en fin de rapport parmi lesquelles le recensement des suicides de salariés au travail et la réalisation d'une analyse psychosociale de ces suicides (« autopsie psychologique ») ou encore le lancement d'une campagne publique d'information sur le stress au travail.

37617

RAPPORT, INTERNET

BLACK (C.)

UK Cross-Government Health, Work and Well-being Programme.sl. GBR

***Working for a healthier tomorrow.***

*Améliorer l'état de santé des personnes en âge de travailler.*

London : The Stationery Office (TSO) : 2008 : 125p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.workingforhealth.gov.uk/documents/working-for-a-healthier-tomorrow-tagged.pdf>

The subject of this review is the health of people of working age, individuals whose health has consequences often far beyond themselves – touching their families and children, workplaces and wider communities. The economic costs of ill-health and its impact on work are measurable and set out for the first time in this review; but the human costs are often hidden and privately borne. This Review has sought to establish the foundations for a broad consensus around a new vision for health and work in Britain. At the heart of this vision are three principal objectives: prevention of illness and promotion of health and well-being; early

intervention for those who develop a health condition; and an improvement in the health of those out of work – so that everyone with the potential to work has the support they need to do so. Successive chapters of this report will set out proposals for realising these objectives.

38194

RAPPORT  
LIEVRE (A.) , JUSOT (F.) , BARNAY (T.) ,  
SERMET (C.) , BROUARD (N.) , ROBINE  
(J.M.) , BRIEU (M.A.) , FORETTE (F.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

***Espérances de vie professionnelle en santé :  
Méthodes de calcul et application à 13 pays  
d'Europe.***

Paris : Irdes : 2008/05 : 116p.

Cote Irdes : R1709

L'absence de maladie ou d'incapacité et un engagement actif dans la société sont des dimensions essentielles du vieillissement réussi. Afin d'évaluer ce concept, ce rapport propose un indicateur synthétique : Espérance de Vie Professionnelle en Santé (EVPS) qui mesure le nombre d'années de vie passées selon l'état de santé et l'activité professionnelle entre 30 et 70 ans. L'EVPS est fondée sur la méthode multiétat utilisée habituellement pour calculer des espérances de vie en santé. Après avoir testé la faisabilité de la construction de l'EVPS à partir des données de l'enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES, cet indicateur est utilisé pour comparer la situation de 13 pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède) à partir des données du Panel européen des ménages (ECHP) de 1995 à 2001. Les premiers résultats montrent une grande diversité des pays européens et soulignent également le rôle essentiel des systèmes de protection sociale et des politiques de l'emploi sur cet indicateur. Ils montrent également l'existence d'un réservoir d'années en bonne santé qui pourraient permettre un accroissement de la durée de vie en emploi dans tous les pays Européens.

38311

RAPPORT  
POISSON (J.F.)  
Assemblée Nationale. Commission des  
Affaires Culturelles Familiales et Sociales.  
(C.A.C.F.S.). Paris. FRA

***Rapport d'information sur la pénibilité au  
travail. Tome I et II : Rapport et annexes.***

Paris : Assemblée Nationale : 2008/05 :  
211p., annexes

Cote Irdes : B6504

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0910-tl.pdf>

Le rapport de la mission d'information sur la pénibilité au travail créée au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dresse un état des lieux des données juridiques, économiques et sociales disponibles sur la pénibilité. Il propose une définition de la pénibilité au travail, en cerne les différents aspects et délimite les critères pouvant être retenus pour mettre en oeuvre un dispositif de compensation. Il propose huit mesures de prévention.

38699

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
COE (N.B.)  
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

***Retirement Effects on Health in Europe.***

*Les effets de la retraite sur l'état de santé en  
Europe.*

Rand working paper ; 588

Santa Monica : Rand corporation : 2008 :  
39p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/working\\_papers/2008/RAND\\_WR588.pdf](http://www.rand.org/pubs/working_papers/2008/RAND_WR588.pdf)

What are the health impacts of retirement? As talk of raising retirement ages in pensions and social security schemes continues around the world, it is important to know both the costs and benefits for the individual as well as government budgets. The authors use the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) dataset to address this question in a multicountry setting. Statutory retirement ages clearly induce retirement, but are not related to an individual's health. The authors find significant evidence that retirement has a health-preserving effect on overall general health but no evidence that retiring at younger ages has a health-preserving effect.

38860

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
ROBONE (S.) , JOHNS (A.M.) , RICE (N.)  
University of York. Health - Econometrics and  
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

***Contractual Conditions, Working conditions,  
Health and Well-Being in the British  
Household Panel Survey.***

*Types de contrats, conditions de travail, état  
de santé et bien-être dans l'enquête «British  
Household Panel Survey».*

HEDG Working Paper; 08/19

York : HEDG : 2008/07 : 36p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/  
wp/08\\_19.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_19.pdf)

We consider the effects of contractual and working conditions on self-assessed health and psychological well-being using twelve waves (1991/92 – 2002/2003) of the British Household Panel Survey. While one branch of the literature suggests that “atypical” contractual conditions have a significant impact on health and well-being, another suggests that health is damaged by adverse working conditions. As far as we are aware, previous studies have not explicitly considered the two factors jointly. Our aim is to combine the two branches of the literature to assess the distinct effects of contractual and working conditions on health and psychological well-being and how these effects vary across individuals. For self-assessed health the dependent variable is categorical, and we estimate non-linear dynamic panel ordered probit models, while for psychological well-being we estimate a dynamic linear specification. Our estimates show that being unsatisfied with the number of hours worked has a negative influence on the health of individuals who have a part-time job. Having a high level of employability appears to influence positively the health and psychological well-being of individuals with temporary job arrangements. Family structure appears to influence the health and well-being of workers with atypical contractual conditions.

38700

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
SALMA (M.)  
University of York. Health - Econometrics and  
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

***Job loss does not cause ill health.***

*Perdre son emploi n'impacte pas négativement  
l'état de santé*

HEDG Working Paper; 08/016

York : HEDG : 2008/07 : 33p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/  
wp/08\\_16.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_16.pdf)

I use longitudinal data from the Health and Retirement Study to estimate the effect of job loss on health for near elderly employees. Job loss is a major cause of economic insecurity for working age individuals, and can cause reduction in income, and loss of health insurance. To control for possible reverse causality, this study focuses on people who were laid off for an exogenous reason - the closure of their previous employers' business. I find that the unemployed are in worse health than employees, and that health reasons are a common cause of job termination. In contrast, I find no causal effect of exogenous job loss on various measures of health. This suggests that the inferior health of the unemployed compared to the employed could be explained by reverse causality. I also use instrumental variable regression to estimate the effect of loss of health insurance, loss of income, and re-employment on health, and again find no statistically significant effects.

39009

OUVRAGE  
NATON (J.F.)

***A la reconquête du travail.***

Montpellier : Indigène éditions : 2008 : 117p.

Cote Irdes : A3758

Dans un réquisitoire à la Zola, Jean-François Naton, syndicaliste associé à toutes les négociations sur la santé au travail, accuse le trop fameux « travailler plus pour gagner plus ». Ce slogan nie la réalité du travail, masque la sous-estimation massive des accidents et maladies professionnelles, tait le contrôle du MEDEF si omniprésent qu'en 2005 la Sécurité sociale reconnaissait 2059 cancers d'origine professionnelle seulement quand l'Institut national de veille sanitaire en dénombre, annuellement, dix fois plus ! Le travail est devenu si dur que le ministère du Travail lui-même, en 2007, parle de « travailleurs de force », de « travailleurs contraints », d'« obligés du public », des « plus exposés » ; ils sont dix millions de salariés à relever de ces nouvelles catégories et beaucoup mourront prématurément. Le peuple des précaires, des intérimaires vient grossir leurs rangs - tout est fait pour favoriser la production à flux tendu, distribuer

leurs 8 % aux nouveaux actionnaires, américains, russes, chinois.

39486

RAPPORT, INTERNET  
BIENCOURT (M.), BOUET (P.), CARTON (M.), CRESSARD (P.), FAROUDJA (J.M.), LUCAS (J.), MONTANE (F.), MOULARD (J.C.)  
LERICHE (B.) / rapp.  
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA

**Le médecin malade.**

Paris : CNOM : 2008 : 81p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/lemedecinmalade.pdf>

Le thème du médecin malade, et particulièrement du retentissement de la maladie sur son activité, « peut-il exercer et comment ? » est apparu à la Commission nationale permanente d'autant plus intéressant à traiter que tous les milieux se font de plus en plus l'écho des conséquences de l'épuisement professionnel, et que de récents drames dans de grandes entreprises, comme dans la communauté médicale, avivent les inquiétudes. Ce rapport a choisi d'élargir le sujet au-delà de la seule santé mentale en y adjoignant la santé physique, la maladie organique et la traumatologie, en privilégiant surtout les orientations que pourrait prendre l'Ordre des médecins face aux problèmes humains dramatiques résultants de défaut de prise en charge thérapeutique, d'imprévoyance assurancière, et des contraintes d'application de notre code de déontologie. Le premier chapitre de ce rapport concerne le médecin atteint d'une pathologie organique, traumatique ou non. Le second et le troisième chapitres du rapport traitent de la santé mentale du médecin et des affections induites par l'environnement socio-professionnel. Les propositions émanant de la Commission nationale permanente font l'objet du dernier chapitre (Résumé des auteurs).

39841

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
FLETCHER (J.), SINDELAR (J.L.), YAMAGUCHI (S.)  
McMaster University. Department of Economics. Ontario. CAN

**Cumulative Effects of Job Characteristics on Health.**

*Effets cumulatifs des conditions de travail sur la santé.*

Department of Economics Working Paper Series ; n° 2008-05.

Ontario : McMaster University : 2008/11 : 31p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/2008-05.pdf>

We present what we believe are the best estimates of how job characteristics of physical demands and environmental conditions affect individual's health. Five-year cumulative measures of these job characteristics are used to reflect findings in the physiologic literature that cumulative exposure is most relevant for the impact of hazards and stresses on health. Using data from the Panel Study of Income Dynamics we find that individuals who work in jobs with the 'worst' conditions experience declines in their health, although this effect varies by demographic group. For example, for non-white men, a one standard deviation increase in cumulative physical demands decreases health by an amount that offsets an increase of two years of schooling or four years of aging. Job characteristics are found more detrimental to the health of females and older workers. These results are robust to inclusion of occupation fixed effects, health early in life and lagged health.

39849

RAPPORT  
GOLLAC (M.), GUYOT (S.), VOLKOFF (S.)  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E). Noisy-Le-Grand. FRA

**A propos du travail soutenable. Les rapports du séminaire interdisciplinaire - emploi soutenable, carrières individuelles et protection sociale -.**

Noisy Le Grand : CEE : 2008/06 : 143p., tabl.

Cote Irdes : C, B6599

<http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/48-travail-soutenable-seminaire-interdisciplinaire-carriere-individuelle-protection-sociale.pdf>

Entre juin 2005 et janvier 2007, un séminaire a réuni, au Centre d'études de l'emploi, des chercheurs de diverses disciplines, autour de la thématique générale « Emploi soutenable, carrières individuelles et protection sociale ». Quatorze sessions d'une demi-journée ont eu lieu, espacées de quelques semaines. Les participants étaient, soit des membres permanents pressentis dès le départ par les organisateurs, soit des orateurs sollicités pour une séance particulière, soit – plus rarement,



et notamment lors d'interventions d'invités étrangers – d'autres chercheurs ou praticiens directement concernés par le thème abordé. Parmi les orateurs et les participants (voir leur liste en fin de rapport), on note la présence de chercheurs en sociologie, ergonomie, économie, gestion, démographie, épidémiologie, psychologie. Chaque séance comportait un ou deux exposés et un large temps de discussion. On a souvent cherché à regrouper dans une même séance des exposés portant sur un objet commun, mais abordé au travers de prismes disciplinaires et/ou méthodes d'analyse différents. Les retranscriptions des séances, ainsi qu'une présentation synthétique de l'ensemble, rédigée par les trois auteurs, constituent le présent rapport.

40165

RAPPORT, INTERNET  
LATOURETTE (T.) , MENDELOFF (J.)  
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

***Mandatory Workplace Safety and Health Programs. Implementation, Effectiveness, and Benefit-Cost Trade-Offs.***

*Programmes de santé et de sécurité obligatoires sur le lieu de travail. Mise en oeuvre, efficacité et compromis coût/bénéfice.*

Technical Report; n° 604

Santa Monica : Rand corporation: 2008: 31p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR604.pdf](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR604.pdf)

In 1998, the Occupational Safety and Health Administration (OSHA) began work on developing a standard that would have required all workplaces to establish a safety and health program, which uses management tools that address general behaviors and procedures to reduce the risk of occupational injuries and illnesses. Although some states already had such programs in place, OSHA argued that worksites with such programs had lower rates of injury and illness and that a federal standard would extend this benefit to worksites without such programs. By 1999, however, OSHA had abandoned its rulemaking process, partly due to intense criticism of the effectiveness relative to the cost of the proposed standard. Prior studies have attempted to analyze whether, if implemented, the standard would have been effective in its goals and whether the benefit-cost trade-offs would have leaned in favor of one or the other. Unfortunately, these studies have been inconclusive for a variety of reasons. This report takes an objective approach to as-

sessing both the proposed OSHA standard and prior studies of its potential effectiveness, implementation and enforcement, and benefits and costs, concluding with recommendations to guide further analysis should federal or state authorities opt to revisit the rulemaking process for such a standard.

## PERSONNES ÂGÉES

### ► Accueil familial

40173

RAPPORT  
ROSSO-DEBORD (V.)

Ministère du Travail - des Relations Sociales - de la Famille et de la Solidarité. (M.T.R.F.S.).  
Secrétariat d'Etat à la Solidarité. Paris. FRA

***Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées.***

Paris : La Documentation Française : 2008 : 22p.

Cote Irdes : B6613

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000724/>

Selon l'INSEE , les personnes âgées de plus de 65 ans représentent plus du cinquième de la population française. Pour la plupart, elles vivent seules dans leur logement (18% des sexagénaires, 30% des septuagénaires et 40% des octogénaires). Ces personnes sont en général propriétaires (70,7%) et résident en ville. Dans les années à venir, le nombre des personnes âgées va considérablement augmenter et les places en institution ne pourront suffire (leur coût moyen est beaucoup plus important que le maintien à domicile). Ce rapport étudie les modalités d'un accueil familial pour les personnes qui ne pourraient plus vivre seules. Ce dispositif existe, mais ne rencontre pas un grand succès à cause de complexités administratives et financières (statut de l'accueillant, recrutement, remplacement, rémunération). Le rapport émet des propositions pour développer cet accueil familial (création d'un statut, modalités de l'agrément, formation, fiscalité). Il présente ses avantages (rupture de l'isolement tout en retardant l'arrivée dans une structure institutionnelle, accueil d'autres publics en difficulté, tels des femmes victimes de violences conjugales ou des adultes handicapés, maintien dans leur environnement de populations rurales et péri-urbaines,

développement d'une nouvelle filière d'emplois).

## ► Emploi des seniors

37858

RAPPORT  
HUYEZ-LEVRAT (G.)  
Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-Le-Grand. FRA

### ***Le faux consensus sur l'emploi des seniors.***

Noisy Le Grand : CEE : 2008/05 : 57p., tabl.

Cote Irdes : B6540

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000273/0000.pdf>

Les principaux freins à l'emploi des seniors sont désormais bien connus. Il y a d'abord l'usure liée à l'exercice d'un métier dans des conditions de travail pénibles qui provoque une dégradation de l'état physique et moral des salariés. Il y a ensuite la lassitude causée par la réalisation pendant un temps long de la même activité sans mobilisation de l'expérience accumulée par le salarié. Il y a enfin le faible niveau de qualification initiale et l'échec de la formation continue à corriger les inégalités de départ et à préparer des rebonds de carrières qui contribuent à fragiliser la position de certains salariés au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, à diminuer leur employabilité et à rendre désirable pour eux une sortie précoce. Leur position est alors d'autant plus fragilisées qu'ils travaillent dans un secteur en mutation : les réductions d'effectifs (par exemple liées à des gains de productivité ou à l'automatisation), la suppression de certaines fonctions et le développement de nouvelles activités nécessitant des connaissances nouvelles ou des aptitudes spécifiques tendent à réduire les possibilités d'emplois pour ces seniors jugés moins compétents et moins productifs que les plus jeunes. La question du maintien en emploi des seniors semble alors simple : comment inverser la tendance et quelles actions concrètes peuvent être déployées dans les entreprises sur les leviers ergonomiques, de formation et de déroulement de carrières afin de permettre aux travailleurs de vieillir au travail ? Cette question nécessite dans un premier temps de préciser ce que l'on entend par « senior ». Dans un second temps, on précisera la méthode employée pour conduire cette recherche.

39654

NOTE, INTERNET  
EUROGIP. Paris. FRA

### ***L'emploi et la santé au travail des seniors en Europe.***

Paris : Eurogip : 2008/09 : 18p., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.eurogip.fr/docs/Emploi\\_seniors\\_Eurogip-32\\_F.pdf](http://www.eurogip.fr/docs/Emploi_seniors_Eurogip-32_F.pdf)

La note thématique d'EUROGIP dresse un état des lieux de l'emploi des 55-64 ans en Europe, passe en revue les politiques globales visant à augmenter les chances professionnelles des seniors et présente des exemples de mesures élaborées pour augmenter leur taux d'emploi dans les pays européens.

## ► Exclusion sociale

39104

RAPPORT, INTERNET  
JEHOEL-GIJSBERS, VROOMAN (C.)  
European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.). Bruxelles. BEL

### ***Social exclusion of the elderly : A comparative study of EU member states.***

*L'exclusion sociale des personnes âgées : étude comparative des Etats membres de l'Union Européenne.*

Bruxelles : ENEPRI : 2007/09 : 84p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://shop.ceps.be/downfree.php?item\\_id=1700](http://shop.ceps.be/downfree.php?item_id=1700)

Combating social exclusion is one of the key objectives of pension systems. This report focuses on social exclusion among the elderly (defined as the 55+ age group) in the EU's member states. Social exclusion has been conceptualised as a state of individuals in relation to four dimensions. Two of these dimensions – material deprivation and social rights – are of a structural nature. The other two – social participation and normative integration – pertain to social settings and subcultural factors. Theoretically and empirically, the dimensions refer to one latent underlying social exclusion variable. The original method for measuring social exclusion was devised and tested for the Netherlands, making use of a dedicated dataset. In this study, the measuring instrument has been extended to EU member states, performing secondary analyses of va-

rious surveys. These datasets do not contain information about normative integration, but for each of the other three dimensions it has turned out to be possible to construct valid indices at the EU level. Two indices that are more general have been calculated as well: one is a combined index of material deprivation plus social rights and the other is a macro aggregate covering all three dimensions. The outcomes suggest that the elderly in the Nordic countries and the Netherlands are the least excluded, in terms of both the three separate dimensions of social exclusion and the more general indices. The Continental and Anglo-Saxon countries follow close behind. Social exclusion among the elderly is generally higher in the Mediterranean countries. The highest social exclusion scores are to be found in the EU's new member states in Eastern Europe, especially in the Baltic States and Poland.

## ► Relations intergénérationnelles

39127

RAPPORT , INTERNET  
MAULET (N.) , ROLLAND (M.) , DE  
MAESENEER (J.) , VAN DE GEUCHTE (I.) ,  
WILLEMS (S.)  
Fondation Roi Baudouin. Bruxelles. BEL

### ***Une société pour tous les âges. Le défi des relations intergénérationnelles.***

Bruxelles : Fondation Roi Baudouin : 2008 :  
120p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lamaisondelaautonomie.com/dmdocuments/societe%20pour%20tous%20les%20ages%20belgique.pdf>

Jusqu'à quel point le vieillissement de nos sociétés va-t-il influencer leur fonctionnement? La réponse à cette question est souvent abordée sous une forme menaçante, évoquant un scénario où les systèmes de protection sociale seraient menacés par la diminution du nombre d'actifs qui ne suffiraient plus à financer les retraites et allocations diverses. C'est une vision négative qui présente comme inévitable un conflit entre générations. Or, si l'on veut garder un système de solidarité intergénérationnelle, il faudra apprendre à transformer ce qui apparaît comme un risque en opportunité. Il est grand temps d'imaginer un nouveau Pacte Social plus attentif à toutes les générations, à leurs besoins et leurs attentes, et qui leur (re) donne une réelle implication dans la société. La Fondation Roi Baudouin a impulsé la réflexion et la mise en œuvre de projets dans ce domaine. Depuis plus d'un an, des séminaires,

des publications, des journées d'échanges ont permis à des experts universitaires et des acteurs de terrain de livrer leurs analyses et leurs expériences dans le domaine de la solidarité et de la coopération intergénérationnelle. Parallèlement, plus de 170 projets destinés à susciter des relations intergénérationnelles concrètes ont été financés et livrent déjà des informations intéressantes sur la concrétisation de la stratégie intergénérationnelle. Enfin, une expérience originale a conduit à la mise sur pied de deux Cercles (un francophone, un néerlandophone) qui ont rassemblé une trentaine de personnes actives dans la société civile afin de dégager une vision neuve de la question intergénérationnelle et de sa mise en œuvre. C'est le résultat des travaux de ces deux Cercles, de séminaires et des projets soutenus qui est présenté dans ce rapport.

## ► Réseaux de santé

40171

RAPPORT  
Fédération Nationale des Réseaux  
Gérontologiques (F.N.R.G.). Bagnolet.  
FRA , Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.).  
Bagnolet. FRA

### ***Les réseaux de santé personnes âgées, ou comment créer les conditions d'un maintien à domicile réussi. Rapport d'activités 2007.***

Bagnolet : F.N.R.G. : 2008 : 42p.

Cote Irdes : B6611

<http://fnrg.hautetfort.com/media/02/02/1408802710.pdf>

Ce rapport présente les activités de la Fédération nationale des Réseaux gérontologiques. L'accent est porté sur l'intérêt du dispositif de prise en charge, et sur ses capacités d'adaptation aux contextes locaux et aux souhaits des pouvoirs publics sur les stratégies développées par la Fédération depuis 2006 pour répondre ou anticiper les besoins des réseaux gérontologiques : impulsion de partenariats nationaux à décliner localement, multiplication des déplacements pour soutenir des porteurs de projets ou faire le point sur la situation de réseaux existants sur le rôle primordial de l'équipe de coordination et les problématiques rencontrées, l'objectif étant de légitimer le regard « extérieur » que la Fédération peut porter sur les réseaux; sur les quelques données permettant de décrire les personnes âgées incluses dans les réseaux, faute d'avoir la possibilité d'organiser une évaluation nationale ; sur les perspectives de pérennisation et de développement des réseaux gérontologiques.

## Cancer

38673

RAPPORT , INTERNET  
HARPER (S.), LYNCH (J.)  
MacGill University. Department of  
Epidemiology - Biostatistics and Occupational  
Health. Montreal PQ. CAN, National Cancer  
Institute. (N.C.I.). Bethesda MD. USA

***Selected Comparisons of Measures of Health Disparities : A Review Using Databases Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives.***

*Comparaison des mesures des inégalités de santé. Données issues du programme Cancer 2010 (Healthy people 2010).*

Bethesda : National Cancer Institute : 2008 : 102p., 38 fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://webpages.mcgill.ca/staff/Group1/sharpe2/web/2008ncimonograph2.pdf>

The purpose of this report is to empirically evaluate the performance and suitability of various measures of health disparity for the purpose of monitoring disparities in cancer-related health outcomes. The goal of these analyses was to examine the consistency of different measures of health disparity across a range of cancer-related outcomes. First, we concluded that all measures of health disparity implicitly or explicitly contain value judgments concerning the relative importance of capturing different aspects of health disparity. Two of the most important considerations concern : 1) How much weight to give to individuals? 2) How much to weight the health of individuals of different social groups? Should our measures of health disparity be more sensitive to health improvement among the socially disadvantaged than the advantaged?

38675

RAPPORT, INTERNET  
HARPER (S.), LYNCH (J.)  
University of Michigan. Center for Social  
Epidemiology and Population Health. Ann  
Arbor MI. USA

***Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives.***

*Méthodes permettant de mesurer les disparités de santé liées au cancer. Données issues du programme Cancer 2010 (Healthy people 2010).*

Bethesda : National Cancer Institute : 2006 : 80p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://seer.cancer.gov/publications/disparities/measuring\\_disparities.pdf](http://seer.cancer.gov/publications/disparities/measuring_disparities.pdf)

This report raises some conceptual issues and reviews different methodological approaches germane to measuring progress toward the goal of eliminating cancer-related health disparities. Despite the increased attention to social disparities in health, no clear framework exists to define and measure health disparities.

## Comparaisons internationales

38827

RAPPORT, INTERNET  
PEAKE (S.) , GALLAGHER (G.) ,  
VALENTINE (N.)  
Agence de la santé publique du Canada.  
(A.S.P.C.). Ottawa. CAN., Organisation  
Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève.  
CHE

***L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle. Analyse d'études de cas dans 18 pays.***

Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, Genève : Organisation Mondiale de la Santé : 2008 : 44p., tabl. ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-fra.pdf>

Les complexités des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux qui influencent la santé et les injustices sur le plan de la santé, ainsi que le fait que la plupart de ces déterminants ne relèvent pas exclusivement du seul secteur de la santé, font en sorte que ce dernier doit collaborer avec d'autres secteurs gouvernementaux et de la société afin d'aborder plus efficacement les facteurs qui ont une incidence sur la santé et le bien-être. La reconnaissance des dimensions intersectorielles des déterminants de la santé a engendré des efforts internationaux visant un apprentissage systématique des effets positifs de l'action de différents secteurs sur la santé et l'équité en santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont appuyé la mise en œuvre de cette collaboration en commandant un ensemble de 18 études de cas portant sur des pays à revenus élevés, moyens et faibles. Ces études de cas décrivent diverses expériences d'action intersectorielle ayant eu

une incidence positive sur la santé et l'équité en santé. Le présent rapport, qui fait partie d'une initiative conjointe en plusieurs étapes de l'ASPC et du secrétariat de la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'OMS, fournit une analyse des principaux apprentissages découlant de ces 18 études de cas. Les études de cas analysées portent sur un vaste éventail d'initiatives allant de programmes d'assez faible envergure axés sur une approche de développement communautaire et visant un groupe marginalisé dans une ville donnée, à des initiatives gouvernementales reposant sur des politiques nationales.

## Discrimination

37922

RAPPORT , INTERNET  
SCHWEITZER (L.)  
Haute Autorité de Lutte contre les  
Discriminations et l'Égalité. (H.A.L.D.E.).  
Paris. FRA

**Haute autorité de lutte contre les  
discriminations et pour l'égalité : rapport  
annuel 2007.**

Paris : la Documentation française : 2008 :  
188p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.halde.fr/IMG/pdf/halde\\_rapport\\_annuel\\_2007.pdf](http://www.halde.fr/IMG/pdf/halde_rapport_annuel_2007.pdf)

Du 1er janvier au 31 décembre 2007, 6 222 réclamations ont été enregistrées, ce qui représente une augmentation de 53 % par rapport à 2006. Le nombre moyen mensuel de réclamations déposées est passé de 141 en 2005, à 338 en 2006, pour atteindre 518 en 2007. La répartition des réclamations selon les critères et les domaines de discriminations révèle les évolutions suivantes : l'origine demeure le critère le plus souvent invoqué ; toutefois le critère santé-handicap connaît une progression remarquable de 18,6 % à 21,6 %. On peut émettre l'hypothèse que la forte mobilisation et la structuration du tissu associatif dans ce secteur ne sont pas étrangères à cette évolution ; l'emploi représente désormais plus de 50 % des réclamations enregistrées ; la progression constatée concerne plus particulièrement la rubrique « carrière » dans l'emploi privé qui passe de 18 % des réclamations enregistrées en 2006 à 24 % en 2007.

## Données d'ensemble

39765

OUVRAGE  
MAURIN (L.) / intro., SAVIDAN (P.) / intro.  
Observatoire des Inégalités. Paris. FRA,  
Alternatives Economiques. Paris. FRA

**L'état des inégalités en France. Données et  
analyses 2009.**

Paris : Belin : 2008 : 301p., tabl.

Cote Irdes : A3804

L'Observatoire des inégalités publie pour la seconde fois son état des lieux des inégalités en France. Il propose un portrait inédit au plus près de la réalité sociale qui rassemble cinq années de travaux dans ce domaine. Le panorama dressé est préoccupant. Depuis le milieu des années 90, la situation se retourne : les inégalités de revenus augmentent, le rattrapage des salaires hommes-femmes est interrompu, les filières scolaires d'excellence recrutent de plus en plus parmi les plus favorisés, les écarts d'espérance de vie s'élèvent... La crise va encore aggraver cette situation. Un ensemble de contributions originales vient le compléter et le mettre en perspective à travers des éclairages spécifiques (RSA, inégalités d'éducation, discrimination, inégalités de santé, échec de la démocratisation culturelle).

## Inégalités sociales

37275

RAPPORT  
MAULET (N.) , ROLLAND (M.) ,DE  
MAESENEER (J.) , VAN DE GEUCHTE (I.) ,  
WILLEMS (S.)  
Fondation Roi Baudouin. Bruxelles. BEL

**Recherches sur les initiatives mises en place  
en matière d'inégalités de santé Belgique  
1995-2006.**

Bruxelles : Fondation Roi Baudouin :  
2007/12 : 102p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6408

[http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05\\_Pictures\\_documents\\_and\\_external\\_sites/09\\_Publications/PUB\\_Mapping\\_In%C3%A9galit%C3%A9s\\_Sant%C3%A9.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/PUB_Mapping_In%C3%A9galit%C3%A9s_Sant%C3%A9.pdf)

Ce dossier présente une synthèse des différentes initiatives en matière d'inégalités de santé mises en oeuvre depuis une quinzaine d'années par les différents pouvoirs politiques compétents en Belgique. Il est structuré en deux parties thématiques suivies d'une

conclusion proposant des pistes de réflexion. La première partie analyse les initiatives et les mesures concrètes portant sur les principaux déterminants des inégalités de santé, à savoir les déterminants liés à l'individu lui-même, à la communauté, à l'environnement de vie et de travail y compris la disponibilité et l'accessibilité aux services, à l'environnement au niveau macro. La deuxième partie reprend ce qui peut être considéré comme des mesures de soutien à la prise en compte des inégalités socio-économiques de santé. Il s'agit notamment de la recherche, du monitoring, de la coordination et des mesures budgétaires.

37863

RAPPORT , INTERNET  
Sénat. Sous-Comité sur la Santé des Populations du Comité Sénatorial Permanent des Affaires Sociales, des Sciences et de la Technologie. Ottawa. CAN

***Politiques sur la santé de la population : enjeux et options. Quatrième rapport du Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.***

Ottawa : Sénat : 2008/05 : 36p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.parl.gc.ca/39/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/rep10apr08-f.pdf>

Ce rapport examine les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entre autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada. Il étudie également les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne. Il propose des solutions que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé.

38862

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
DIAS (R.)  
University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

***Modelling and Measuring Inequality of Opportunity in Health: Evidence from a Cohort Study.***

*Modéliser et mesurer les inégalités en terme d'opportunité en santé : résultats issus d'une enquête de cohorte.*

HEDG Working Paper; 08/18

York : HEDG : 2008/07 : 29p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08\\_18.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_18.pdf)

This paper uses data from the National Child Development Study to propose an empirical implementation of the concept of inequality of opportunity in health. Drawing on the distinction between circumstance and effort variables in John Roemer's work on equality of opportunity, circumstances are proxied by parental socio-economic status and childhood health; effort is proxied by health-related lifestyles and educational attainment. The paper is divided in three parts. First, a set of stochastic dominance tests is used to detect inequality of opportunity in the conditional distributions of self-assessed health in adulthood. Second, relying on a comprehensive set of circumstances, two alternative approaches are used to measure inequality of opportunity in health. Finally, in order to illuminate the triangular relationship between circumstances, effort and health, a structural model which relates self-assessed health in adulthood to lifestyles and educational attainment is considered. A recursive system of equations for self-assessed health, lifestyles and educational attainment is estimated by full information maximum likelihood to unveil the causal relationships at stake. The results indicate the existence of considerable and persistent inequality of opportunity in health. They also suggest that circumstances affect health in adulthood both directly and through effort factors such as educational attainment. This indicates that, while the influence of some unjust circumstances can only be tackled during childhood, the implementation of complementary educational policies may be of paramount importance to reduce health inequalities.

38865

INTERNET , RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé. Genève. CHE , World Health Organization. Commission on the Social Determinants of Health. (C.S.D.H.). Genève. CHE

***Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.***

*Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.*

Genève : OMS : 2008 : 256p., tabl., graph., index

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)

The Final Report of the Commission on Social Determinants of Health sets out key areas of daily living conditions and of the underlying structural drivers that influence them in which action is needed. It provides analysis of social determinants of health and concrete examples of types of action that have proven effective in improving health and health equity in countries at all levels of socioeconomic development. Part 1 sets the scene, laying out the rationale for a global movement to advance health equity through action on the social determinants of health. It illustrates the extent of the problem between and within countries, describes what the Commission believes the causes of health inequities are, and points to where solutions may lie. Part 2 outlines the approach the Commission took to evidence, and to the indispensable value of acknowledging and using the rich diversity of different types of knowledge. It describes the rationale that was applied in selecting social determinants for investigation and suggests, by means of a conceptual framework, how these may interact with one another. Parts 3, 4, and 5 set out in more detail the Commission's findings and recommendations. The chapters in Part 3 deal with the conditions of daily living the more easily visible aspects of birth, growth, and education; of living and working; and of using health care. The chapters in Part 4 look at more structural conditions social and economic policies that shape growing, living, and working; the relative roles of state and market in providing for good and equitable health; and the wide international and global conditions that can help or hinder national and local action for health equity. Part 5 focuses on the critical importance of data not simply conventional research, but living evidence of

progress or deterioration in the quality of people's lives and health that can only be attained through commitment to and capacity in health equity surveillance and monitoring. Part 6, finally, reprises the global networks the regional connections to civil society worldwide, the growing caucus of country partners taking the social determinants of health agenda forward, the vital research agendas, and the opportunities for change at the level of global governance and global institutions that the Commission has built and on which the future of a global movement for health equity will depend.

39019

RAPPORT , INTERNET

FARRELL (C.) , MCAVOY (H.), WILDE (J.) Combat Poverty Agency. (C.P.A.). Dublin. IRL., Institute of Public Health in Ireland. Dublin. IRL

***Tackling Health Inequalities. An All-Ireland Approach to Social Determinants.***

*S'attaquer aux inégalités de santé. Approche irlandaise des déterminants sociaux de ces inégalités.*

Dublin : CPA : 2008 : 64p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.publichealth.ie/files/file/Tackling%20health%20inequalities.pdf>

Health is not just the outcome of genetic or biological processes but is also influenced by the social and economic conditions in which we live. These influences have become known as the social determinants of health. Inequalities in social conditions give rise to unequal and unjust health outcomes for different social groups. In the past few decades a growing number of countries have made explicit policy commitments to greater health equity through addressing social determinants of health and their consequences. This concern with equity and social determinants of health is reflected in recent policy initiatives in both Ireland and Northern Ireland. The report is structured into three main sections: Part One defines social determinants of health and health inequalities, describes how they are connected and outlines strategic approaches and guiding principles for addressing them that could provide a framework for action into the future. Part Two highlights some of what is known about the extent and nature of health inequalities on the island of Ireland. It outlines the policy contexts in Ireland and Northern Ireland for addressing health inequalities through a social determinants approach, highlighting opportunities and challenges that currently exist. Part Three out-

lines some key social determinants of health on the island of Ireland and highlights policy issues considered relevant to addressing their consequences.

40151

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

***Socio-economic differences in mortality.  
Implications for pensions policy***

*Les différences socio-économiques de mortalité.  
Implications pour la politique de la retraite.*

OECD social - employment and migration  
working papers ;71.

Paris : OCDE : 2008 : 38p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/olis/2008doc.nsf/  
LinkTo/NT00005EE6/\\$FILE/JT03257044.  
PDF](http://www.oilis.oecd.org/olis/2008doc.nsf/LinkTo/NT00005EE6/$FILE/JT03257044.PDF)

Les analyses présentées ici montrent qu'il existe de fortes différences socioéconomiques en termes de mortalité, surtout chez les hommes, et qu'elles se sont apparemment accentuées au fil du temps. Ce document examine les conséquences des écarts de mortalité pour cinq grands aspects de la politique de retraite : la progressivité du système de retraite, l'âge d'ouverture des droits à pension, les incitations à la retraite, les dépenses de retraite futures et les pensions privées. Les travaux empiriques font apparaître que les écarts de mortalité réduisent la progressivité des régimes de retraite. De plus, des données d'observation montrent que le relèvement de l'âge de la retraite n'est pas plus pénalisant pour les catégories socioéconomiques ayant une espérance de vie plus courte.

## ► Littératie en santé

37622

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

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

Ottawa : A.C.S.P. : 2008 : 52p.

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)

Créé par l'Association canadienne de santé publique (ACSP) en 2006, le Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé avait pour mandat de déterminer l'envergure de l'enjeu de la littératie en santé dans le contexte de la littératie et dans celui de la santé, de repérer les obstacles à la littératie en santé dans la population, d'évaluer l'efficacité des interventions existantes visant à rehausser les niveaux de littératie en santé, et d'en exploiter les résultats pour formuler des recommandations susceptibles d'améliorer les politiques et les programmes de littératie en santé. La littératie en santé désigne la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie.

## ► Migrants

38839

RAPPORT  
Observatoire du Droit à la Santé des  
Etrangers. (O.D.S.E.). Paris. FRA

***La régularisation pour raison médicale : un  
bilan de santé alarmant.***

Paris : ODSE : 2008/06 : 48p.

Cote Irdes : B6543

[http://www.odse.eu.org/article.php3?id\\_  
article=44](http://www.odse.eu.org/article.php3?id_article=44)

Dix ans après la promulgation de la loi du 11 mai 1998 instaurant le droit au séjour pour les étrangers malades ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine, les associations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) continuent de dénoncer les multiples obstacles que rencontrent les malades en préfecture. Ces obstacles reflètent l'impact des attaques politiques dont ce droit fait régulièrement l'objet. Cet impact est visible tant dans les dysfonctionnements administratifs que dans les consciences individuelles : véhiculé depuis 2002, le mythe du « faux malade » progresse insidieusement. Ce sont ces dix ans de vigilance, d'analyse et de réactions face à ces attaques et dysfonctionnements qui ont présidé à l'élaboration du rapport 2008 de l'ODSE. (Résumé d'auteur).



## ► Pauvreté

38288

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
Sénat. Service des Etudes économique.  
Paris. FRA

### ***La mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale : quels indicateurs ?***

Etudes économiques; 1

Paris : Sénat : 2008/06 : 67p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6493

<http://www.senat.fr/eco/ec01/ec011.pdf>

Le gouvernement a pris l'engagement de réduire d'un tiers la pauvreté au cours des cinq prochaines années, en se fondant sur un indicateur central dit de « pauvreté ancrée dans le temps ». Cet indicateur sera complété par un tableau de bord, actuellement en cours de constitution, auquel seront associés des objectifs chiffrés. Cette démarche, qui s'inscrit dans un cadre déjà existant de statistiques, coordonné au plan européen, appelle une analyse technique des enjeux et des outils de la mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Réalisé par le service des études économiques du Sénat, à la demande de la Mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, le présent document de travail éclaire les choix qui sous-tendent la méthode française de mesure de la pauvreté. Il évoque quelques pistes de réflexion allant dans le sens d'une meilleure prise en compte des dimensions non monétaires de la pauvreté et d'une plus grande lisibilité des disparités existant au plan local.

38669

RAPPORT , INTERNET  
SEILLIER (B.)

Sénat. Mission Commune d'Information sur les Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion. Paris. FRA

### ***La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager.***

Paris : Sénat : 2008 : 314p.

Rapport d'information ; 445

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r07-445-1/r07-445-11.pdf>

Alors que le Gouvernement décidait de la création d'un Grenelle de l'insertion placé sous le patronage du Haut commissaire aux solidarités actives, notamment chargé de la mise en place d'un revenu de solidarité active, le Sénat autorisait, le 10 janvier 2008, trois de

ses commissions permanentes à créer une mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Le présent rapport est le fruit de six mois de travaux et notamment d'une cinquantaine d'auditions et de déplacements effectués en France et à l'étranger (Bruxelles, Danemark, Pologne). Il s'efforce d'abord de recenser divers indicateurs permettant de mesurer la pauvreté. Il suggère ensuite de poursuivre les politiques globales de prévention en privilégiant les actions en faveur d'une insertion globale. Il constate également que l'école ne joue pas son rôle dans la réduction de la pauvreté et dans la prévention de l'exclusion sociale, l'insertion par l'activité économique devant constituer une priorité. Le rapport souligne enfin la complexité excessive de la gouvernance de la lutte contre l'exclusion, qui devient illisible au niveau territorial et appelle à une nécessaire simplification. Chacun de ces développements est assorti d'objectifs et de propositions concrètes pour assurer une véritable efficacité des politiques de lutte contre la pauvreté.

## ► Sans domicile fixe

39124

RAPPORT  
PINTE (E.)

Premier Ministre. Paris. FRA

### ***L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.***

Paris : La Documentation française : 2008 : 125p.

Cote Irdes : B6552

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000592/0000.pdf>

Le présent rapport prolonge les réflexions engagées par l'auteur en janvier 2008 sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement, dans le cadre de la mission qui lui a été confiée par le Premier ministre en décembre 2007. Ce rapport est axé autour de 4 parties : réaffirmer la responsabilité de l'Etat en matière d'hébergement et de logement ; ne plus condamner à la rue ; sortir de la rue ; augmenter l'offre de logement, en particulier de logement social et faciliter l'accès au logement des ménages les plus modestes. A noter que le rapport propose également les premières propositions émises par le député au mois de janvier 2008, dont la nomination d'un préfet, délégué général pour la coordination de l'hébergement et de l'ac-

çès au logement, responsable de la mise en oeuvre de ce chantier.

## ► Zones urbaines sensibles

36932

RAPPORT

CHAUVIN (P.) / dir., PARIZOT (I.) / dir.  
Ministère du Logement et de la Ville.  
(M.L.V.). Délégation Interministérielle à la  
Ville. (D.I.V.). Paris. FRA

**Vulnérabilités sociales, santé et recours  
aux soins dans les quartiers défavorisés  
franciliens : Résultats d'enquêtes  
statistiques conduites dans des quartiers de  
la politique de la ville.**

St Denis la Plaine : DIV : 2007/11 : 126p.

Cote Irdes : B6377

[http://www.ville.gouv.fr/pdf/publications/  
vulnerabilites-sociales-sante-soins.pdf](http://www.ville.gouv.fr/pdf/publications/vulnerabilites-sociales-sante-soins.pdf)

Cet ouvrage présente les principaux résultats d'enquêtes conduites auprès des habitants de sept zones urbaines sensibles (ZUS) franciliennes en 2001 et 2003, sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, tous deux membres de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Inserm. Ces travaux ont été soutenus par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et leurs résultats ont fait l'objet d'une diffusion sur le site Internet de la DIV fin 2005. Ils confirment des hypothèses qui constituent les bases de travail pour les acteurs de première ligne : professionnels de la santé et de l'action sociale, mais aussi urbanistes et élus locaux et, au-delà, l'ensemble des compétences humaines impliquées dans les trajectoires de vie des habitants, de la prime enfance à l'âge adulte. La DIV a donc décidé de les publier (Résumé d'auteur).

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Ain

37043

RAPPORT

Mutualité Sociale Agricole de l'Ain. (M.S.A.).  
Bourg en Bresse. FRA  
Conseil Général de l'Ain. (C.G.). Bourg en  
Bresse. FRA

**Offre de soins sur les territoires du  
département de l'Ain. Quels constats ?  
Quels enjeux ? Quelles perspectives ?**

Bourg en Bresse : MSA : 2007/11 : 199p.,  
ann.

Cote Irdes : B6388

[http://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/  
etude-completeopt.pdf](http://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/etude-completeopt.pdf)

[http://www.ain.fr/upload/docs/application/  
pdf/13\\_annexes.pdf](http://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/13_annexes.pdf)

Cette étude, confiée par le Conseil général de l'Ain à la Mutualité sociale agricole (MSA) en septembre dernier, comprend 3 parties : une analyse par canton qui présente, par bassins de vie, des données sur le territoire et la population, sur les professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes), sur l'offre de soins, ainsi que des constats et perspectives ; une présentation des attentes des professionnels ou futurs professionnels de santé ; une analyse des outils et moyens d'action : les aides aux étudiants, les aides à l'installation et au maintien des médecins, l'exercice regroupé comme nouveau mode d'organisation.

### ► Aménagement du territoire

39606

RAPPORT, INTERNET

BUDET (J.M.), PERICARD (B.), VIGNERON  
(E.)

Institut des Hautes Etudes de  
Développement et d'Aménagement des  
Territoires Européens. (I.H.E.D.A.T.E.). Paris.  
FRA

**Les territoires et la santé : Pour servir le  
débat public autour du projet de loi «Hôpital,  
Patients, Santé, Territoires ».**

Paris :I.H.E.D.A.T.E. : 2008 : 25p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.sfspenregion.fr/media/fichiers\\_  
pdf/notes\\_sante\\_et\\_territoires\\_121008.pdf](http://www.sfspenregion.fr/media/fichiers_pdf/notes_sante_et_territoires_121008.pdf)

Le groupe « Santé et Territoires » de l'institut des hautes études de l'aménagement et du développement durable des territoires (IHE-DATE) s'est constitué depuis 2006 à partir d'un noyau d'anciens auditeurs de l'IHEDATE, impliqués et intéressés par les problématiques de santé publique. Ce groupe entend alimenter la réflexion et le débat sur la relation santé/territoires. Il s'appuie sur les travaux passés des groupes DATAR (DIACT) et du Commissariat général au plan que ses membres ont animés et qui se sont traduits par plusieurs ouvrages et rapports publiés. Le groupe « Santé et Territoires » a pour seul objectif de porter la dimension territoriale dans les politiques publiques en matière de santé et de servir un idéal commun de cohésion républicaine par la cohésion territoriale. Le débat ouvert autour du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » constitue une opportunité pour inscrire et conforter dans le dispositif législatif, puis réglementaire, la référence territoriale. Cette contribution est présentée sous forme de fiches synthétiques et de propositions susceptibles d'être traduites dans les textes ; elle se veut donc pratique, utile et efficace. La contribution au débat du groupe « Santé et Territoires » s'appuie sur 3 principes forts : l'équité, issue de la recherche de l'égalité des chances et des droits des citoyens ; la nécessité du changement et de l'ambition de la réforme ; l'ancrage territorial, le lien avec les élus.

## Atlas

39126

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

### **Atlas of health in Europe.**

*Atlas de la santé en Europe.*

Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 126p

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91713.pdf>

Cet atlas statistique actualisé présente des chiffres clés sur la santé dans la Région européenne de l'OMS. Il s'agit d'informations de base sur les populations, les naissances, les décès, l'espérance de vie et les maladies, le mode de vie et les indicateurs propres à l'environnement, comme la consommation d'alcool, le tabagisme et les accidents de la route, ainsi

que les types et niveaux de soins de santé. Chaque indicateur est présenté sous forme de carte pour montrer les variations régionales globales, d'un diagramme à barres horizontales pour indiquer le classement des pays et d'un graphique chronologique pour montrer l'évolution au fil du temps dans trois principaux groupes de pays.

## Centres d'examen de santé

38424

OUVRAGE  
DAUPHINOT (V.), DUPRE (C.), GUEGUEN (R.), NAUDIN (F.)  
AMSALLEM (E.), CHAROLLAIS (H.), DIDELOT (R.), GUENOT (C.), GOMEZ (P.), JANVIER (S.), MOULIN (J.J.), VERNAZ (J.)  
Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé.  
(C.E.T.A.F.). Saint-Etienne. FRA

### **Géographie de la santé dans les centres d'examens de santé : données régionalisées 2005.**

Saint-Etienne : CETAF : 2008/06 : 88p., tabl., graph., fig., carte

Cote Irdes : A3747

Le présent document propose une approche régionale, synthétique et simplifiée, d'une sélection d'indicateurs de santé. Les résultats concernent les examens réalisés au cours de l'année 2005 dans les centres d'examens de santé. Les indicateurs présentés sont réunis en cinq grands domaines : consommation de produits psycho-actifs, recours aux soins, santé bucco-dentaire, santé cardio-vasculaire et qualité de vie.

## Décentralisation

37053

RAPPORT, INTERNET  
GREER (S.L.), ROWLAND (D.)  
The Nuffield Trust. Londres. GBR

### **Devolving policy, diverging values ? The values of the United Kingdom's National Health Services.**

*Politique de décentralisation, valeurs divergentes ? Les valeurs du National Health Services au Royaume-Uni.*

Londres : The Nuffield Trust : 2007 : 102p.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/Engaging\\_with\\_Care.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/Engaging_with_Care.pdf)

This report is the result of a major Nuffield Trust project on NHS Values Between Devolution and Europe. The Trust, together with project partners across the UK, ran a series of high-level seminars discussing the values embedded in the health services and policies of England, Northern Ireland, Scotland, Wales and the European Union. The different essays highlight some very different entrenched values, including commitments to: \_ 'collaboration and collectivism' in Scotland; the very similar 'communication and collectivism' in Wales; democratic participation, neutrality and the new public health in Northern Ireland: 'having a say rather than having a choice'. All are complex and under tension, but all stand apart from England in their commitment to communities and participation rather than markets and technical solutions. They also stand in contrast to the EU, which is in the throes of an ill-defined debate in which many different values are being put forth as guides to policy and more or less good descriptions of what might be shared between 27 countries. There can be a tension between the values enunciated by policymakers and the ones revealed in practice. Tracing the connections is difficult, but to understand real values we must focus on the values revealed in the everyday lives of the health services. The four UK health services emerge from common roots and common structures, so it is no surprise that the much broader process of European Union politics has produced a great diversity of values. The newness of EU health policy, further, means that the policies in which values would be encoded are still being debated. Here, where there is scant policy in which to seek revealed values, articulate statements of shared values are particularly likely to lead the debate. UK political debates and political institutions have not recognised or adapted to the different values articulated by policymakers in different capitals. This creates problems for the stability of devolution, the autonomy of devolved governments to pursue distinctive values, and the compatibility of the UK systems with EU law. Better intergovernmental relations will help, but recognising the differences, while appreciating the extent to which values are shared, will contribute to more civilised debates.

38422

RAPPORT

SAINT PULGENT (N. de) , O'MAHONY (P.) , MAUSS (H.) , RAYROLES (P.) , DORISON (A.) , CHERGE (S. de) , BERTHOD-WURMSER (M.)

Inspection Générale des Finances.

(I.G.F.). Paris. FRA, Inspection Générale

de l'Administration. (I.G.A.). Paris. FRA,

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.). Paris. FRA

***Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages femmes et des aides aux étudiants.***

Paris : Igas : 2008/01 : 58p., ann.

Cote Irdes : B6528

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000339/0000.pdf>

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales (loi LRL) organise, entre autres, le transfert des compétences du financement des écoles et instituts de formation ainsi que l'attribution des aides aux étudiants inscrits dans ces établissements à la fois dans le domaine sanitaire (professionnels paramédicaux et sages-femmes) et dans le domaine social (travailleurs sociaux). Le rapport conjoint IGAS-IGA-IGF présente une évaluation de ce dispositif et émet des préconisations relatives au calcul de la compensation liée au transfert des charges des écoles, à la compensation du transfert de la charge des bourses des élèves dans le domaine sanitaire ou encore à la compensation pour les bourses des étudiants en travail social.

38838

OUVRAGE

JOURDAIN (A.) / dir., BRECHAT (P.H.) / dir.

***La nouvelle planification sanitaire et sociale.***

Rennes : Presses de l'EHESP : 2008 : 247p.

Cote Irdes : A3753

<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/politiques-pratiques/387-nouvelle-planification-sanitaire-sociale>

La décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé ont généré un modèle de planification par plans et schémas qui s'est étendu progressivement à tout le champ sanitaire et social : de l'hôpital à la prévention en passant par l'urgence sociale et la gérontologie. Les avantages de ce modèle sont nombreux : il s'intéresse aux besoins de la population, il a

le souci de l'efficacité économique, sa démarche est rationnelle et volontariste, il favorise la transversalité de l'action ainsi que le renforcement de la coordination entre acteurs et institutions. Ses applications ne vont pourtant pas sans difficultés. La multiplication des schémas ne conduit-elle pas irrémédiablement à un éparpillement de l'action ? Comment améliorer par exemple la cohérence entre plan gérontologique, schéma hospitalier d'organisation des soins et plan régional de santé publique ? Comment construire un continuum d'offres sociales, médico-sociales, de soins et de prévention par priorités, comme la prise en charge des besoins des personnes âgées ? Le temps est donc venu d'interroger la genèse de ce type d'action publique- et les formes qu'elle emprunte aujourd'hui, en repartant de quelques questions fondamentales : pourquoi planifier ? comment ? pour quoi faire ? Les réponses des auteurs – issus du milieu académique, des services de l'État, du management d'établissement et du secteur associatif – empruntent aux disciplines fondamentales (économie, sociologie, gestion...) et à l'analyse des pratiques des différents secteurs : social, personnes âgées, psychiatrie, hôpital, prévention

## ▮ Ville

38854

OUVRAGE

PUMAIN (D.) / coord., MATTEI (M.F.) / coord.  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

### **Données urbaines. 5.**

Paris : Anthropos, Economica : 2007 : 381p.,  
fig., tabl.

Cote Irdes : A3755

<http://www.decitre.fr/livres/Donnees-urbaines-Tome-5.aspx/9782717854091>

Ce cinquième volume de la série « Données urbaines » est publié à l'initiative du CNRS, dans le cadre de son Programme Interdisciplinaire de Recherche sur la Ville, et de l'INSEE. « Comment lire les villes dans leurs facettes qu'on sait multiples et changeantes ? » Le changement est porté par la gestion municipale et intercommunale, par les politiques de développement durable, mais aussi par les logiques d'entreprise aux échelles régionale et mondiale, tout comme par les nouvelles pratiques citadines. Enquêtes et statistiques permettent aux chercheurs de mettre en cohérence des aspects à première vue éclecti-

ques et d'anticiper des transformations qui ne sont souvent perceptibles qu'à la marge dans le quotidien urbain. L'ambition de ce livre est de traduire ces constats et ces prévisions en termes simples, en tableaux et images synthétiques, faciles d'accès pour un large public. Décideurs, enseignants, étudiants, et simples citoyens, trouveront des éclairages nouveaux et des dossiers d'information précis sur des questions de gouvernance, sur les mobilités, proches ou lointaines, diurnes ou nocturnes, sur les pratiques sexuelles en ville, sur l'horizon et les stratégies spatiales des entreprises, sur les conséquences de la concurrence pour la croissance, sur la qualité de l'air et la santé des populations urbaines, ou encore sur les revenus et les activités dans les quartiers pauvres des villes.

## SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

### ▮ Collaboration interprofessionnelle

37866

RAPPORT , INTERNET

BARRETT (J.) , CURRAN (V.) , GLYNN (L.)  
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

### **CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare.**

*Synthèse de la Fondation canadienne de  
la recherche sur les services de santé :  
collaboration interprofessionnelle et soins  
primaires de qualité.*

Ottawa : C.H.S.R.F. : 2007/12 : 41p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chsrf.ca/research\\_themes/  
documents/SynthesisReport\\_E\\_rev4\\_FINAL.  
pdf](http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/SynthesisReport_E_rev4_FINAL.pdf)

[http://www.chsrf.ca/research\\_themes/  
documents/SynthesisReport\\_Fr\\_FINAL.pdf](http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf)

This synthesis was initiated to help the gain a better understanding of the evidence surrounding interprofessional collaboration in Canadian primary healthcare, and the potential benefits for patients and healthcare providers. It focuses on existing evaluations of interprofessional collaboration initiatives in the literature and projects funded through the Primary

Health Care Transition Fund. The synthesis report incorporates findings from initiatives or projects that involved primary healthcare provision; a systematic review of peer-reviewed literature regarding outcomes of interprofessional collaboration in primary healthcare and a Canadian environmental scan to obtain stakeholder feedback. The process used to assess the quality of initiatives and projects included: examination of the qualitative and quantitative characteristics of the study design, and the nature of the health services intervention; rating of the study design characteristics based on level of evidence criteria and grading of each study by an expert in primary healthcare research.

## ► Démographie médicale

39123

RAPPORT, INTERNET  
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.) , KAHNBENSAUDE (I.)  
Conseil National de l'Ordre des Médecins.  
(C.N.O.M.). Paris. FRA

***Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2008.***

Etude ; 41

Paris : CNOM : 2008/09 : 160p., tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : B6550

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>

Cet atlas est composé de deux chapitres dont l'un dresse un état des lieux des effectifs au premier janvier 2008 et l'autre présente les données démographiques spécialité par spécialité à l'échelle départementale et régionale au 1er janvier 2008. Il recense les médecins salariés et libéraux.

39536

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
COOPER (R.A.)  
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction pour l'Emploi - le Travail et les Affaires Sociales. Paris. FRA

***The US Physician Workforce: Where Do We Stand?***

*L'offre de soins aux États-Unis : où en sommes-nous ?*

OECD Health Working Paper; 37

Paris : OCDE : 2008/10 : 66p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/48/1/41500843.pdf>

La présente étude consistait à observer l'évolution de l'offre de médecins aux États-Unis de 1980 à nos jours, en accordant une attention particulière aux médecins diplômés étrangers. On y examine la composition du corps médical, dont le nombre de médecins de famille, de spécialistes, de femmes médecins, ainsi que la question de son vieillissement. On y réfléchit sur l'évolution des flux d'entrées et de sorties de médecins en activité et, en particulier, sur la manière dont les migrations internationales, les départs à la retraite, l'exercice à temps partiel et la possibilité d'exercer un autre emploi ont influé sur cette population. L'étude recense les facteurs influant sur la demande de médecins, en insistant sur le développement économique, et analyse certains des obstacles en place susceptibles d'empêcher que, dans l'avenir, l'offre de médecins soit à la mesure de la demande (calculée par projections). L'étude analyse également la relation entre les dépenses de soins de santé et le PIB en tenant compte des variations selon la situation géographique et selon que les systèmes d'assurance-maladie sont publics ou privés. Par ailleurs, les efforts déployés dans le passé pour mesurer le besoin en médecins des États-Unis sont évalués. L'étude contient aussi des projections de la demande future de médecins et des dispositions à prendre pour étoffer cette population. Ces travaux conduisent à examiner les politiques et réglementations américaines en matière de diplômes conférant le droit d'exercer la médecine, en s'intéressant tout particulièrement aux médecins étrangers. L'ouvrage se termine par une réflexion sur les implications de la pénurie de médecins et le recrutement de médecins de l'étranger.

39838

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

***Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2007***

Ottawa : CIHI : 2007 : 143p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SupDistandMigCanPhysic\\_2007\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SupDistandMigCanPhysic_2007_f.pdf)

Ce rapport sur le corps médical canadien est préparé par les Ressources humaines de la santé à l'ICIS pour appuyer la planification et la

recherche. Il présente des statistiques descriptives et démographiques sur les médecins en 2007, dont les entrées et sorties internationales, ainsi que la migration à l'intérieur du Canada.

Paris : FIQCS : 2008 : 34p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/fiqcs-rapport-activite-2007.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/fiqcs-rapport-activite-2007.pdf)

## ► Études critiques

39635

OUVRAGE

OLIVIER-KOEHRET (M.)

***La santé aux urgences. Serez-vous encore soignés demain ?***

Paris : Bourin éditeur : 2008 : 153p.

Cote Irdes : A3803

Le système de santé de notre pays est en crise et, avec lui, la protection sociale. De plan en plan et de réforme de la dernière chance en réforme de la dernière chance, chacun jette un œil sur le malade, constate qu'il souffre, lui tapote la joue avec commisération et s'éclipse en baissant les yeux. Malades, médecins, politiques, tous se plaignent et, à force de se pencher sur « le trou de la sécu », ils finiront par y tomber. Les étudiants, eux, se détournent de la médecine générale, trop difficile, trop prenante et pas assez rémunérée. Les médecins généralistes - 54000 aujourd'hui - ne seront plus que 31000 en 2025. Pourtant, acteurs essentiels des soins, ils suivent plus de 90 % des hypertendus et des diabétiques, l'essentiel des problèmes respiratoires et psychologiques, etc. Le déremboursement progressif de la médecine de ville et la disparition des médecins généralistes de proximité annoncent une catastrophe sanitaire au moment où les maladies chroniques explosent et la population vieillit. Le courage politique a fait défaut lors des trente dernières années pour garantir à tous l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Cependant, des voies sont possibles pour éviter le pire et soigner les Français. Le docteur Martial Olivier-Koehret ouvre des pistes et propose des solutions. (4e de couverture)

La mise en place du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins a été l'évènement majeur de cette année 2007. Créé par l'article 94 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2007 pour accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé, le FIQCS rassemble dans un même dispositif financier le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). Le présent rapport d'activité du FIQCS en 2007 a été élaboré sur la base des données budgétaires issues de la Direction financière et comptable de la CNAMTS et des données déclaratives des Unions Régionales d'Assurance Maladie et les Caisses générale de la sécurité sociale pour l'activité régionale du Fonds. Il est constitué d'une première partie retraçant les éléments d'analyse de l'activité générale du FIQCS et d'une seconde partie reprenant individuellement chaque grande thématique financée par le FIQCS (coordination des soins, amélioration et évaluation des pratiques professionnelles, permanence des soins en ambulatoire, aide directe à l'installation, développement des systèmes d'information).

## ► Médecin traitant

37683

CHAPITRE

DOURGNON (P.), GUILLAUME (S.),

NAIDITCH (M.), ORDONNEAU (C.)

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

FRA

***Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.***

In : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006.

Paris : Irdes : 2008/04 : 37-41

Cote Irdes : R1701bis

## ► F.I.Q.C.S.

38823

RAPPORT , INTERNET

Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. (F.I.Q.C.S.). Paris.

FRA

***Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. Rapport d'activité 2007.***

L'enquête ESPS a notamment pour vocation l'analyse des évolutions du système de santé à travers la description de ses usagers, les assurés, et leur état de santé, couverture santé, accès aux services de soins et expérience dans le système de santé. Sa fréquence bi-annuelle permet d'intégrer des questionnements sur les réformes en cours ou en pré-

paration. Ainsi l'enquête 2006 a-t-elle servi de base à l'évaluation de la réforme du parcours de soins coordonnés et du médecin traitant mis en oeuvre la même année. Côté usagers, l'évaluation de la réforme peut se décliner en deux étapes. Une première étape en décrit l'implémentation (montée en charge, compréhension, adhésion) et l'impact ressenti à travers l'expérience des assurés, à partir de données déclaratives. Une seconde étape en évalue l'impact sur le recours aux services de santé, et plus particulièrement l'accès au spécialiste, à partir des données d'enquête couplées aux données d'assurance maladie. C'est la première étape qui est présentée dans ce chapitre, qui a fait l'objet d'une publication spécifique dès la mi 2007 (Cf. Dourgnon P., Guillaume S., Naïditch M., Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Questions d'économie de la santé IRDES n° 124, 2007).

39077

RAPPORT

GLAZIER (R.H.), MOINEDDIN (R.), AGHA (M.M.), ZAGORSKI (B.), HALL (R.), MANUEL (D.), SIBLEY (L.M.), KOPP (A.)  
Institute for Clinical Evaluative Sciences.  
(I.C.E.S.). Toronto. CAN

***The Impact of Not Having a Primary Care Physician among People with Chronic Conditions. ICES Investigative report.***

*Conséquences, pour les personnes souffrant de maladies chroniques, de ne pas avoir de médecin traitant. Rapport d'enquête de l'ICES.*

Toronto : ICES : 2008/07 : 20p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ices.on.ca/file/Impact\\_no%20physician\\_July14-08.pdf](http://www.ices.on.ca/file/Impact_no%20physician_July14-08.pdf)

Les soins de santé primaires jouent un rôle clé dans les systèmes de santé. Ce rapport analyse les liens entre le fait de ne pas avoir de médecin de famille chez les Ontariens ayant des maladies chroniques et les impacts sur le système de santé.

## ► Pratique médicale

38737

RAPPORT

Société Française de Santé Publique.  
(S.F.S.P.). Vandoeuvre-les-Nancy. FRA

***Des missions de santé publique pour les médecins généralistes.***

Vandoeuvre-les-Nancy : SFSP : 2008/06/23 :

18p.

Cote Irdes : B6520

<http://www.sfsp.fr/activites/file/MedecintraitantSP.pdf>

La Société française de santé publique mène, depuis maintenant deux ans, avec les médecins généralistes, une réflexion qui a donné lieu à l'organisation de deux colloques au ministère de la Santé. Prenant en compte les profonds changements sociologiques de la profession médicale : chute de la démographie, féminisation, vieillissement... et le besoin de réforme de l'organisation du système de soins, la SFSP et sa section médecine générale ont souhaité ouvrir un travail sur les missions de santé publique des médecins généralistes. Cette note s'inscrit plus globalement dans la réflexion que mène la SFSP sur l'organisation du système de santé en France et sur une contribution à l'élaboration de la Loi : Patients, santé, territoire.

39100

OUVRAGE

MOLLO (V.), SAUVAGNAC (C.)  
BEY (P.) / préf.

***La décision médicale collective : pour des médecins moins savants et moins autonomes ?***

Paris : L'Harmattan : 2006 : 191p.

Cote Irdes : A3772

La prise de décision médicale évolue sans cesse sous l'influence conjuguée des facteurs de régulation de la santé. Une révolution silencieuse est en cours, éclipsée par les évolutions technologiques, mais cruciale pour l'avenir de la médecine. Pour améliorer la fiabilité de la prise de décision, le recours au collectif s'est largement imposé : savoir collectif formalisé en référentiels, et réflexion collective pour appliquer ces référentiels aux patients. La décision n'est donc plus le fait d'un expert isolé, plusieurs acteurs sont maintenant impliqués, dont le patient lui-même. Assistons-nous à un appauvrissement du savoir médical en action ? Le médecin est-il en train de perdre toute autonomie ? Les réponses que tente d'apporter ce texte, loin d'un constat catastrophique, ouvrent de nouvelles perspectives dans la mise en œuvre et la circulation de l'expertise médicale. L'étude minutieuse de la prise de décision médicale, appuyée sur des cadres théoriques psycho-cognitifs, permet de dégager le rôle des référentiels et du collectif lui-même dans la construction de savoirs et dans la définition de nouveaux champs d'autonomie du médecin.



## ► Prescriptions

38750

RAPPORT  
SCOGGINS (A.) , TIESSEN (J.) , LING (T.) ,  
RABINOVICH (L.)  
Rand Europe. Cambridge. GBR

***Prescribing in primary care. Understanding what shapes GPs' prescribing choices and how might these be changed.***

*La prescription dans le système de soins primaires. Comprendre les motifs de prescription et comment on peut les modifier.*

Technical Report

Santa Monica : Rand corporation : 2007 : 44p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/2007/RAND\\_TR443.pdf](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2007/RAND_TR443.pdf)

This report, which was commissioned by the National Audit Office (NAO), presents the results of a prescribing in primary care study which aims to understand what shapes general practitioners' (GPs') prescribing decisions, and how the cost efficiency of prescribing might be improved in the future. This qualitative study contributes to the NAO's larger investigation into prescribing in primary care in England, and more specifically how financial savings can be delivered by helping primary care prescribing to deliver better value for patients.

health care spending and health outcomes. This paper updates two recent studies that have used programme budgeting data for 295 Primary Care Trusts (PCTs) in England to examine the link between spending and outcomes for several programmes of care. We use the same economic model employed in the two previous studies. It focuses on a decision maker who must allocate a fixed budget across programmes of care so as to maximize social welfare given a health production function for each programme. Two equations – a health outcome equation and an expenditure equation – are estimated for each programme (data permitting). The two previous studies employed expenditure data for 2004/05 and 2005/06 for 295 health authorities and found that in several care programmes – cancer, circulation problems, respiratory problems, gastro-intestinal problems, trauma burns and injury, and diabetes – expenditure had the anticipated negative effect on the mortality rate. Each health outcome equation was used to estimate the marginal cost of a life year saved. In 2006/07 the number of PCTs in England was reduced to 152, largely through a series of mergers. In addition, several changes were made to the methods employed to construct the programme budgeting data. This paper employs updated budgeting and mortality data for the new 152 PCTs to re-estimate health production and expenditure functions, and also presents updated estimates of the marginal cost of a life year saved in each programme. Although there are some differences, the results obtained are broadly similar to those presented in our two previous studies.

## ► Programmes de santé

39540

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

***The link between health care spending and health outcomes for the new English Primary Care Trusts.***

*Le lien entre les dépenses de santé et les résultats des programmes de santé pour les nouveaux centres de soins primaires en Angleterre.*

CHE Research Paper Series ; 42

York : University of York : 2008/10 : 41p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp42.pdf>

English programme budgeting data have yielded major new insights into the link between

## ► Qualité des soins

37532

RAPPORT, INTERNET  
REMMEN (R.) , SEUNTJENS (L.) ,  
PESTIAUX (D.) , LEYSEN (P.) , KNOPS (K.) ,  
LAFONTAINE (J.B.) , PHILIPS (H.) , LUC  
LEFEBVRE (L.) , VAN DEN BRUEL (A.) ,  
PAULUS (D.)

Belgian Health Care Knowledge Centre.  
(K.C.E.). Bruxelles. BEL , Centre Fédéral  
d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles.  
BEL

***Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique : status quo ou quo vadis ?***

Bruxelles : KCE : 2008 : 137p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=989>

Ce projet vise à proposer pour la Belgique les éléments d'un système relatif à la qualité en médecine générale. La qualité en médecine générale n'est qu'une des pièces d'un vaste système contribuant à la santé de la population : la qualité dans d'autres domaines des soins de santé, le mode de vie et la politique de santé publique en sont d'autres pièces maîtresses. Toutefois, les médecins généralistes traitent la plupart des problèmes de santé de la population et la tendance vers plus de responsabilisation du secteur des soins de santé les concerne également : ceci explique pourquoi la qualité en médecine générale est aujourd'hui à l'ordre du jour de tous les pays européens. Un précédent rapport KCE avait proposé un cadre conceptuel pour un système relatif à la qualité des soins en Belgique (KCE report 41). Le présent projet analyse de manière spécifique la littérature et les expériences menées dans quelques pays qui ont mis (ou tenté de mettre) en place un système relatif à la qualité en médecine générale. La deuxième partie du projet teste la faisabilité d'un instrument de qualité européen permettant d'évaluer l'organisation d'une pratique de médecine générale. Ces éléments conduisent à une proposition pour le développement d'un système relatif à la qualité en médecine générale en Belgique.

## ► Modes de rémunération

37438

RAPPORT , INTERNET  
CHRISTIANSON (J.) , LEATHERMAN (S.) ,  
SUTHERLAND (K.)  
Health Foundation. Quest for Quality and  
Improved Performance. (Q.Q.I.P.). Londres.  
GBR

### ***Financial incentives, healthcare providers and quality improvements.***

*Incitations financières, producteurs de soins et  
améliorations de la qualité.*

Londres : Health Foundation : 110p., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.health.org.uk/document.  
rm?id=485](http://www.health.org.uk/document.rm?id=485)

Within healthcare there has been a longstanding interest in how the type and amount of payment to healthcare organisations and practitioners affects the type and amount of services received by consumers and, ultimately, the costs of healthcare to individuals, employers, insurers and governments. There has been an equally longstanding interest in how the cost of

health services to consumers affects the services they seek out and use, along with the implications of this for overall costs at various levels of aggregation. But there has been much less attention devoted by researchers to the impact of financial incentives on the quality of care. The Institute of Medicine in the USA has defined quality of care as 'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'(p. 21). This study reviews the healthcare literature that examines the effect of financial incentives on the behaviour of healthcare organisations and individuals with respect to the quality of care they deliver to consumers. Its purpose is to provide guidance to policy-makers in government and decision-makers in the private sector in their efforts to improve quality of care through payment reforms. In this review and synthesis we assess the quality of the evidence relating to the relationship between financial incentives for providers and quality improvement. Specifically, we address: 1. How effective are efforts to reward providers for improving the quality of care they provide or achieving benchmark levels of quality? 2. Whether, and to what degree, financial incentives intended to restrain costs and utilisation have had secondary effects on quality of care? We also review studies where the main focus was on analysis of utilisation and costs, and find clear evidence that financial incentives can influence these two outcomes. Although this is outside the scope of our 'quality-enhancing' brief, we include these studies in an appendix in order to provide a sense of how the literature on the impact of financial incentives on quality has evolved over time, and because many countries have a growing interest in modifying use of health services as costs continue to escalate..

38870

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
WYNN (B.O.), SORBERO (M.E.)  
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

### ***Pay for Performance in California's Workers' Compensation Medical Treatment System : An assessment of Options, Challenges, and Potential Benefits.***

*La rémunération à la performance dans le  
système californien d'indemnisation des frais  
médicaux des travailleurs en Californie :  
évaluation des options, des challenges et des  
avantages potentiels.*

Rand Occasional Paper

Santa Monica : Rand Corporation : 2008 :

48p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/occasional\\_papers/2008/RAND\\_OP229.pdf](http://www.rand.org/pubs/occasional_papers/2008/RAND_OP229.pdf)

Over the past few years, nonoccupational group health-insurance programs and health plans have implemented initiatives to improve the quality and efficiency of care through incentive programs, typically called “pay for performance,” or P4P. In addition, Medicare program administrators are evaluating how P4P incentives might be incorporated into Medicare payment systems. This paper assesses the options, challenges, and potential benefits of adopting P4P incentives for physician services in California’s workers’ compensation program. It offers three models that might be able to surmount the challenges, provided that the stakeholders have the commitment and trust to work through the design issues and allow the P4P program to evolve over time. P4P alone will not be sufficient to drive value-based medical care provided to injured workers; rather, it should be considered as part of a multi-pronged set of strategies designed to increase the efficient delivery of high-quality care that enables rapid and sustained return to work.

39024

RAPPORT, INTERNET  
ANNEMANS (L.) , CLOSON (J.P.) ,  
HEYMANS (I.) , LAGASSE (R.) , MENDES  
DA COSTA (E.) , MOUREAUX (C.) , ROCH  
(I.)

Belgian Health Care Knowledge Centre.  
(K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral  
d’Expertise des Soins de Santé. Bruxelles.  
BEL

***Comparaison du coût et de la qualité de  
deux systèmes de financement des soins de  
première ligne en Belgique.***

Bruxelles : KCE : 2008 : 162p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.kce.fgov.be/index\\_fr.aspx?SGREF=3460&CREF=11502](http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3460&CREF=11502)

Il existe en Belgique deux modes de rémunération de la médecine générale : soit une rémunération à l’acte – c’est le cas le plus courant – soit une rémunération par patient inscrit, consistant en un forfait indépendant du nombre d’actes prestés. Dans ce cas, le patient doit simplement “s’abonner” auprès d’un cabinet médical et n’a plus rien à payer lorsqu’il va en consultation. Par contre, s’il consulte un autre médecin, il ne pourra bénéficier d’aucun remboursement de sa mutuelle.

Les médecins rémunérés au forfait travaillent généralement en groupe dans ce qu’on appelle souvent des “maisons médicales”. Celles-ci sont le plus souvent installées en ville et se situent dans une mouvance idéaliste qui s’est développée à partir de la fin des années 60. Elles attirent un public en moyenne moins favorisé socialement et économiquement. A noter que le remboursement forfaitaire existe aussi pour les soins de première ligne de kinésithérapeutes et infirmiers. Le KCE a comparé le coût total engendré par les patients de chacun des deux systèmes, pour arriver à la conclusion que l’un ne coûte pas plus cher que l’autre à la collectivité. Pour le patient, la formule d’inscription dans une maison médicale est moins chère : il ne paie pas de ticket modérateur pour les soins de première ligne, des médicaments génériques, et donc moins chers, lui sont plus souvent prescrits et il est moins souvent envoyé à l’hôpital ou chez le spécialiste, ce qui lui fait épargner des tickets modérateurs et des suppléments en seconde ligne. Les rares indicateurs de qualité calculés sur base des données disponibles donnent à penser que la qualité des soins est équivalente dans les deux systèmes. Les médecins travaillant en maison médicale respectent souvent mieux les recommandations en matière de prescription d’antibiotiques et atteignent de meilleurs résultats dans le domaine de la prévention (dépistage du cancer du sein, vaccination contre la grippe, ...). Le KCE recommande à court terme de ne pas modifier le mode de calcul des montants forfaitaires payés aux maisons médicales. L’INAMI pourrait cependant progressivement essayer d’ajuster ces forfaits en fonction des besoins des patients pris en charge par chaque maison médicale, en tenant mieux compte de l’âge et de la situation socio économique de la patientèle.

39034

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MASON (A.) , MIRALDO (M.) , SICILIANI (L.)  
, SIVEY (P.) , STREET (A.)  
University of York. Centre for Health  
Economics. (C.H.E.). York. GBR

***Establishing a Fair Playing for Payment By  
Results.***

*Établir des règles équitables de rémunération à  
la performance pour les producteurs de soins.*

CHE Research Paper Series ; 39

York : University of York : 2008/07 : 64p., fig.,  
tabl., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp39.pdf>

The English government has encouraged private providers – known as Independent Sector Treatment Centres (ISTCs) – to treat publicly funded (NHS) patients. Providers are paid a fixed price per patient treated, adjusted to reflect geographical differences in input costs. But there may be other legitimate cost variations between providers. This report considers the regulatory and production-process constraints that could cause public and private providers costs to differ. Most of these exogenous cost differentials can be rectified by adjustments to the regulatory system or to the payment method. We find evidence that ISTCs are treating different types of patients than NHS hospitals. If these differences drive costs, payments for treatment might need to be differentiated by setting.

39038

RAPPORT  
BRAS (P.L.), DUHAMEL (G.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

***Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères.***

Paris : La documentation française : 2008 : 65p.

Cote Irdes : B6562

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000596/0000.pdf>

Certains pays ont adopté le dispositif de rémunération des médecins en fonction de leurs performances. Ce rapport présente les exemples britannique et américain : contexte, dispositif, paiement, coûts, résultats et perspectives. Il s'interroge sur la nature de la performance : qualité clinique, relations avec les patients, efficacité. D'autres questions se posent, telles la cohésion entre la gestion de la performance et le dossier médical personnel, la conception des indicateurs cliniques, l'adhésion et la motivation des médecins, la collecte et le contrôle des données... De cette étude, les auteurs tirent des enseignements pour la France, notamment sur l'opportunité d'implanter ce système de paiement.

39782

RAPPORT, INTERNET  
Network For Regional Healthcare Improvement. (N.R.H.I.). Pittsburgh. USA  
Robert Wood Johnson Foundation. Princeton. USA

***From Volume to Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems.***

*Du volume à la valeur : transformer les systèmes de distribution et de paiement des soins*

Pittsburgh : Network For Regional Healthcare Improvement. : 2008 : 50p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.rwjf.org/files/research/nrhseries1rpt.pdf>

A major cause of the quality and cost problems in U.S. health care today is attributed to the current payment system built to reward the quantity of treatment, not the quality of care. The Network for Regional Healthcare Improvement (NRHI) urges solutions that could save billions of dollars and make expanding health insurance to the uninsured more affordable in this new report. It addresses a number of important issues and a variety of challenges to overcome in order to move the proposed improvements from concept to reality.

40150

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
FUJISAWA (E.), LAFORTUNE (G.)  
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction pour l'Emploi - le Travail et les Affaires Sociales. Paris. FRA

***The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries : what are the factors influencing variations across countries ?***

*La rémunération des médecins généralistes et spécialistes dans 14 pays de l'OCDE : quels sont les facteurs expliquant les variations entre ces pays ?*

OECD Health Working Paper; 41

Paris : OCDE : 2008/12 : 61p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>

Ce document de travail présente une analyse descriptive de la rémunération des médecins dans 14 pays de l'OCDE pour lesquels on trouve des données raisonnablement comparables dans Eco-santé OCDE 2007 (Alle-

magne, Autriche, Canada, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Islande, Luxembourg, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni et Suisse). Les données sont présentées séparément pour les généralistes (omnipraticiens) et les spécialistes. Cette étude constate qu'il y a de fortes variations dans les niveaux de revenu des généralistes entre les pays, et que les variations sont encore plus prononcées concernant les spécialistes. La rémunération des généralistes oscille entre deux fois le niveau du salaire moyen en Finlande et République tchèque, à un niveau trois fois et demi plus élevé aux États-Unis et en Islande. La rémunération des spécialistes varie encore plus, allant de une fois et demi à deux fois le salaire moyen pour les spécialistes salariés en Hongrie et en République tchèque, à cinq à sept fois plus élevé pour les spécialistes travaillant en mode libéral aux Pays-Bas, aux États-Unis et en Autriche. Une partie de la variation dans les rémunérations entre pays peut s'expliquer par l'utilisation de différentes méthodes de rémunération (par exemple, le salariat ou le paiement par acte pour les médecins libéraux), par le rôle joué par les généralistes en tant que médecin référent, par des différences dans la charge de travail (tel que mesuré, par exemple, par les heures de travail) et par le nombre de médecins par habitant. Cependant, ces facteurs institutionnels ou d'offre ne peuvent pas expliquer toutes les variations. Par ailleurs, lorsque l'on compare la rémunération des généralistes et des spécialistes dans chaque pays, cette étude indique que dans pratiquement tous les pays, la rémunération des spécialistes a eu tendance à augmenter plus rapidement que celle des généralistes au cours des dix dernières années, creusant encore plus l'écart. Cet écart grandissant a probablement contribué à l'augmentation du nombre et de la part des spécialistes dans le nombre total de médecins dans la plupart des pays au cours de la dernière décennie, et à accroître les inquiétudes concernant une pénurie de généralistes.

## ► Recommandations

38694

RAPPORT

LEVI (F.), SAGUEZ (C.)

Académie des Technologies. Commission Technologie et santé. Paris. FRA

**Rapport de l'Académie des technologies. Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire.**

Paris : Académie des technologies : 2008 :

92p., annexes

Cote Irdes : B6518

<http://www.academie-technologies.fr/publication/rapports/medecineAmbulatoire/Patient.pdf>

Dans ce rapport, l'Académie des technologies indique les progrès médicaux apportés par le développement de la médecine ambulatoire, dans notre système de santé, repère les principaux freins à lever et incitateurs à encourager et émet des recommandations destinées à favoriser le développement de la médecine ambulatoire en particulier pour des patients âgés souffrant de maladies cardiovasculaires ou cancéreuses, avec le souci d'optimiser la gestion des coûts de santé. L'académie émet cinq recommandations : nécessaire développement en France et en Europe d'un effort important de recherche scientifique et technologique consacré à la médecine ambulatoire ; mise en place de formations à la médecine ambulatoire, notamment dans le cycle des études des médecins généralistes ; proposition d'une information adaptée à l'intention des patients et de leur entourage ; favoriser l'émergence d'un secteur économique de la médecine ambulatoire, fortement créateur d'emplois et de valeur ajoutée ; mise en place très rapide d'expérimentations pilotes, seules capables d'assurer un déploiement optimal de ces politiques.

## ► Santé mentale

39829

OUVRAGE

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, World Organization of Family Doctors. (W.O.N.C.A.). Singapour. SGP

***Integrating mental health into primary care. A global perspective***

*Intégrer les soins de santé mentale dans les soins primaires. Une perspective mondiale.*

Genève : OMS, Singapour : WONCA : 2008 : 206p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : A3807

[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Integrating%20MH%20into%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Integrating%20MH%20into%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf)

This report on integrating mental health into primary care, which was developed jointly by the World Health Organization (WHO) and the World Organization of Family Doctors (Wonca), presents the justification and advantages of providing mental health services in primary

care. At the same time, it provides advice on how to implement and scale-up primary care for mental health, and describes how a range of health systems have successfully undertaken this transformation. Mental disorders affect hundreds of millions of people and, if left untreated, create an enormous toll of suffering, disability and economic loss. Yet despite the potential to successfully treat mental disorders, only a small minority of those in need receive even the most basic treatment. Integrating mental health services into primary care is the most viable way of closing the treatment gap and ensuring that people get the mental health care they need. Primary care for mental health is affordable, and investments can bring important benefits. This report is divided into distinct parts, with different needs in mind. Part 1 provides the context for understanding primary care for mental health within the broader health care system. Part 2 explains how to successfully integrate mental health into primary care and highlights 10 common principles which are central to this effort. It also presents 12 detailed case examples to illustrate how a range of health systems have undertaken this transformation. Finally, Annex 1 provides information about the skills and competencies that are required to effectively assess, diagnose, treat, support and refer people with mental disorders. As this report will show, treating mental disorders as early as possible, holistically and close to the person's home and community lead to the best health outcomes. In addition, primary care offers unparalleled opportunities for the prevention of mental disorders and mental health promotion, for family and community education, and for collaboration with other sectors.

## HÔPITAL

### ► Césariennes

40167

DOSSIER DE PRESSE

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

**Etude sur les césariennes.**

Paris : FHF : 2008/12 : 16p., cartes, annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fhf.fr/presse/dossiers\\_presse.php](http://www.fhf.fr/presse/dossiers_presse.php)

Les cartes de l'évolution de la répartition des maternités sur le territoire montrent que, dans

le cadre d'une réduction générale du nombre de maternités, deux logiques sont à l'oeuvre. On a d'une part, une logique de rationalisation des coûts par abandon des petites structures par les établissements commerciaux et, d'autre part, une logique de maillage du territoire par les établissements publics. Si la pratique de la césarienne répond majoritairement à des nécessités d'ordre médical, son augmentation récente et qui se poursuit, ainsi que la répartition de cette augmentation entre petites et grosses maternités publiques d'une part, entre maternité de statut commercial et de statut public d'autre part, conduisent à l'hypothèse que la pratique de la césarienne est bel et bien un facteur de l'organisation des naissances. La césarienne permet en effet de programmer l'accouchement pour pallier les manques de compétences disponibles en termes de permanence des soins (cas des petites maternités) ou encore pour éviter des phénomènes d'embouteillage dans les grandes maternités. On ne peut non plus exclure que la croissance du nombre des césariennes corresponde à une volonté d'optimiser des coûts de production, volonté que la logique de la tarification à l'activité ne peut que renforcer. Deux faits majeurs doivent être retenus : la croissance du nombre des césariennes pose problème car cette croissance n'est pas médicalement justifiée. ; les causes de cette augmentation sont multiples et poussent aussi bien à la croissance des césariennes dans les petites maternités que dans les grosses.

### ► Coûts de l'hospitalisation

39033

RAPPORT

BELLANGER (M.), LORAND (S.), OR (Z.),  
TARDIF (L.)

**HealthBasket Project France: Work package 9: final draft.**

*Le projet Basket en France : document de travail 9 : rapport final.*

Bruxelles : EHMA: 2006/12 : 116p., tabl.

Cote Irdes : B6549

Ce rapport final sur le projet Basket rassemble les coûts des différentes interventions chirurgicales en France. Un premier chapitre présente le projet européen Basket, dont l'objectif premier est de produire une méthodologie capable de comparer les coûts des services de santé de l'Union européenne.

## ► Gouvernance

38702

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

### ***Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire.***

Paris : La Documentation Française : 2008 :  
41p.

Cote Irdes : En ligne

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.  
fr/BRP/084000472/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000472/0000.pdf)

La commission sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher a proposé, en avril 2008, la création d'un conseil de surveillance et d'un directoire, ainsi que celle d'une communauté hospitalière de territoire dans le but de faire travailler ensemble les établissements de soins. C'est dans ce contexte que Guy Vallancien a été chargé, en juin 2008, d'une mission sur le rôle des instances hospitalières : place et rôle du directoire, du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement ; définition de la fiche de poste du président du directoire ; question de la participation au directoire des responsables de l'enseignement et de ceux de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires ; profil du chef d'établissement dans la nouvelle organisation envisagée.

## ► Histoire

39083

OUVRAGE  
AUTRET (J.)  
MOITRIEUX (G.) / préf.

### ***L'hôpital aux prises avec l'histoire.***

Paris : L'Harmattan : 2004 : 236p.

Cote Irdes : A3765

[http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?n  
avig=catalogue&obj=livre&no=17254](http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=17254)

Ce livre décrit les différentes structures de soins et dépeint le rôle des multiples agents du champ de la santé au fil de l'histoire. Démystifiant l'idéalisation généralement reportée des capacités soignantes durant les siècles passés, trois périodes se dessinent : celle du soin marqué au coin par la religion, celle où le soin est censé exalter les valeurs républicaines, enfin celle du soin marchand où l'éco-

nomie prime.. une page d'histoire sociale qui s'appuie plus particulièrement sur les hôpitaux de l'Ouest de la France.

39084

OUVRAGE  
FAURE (O.) , PASCAL (C.) , TEIL (A.),  
GARCIA (E.) et al.  
AMOUROUS (C.) / dir.

### ***Que faire de l'hôpital ?***

Paris : L'Harmattan : 2004 : 369p.

Cote Irdes : A3766

[http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?n  
avig=catalogue&obj=livre&no=17254](http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=17254)

Approcher et pénétrer l'hôpital, telle est l'invite que propose, dans cet ouvrage, un groupe de chercheurs en sciences de l'homme et de la société : historiens, gestionnaires et sociologues. L'hôpital est tel qu'une approche monodisciplinaire l'ampute ou occulte des pans entiers et de son anatomie et de sa physiologie. Cet ouvrage choisit les voies de : l'histoire constitutive, les vies professionnelles et institutionnelles, les complexités managériales, les organisations, les référents des actions ; sans négliger le sens critique, attendu de toute authentique démarche de recherche.

## ► Hôpital public

37597

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

### ***Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher : Rapport final et propositions.***

Paris : MSSPS : 2008 : 102p.

Cote Irdes : B6460

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.  
fr/BRP/084000209/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf)

Organiser une vaste concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et établir un état des lieux servant de base à la concertation, telle était la mission confiée à Gérard Larcher. Le présent rapport assure la synthèse des travaux de la commission. Il est structuré autour de quatre grands thèmes qui rendent compte de la diversité des missions de l'hôpital et du champ embrassé : aménager les relations en-

tre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge ; optimiser l'offre de soins hospitalière dans une logique de qualité et d'efficacité ; préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme ; développer l'enseignement et la recherche.

## ► Hospitalisation à domicile

38717

RAPPORT  
AFRITE (A.), COM-RUELLE (L.), OR (Z.),  
RENAUD (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

**Soins de réhabilitation et  
d'accompagnement : une analyse  
comparative des coûts d'hospitalisation à  
domicile et en établissement.**

Paris : IRDES : 2008/06 : 166p., 20 tabl.,  
3 fig.

Cote Irdes : R1689

Le besoin en lits dédiés aux soins de réhabilitation et d'accompagnement sera croissant dans les années à venir, notamment pour les personnes âgées. Ce type de soins, dispensé principalement dans des structures hospitalières spécialisées en soins de suite et de réadaptation (SSR), se développe également en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le contexte politique actuel, favorable à la création de nouvelles places en HAD, cette étude compare les coûts de ces deux modes de prise en charge pour des soins comparables. L'étude estime qu'en termes de cas pris en charge, près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être techniquement effectuées en hospitalisation à domicile, sous réserve de bonnes conditions psychosociales. Pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 50 % plus élevé en SSR. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

38718

RAPPORT  
AFRITE (A.), COM-RUELLE (L.), OR (Z.),  
RENAUD (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

**Soins de réhabilitation et  
d'accompagnement : une analyse  
comparative des coûts d'hospitalisation  
à domicile et en établissement - Rapport  
annexe.**

Paris : IRDES : 2008/06 : 133p., 32 tabl.

Cote Irdes : R1689bis

Ce rapport rassemble les différentes annexes citées au fil des chapitres du rapport IRDES n°1689 « Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement ». Ces annexes détaillent les éléments relatifs à la construction du champ superposable entre HAD et SSR ainsi que la définition des six profils médicaux de base. Elles fournissent également une description complète des coûts de fonctionnement en routine estimés pour ces deux modes de prise en charge. Cette étude montre que pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 40 % moins élevé en HAD. Si cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants, le coût moyen journalier en HAD demeure inférieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient.

38984

OUVRAGE  
COM-RUELLE (L.), AFRITE (A.)

**L'HAD, une prise en charge hospitalière  
moderne.**

Paris : Elsevier - Masson : 2008 : 51p., tabl.,  
graph., fig.

Cote Irdes : A3763, R1716

L'hospitalisation à domicile existe depuis plus d'un demi siècle, mais son essor est très récent. Elle reste cependant encore trop méconnue dans son objet et son organisation et mérite d'être expliquée tant aux professionnels médicaux qu'aux malades susceptibles d'en bénéficier. Tel est l'objectif de cette publication réalisée par des chercheurs de l'Irdes en partenariat avec les laboratoires Bayer, qui dresse un panorama de l'HAD en France sous plusieurs aspects : définition, organisation des soins, financement, satisfaction des acteurs, etc.



## ► Listes d'attente

39442

RAPPORT , INTERNET  
ESMAIL (N.), HAZEL (M.), WALKER (M.)  
Fraser Institute. Vancouver. Canada

### ***Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada 2008.***

*Attendre son tour : les listes d'attente dans les hôpitaux canadiens en 2008.*

Vancouver : The Fraser Institute : 2008 :  
145p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fraserinstitute.org/Commerce.Web/product\\_files/WaitingYourTurn2008.pdf](http://www.fraserinstitute.org/Commerce.Web/product_files/WaitingYourTurn2008.pdf)

The Fraser Institute's eighteenth annual waiting list survey found that Canada-wide waiting times for surgical and other therapeutic treatments decreased in 2008. Total waiting time between referral from a general practitioner and treatment, averaged across all 12 specialties and 10 provinces surveyed, fell from 18.3 weeks in 2007 to 17.3 weeks in 2008. This nationwide improvement in access reflects waiting-time decreases in 7 provinces, while concealing increases in waiting times in Saskatchewan, Nova Scotia, and Newfoundland & Labrador. Among the provinces, Ontario achieved the shortest total wait in 2008, 13.3 weeks, with British Columbia (17.0 weeks), and Manitoba (17.2 weeks), next shortest. Saskatchewan exhibited the longest total wait at 28.8 weeks; the next longest waits were found in Nova Scotia (27.6 weeks) and Newfoundland & Labrador (24.4 weeks). The fall in waiting time between 2007 and 2008 results from a decrease both in the first wait—the wait between visiting a general practitioner and attending a consultation with a specialist—and in the second wait—from the time that a specialist decides that treatment is required to treatment.

## ► Management hospitalier

39846

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GHEORGIU (D.M.), GUILLEMOT (D.),  
MOATTY (F.)  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

### ***Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux.***

Noisy-le-Grand : CEE : 2008/10 : 41p.,

annexes

Cote Irdes : B6598

[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/107-organisationnel\\_outils\\_entretiens\\_dirigeants\\_hopitaux.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/107-organisationnel_outils_entretiens_dirigeants_hopitaux.pdf)

Une enquête par entretiens réalisée dans le cadre de la pré-enquête sur les Changements organisationnels et l'informatisation dans les hôpitaux a porté sur la question de la réforme hospitalière et des transformations du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Le texte présente les objectifs de l'enquête quantitative en lien avec les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que le terrain enquêté. Il s'intéresse ensuite aux points de vue des dirigeants sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il dresse une typologie des changements selon leur importance, qu'il s'agisse de changements gestionnaires comme la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance, de changements organisationnels comme les fusions et la mise en réseau des hôpitaux ou de changements d'ordre symbolique comme l'évolution de la place du patient dans l'institution. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives : celles-ci dépendent de leur engagement dans les réformes, de leurs expériences vécues des changements et du contexte particulier dans lequel se situe l'établissement hospitalier où ils exercent. Enfin, les apports des entretiens à l'élaboration de l'enquête statistique sont exposés, ainsi que le guide d'entretien et le questionnaire réalisé.

## ► Néonatalogie

38751

RAPPORT  
HALLSWORTH (S.), FARRANDS (A.),  
OORTWIJN (W.), HATZIANDREU (E.)  
Rand Europe. Cambridge. GBR

### ***The provision of neonatal services: Data for international comparisons***

*Offre en services de néonatalogie : données pour des comparaisons internationales.*

Technical Report

Santa Monica : Rand corporation : 2008 :  
44p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/2007/RAND\\_TR443.pdf](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2007/RAND_TR443.pdf)

The National Audit Office (NAO) is undertaking a Value for Money study of neonatal services in England. As part of this study, RAND Europe was commissioned to gather information on neonatal services in countries other than England. This information will supplement the evidence the NAO gathers on England and will allow for international comparisons and benchmarking. As requested by the NAO, the report presents data gathered from a thorough search of the literature on the status and provision of neonatal services in the UK nations of Scotland, Wales, Northern Ireland and the United States of America, Canada, Sweden, and Australia. The report also compares relevant neonatal statistics for England against those for the nations named above, although England is not the report's main focus. The report presents a comparative analysis of neonatal services, followed by chapters on specific countries. The information is presented along five dimensions defined by the NAO: 1) trends in high-risk births and associated outcomes, including mortality and comorbidities; 2) organisation and scale of neonatal services; 3) neonatal transport services; 4) costs of neonatal services and 5) best practices for infants and their families.

## ► Psychiatrie

39087

OUVRAGE  
ROBIN (R.)

***Malaise en psychiatrie : le triomphe de la confusion.***

Paris : L'Harmattan : 2008 : 252p.

Cote Irdes : A3768

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=15993>

Les déterminants sociaux (logement, travail, famille...) semblent, au premier abord, influencer la durée d'hospitalisation en psychiatrie. Où en est-il réellement ? D'autres déterminants paraissent avoir leur incidence sur cet aspect. L'évolution du rôle de la psychiatrie, orienté par la société et les responsables politiques et économiques, modifie son organisation. De fait, pour les professionnels de santé et les patients, des territorialités inédites se dessinent, de nouveaux rythmes s'instaurent, et la prestation est modifiée.

## ► SSIAD

38366

RAPPORT

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

***Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD.***

Paris : CNSA : 2008 : 175p

Cote Irdes : B6526

[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport\\_COMPLET\\_Suivi\\_qualitatif\\_SAMSAH\\_SSIAD\\_-\\_CNSA-3.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_COMPLET_Suivi_qualitatif_SAMSAH_SSIAD_-_CNSA-3.pdf)

Ce rapport donne les premières conclusions du suivi qualitatif du développement des Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) et des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant auprès des personnes handicapées. Ces nouveaux services, qui interviennent en milieu ordinaire de vie, contribuent à la diversification des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation. Mais leur déploiement sur le territoire national est encore inégal.

## ► Tarification hospitalière

37686

RAPPORT

BRETON (T.), LANNELONGUE (C.), LEOST (H.)

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

***Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A.***

Paris : IGAS : 2008/01 : 123p., ann.

Cote Irdes : B6463

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000181/0000.pdf>

Le programme de travail de l'IGAS pour 2007 comporte la réalisation d'une mission sur les mesures prises dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux « perdants à la tarification à l'activité (T2A) ». La mission a contrôlé les mesures prises dans 19 centres hospitaliers (CH), établissements, choisis en liaison avec les services de la Direction de l'hospitalisation et de l'or-

ganisation des soins (DHOS) afin de pouvoir illustrer la diversité des situations de difficultés financières et des actions de redressement mises en oeuvre dans le cadre des CREF. La mission a recueilli des informations sur la performance des établissements sélectionnés à l'aide d'un questionnaire et de l'outil « Diagnostic flash ». Au terme de ces travaux, 22 rapports ont été établis et soumis à une procédure contradictoire. Le présent rapport est la synthèse des éléments rassemblés dans ces rapports, complétés par différents entretiens. La mission s'est également appuyée sur les travaux précédents de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances. Enfin, elle a été particulièrement intéressée par les travaux menés en Grande-Bretagne par l'Audit Commission, notamment le rapport « Learning the lessons from financial failure in the National Health System » de juillet 2006.

38857

DOCUMENT DE TRAVAIL  
MIRALDO (M.), SICILIANI (L.), STREET (A.)

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

**Price Adjustment in the Hospital Sector.**

*Ajustement des prix dans le secteur hospitalier*

CHE Research Papers Series; 41

York : University of York : 2008/08 : 27p.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp41.pdf>

Prospective payment systems are currently used in many OECD countries, where hospitals are paid a fixed price for each patient treated. We develop a theoretical model to analyse the properties of the optimal fixed prices to be paid to hospitals when no lump-sum transfers are allowed and when the price can differ across providers to reflect observable exogenous differences in costs (for example land, building and staff costs). We find that: a) when the marginal benefit from treatment is decreasing and the cost function is the (commonly used) power function, the optimal price adjustment for hospitals with higher costs is positive but partial; if the marginal benefit from treatment is constant, then the price is identical across providers; b) if the cost function is exponential, then the price adjustment is positive even when the marginal benefit from treatment is constant; c) the optimal price is lower when lump-sum transfers are not allowed, compared to when they are allowed; d) higher inequality aversion of the purchaser is associated with an increase in the price for

the high-cost providers and a reduction in the price of the low-cost providers.

## Urgences

38205

RAPPORT  
CORIAT (P.), BRAUN (F.), GENET (J.P.), GOLDSTEIN (P.), NAZAC (A.), POL (B.), REMOND (J.)

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

**Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins.**

Paris : MSSPS : 2008/05 : 29p.

Cote Irdes : B6484

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000328/0000.pdf>

Dans le cadre de la création d'un conseil national de l'urgence et de la permanence des soins, le groupe de travail présidé par le Professeur Pierre Coriat a pour objectif de remettre des propositions sur la composition, les missions et le champ d'action de ce conseil.

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### Chirurgiens

37598

RAPPORT  
VALLANCIEN (G.), AUBART (F.), CUQ (P.)  
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

**Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives.**

Paris : MSSPS : 2008/03/25 : 45p.

Cote Irdes : B6461

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000179/0000.pdf>

L'organisation de la chirurgie et les modes de rémunération actuels des chirurgiens, tant dans la pratique publique que dans la pratique libérale, ne correspondent plus aux impératifs d'une pratique chirurgicale de qualité acces-

sible à tous sur le territoire. Afin de sortir de cette situation doublement insatisfaisante, les rapporteurs proposent la création d'un contrat d'exercice global de la chirurgie. Ce contrat serait établi entre le chirurgien, la future Agence Régionale de Santé et le ou les établissements dans lesquels il exercera. Et stipulerait les engagements des parties Le contrat stipulerait les engagements des parties (chirurgiens et organismes payeurs).

## ► Chirurgiens-dentistes

38733

RAPPORT  
RIGAL (E.), MICHEAU (J.)  
Observatoire National de la Démographie  
des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.).  
Paris. FRA

**Le métier de chirurgien dentiste :  
caractéristiques actuelles et évolutions. Une  
étude qualitative.**

Paris : ONDPS : 2007/09 : 125p.

Cote Irdes : B6523

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Le\\_metier\\_de\\_chirurgien\\_dentiste\\_-\\_caracteristiques\\_actuelles\\_et\\_evolutions.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf)

L'objectif de cette étude est tout d'abord d'améliorer la connaissance des conditions d'exercice et de l'évolution du métier de chirurgien-dentiste. Il s'agit de combler une lacune en posant un premier objet d'analyse qualitative d'une profession peu étudiée. En sondant plus particulièrement les conditions d'exercice qui se développent (regroupement, salariat, baisse du temps travail), un des objectifs est de comprendre si de nouveaux modèles professionnels se mettent en place. Enfin, compte tenu de la variance élevée de la densité de praticiens sur le territoire, il s'agit d'évaluer plus particulièrement comment localement s'articulent demande de soins et offre de soins et comment la profession contribue à la santé publique.

## ► Genres

38866

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
GEORGE (A.)  
World Health Organization. (W.H.O.).  
Commission on the Social Determinants of  
Health. (C.S.D.H.). Genève. CHE, Women  
and Gender Equity Knowledge Network.  
Stockholm. SWE

**Human resources for health: a gender  
analysis**

*Ressources humaines dans le secteur de la  
santé : analyse par genre.*

Genève : OMS : 2008 : 57p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/human\\_resources\\_for\\_health\\_wgkn\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf)

This paper discusses gender issues manifested within health occupations and across them. In particular, it examines gender dynamics in medicine, nursing, community health workers and home carers. I also explore from a gender perspective issues concerning delegation, migration and violence, which cut across these categories of health workers. These occupational categories and themes reflect priorities identified by the terms of reference for this review paper and also the themes that emerged from the accessed literature. This paper is based on a desk review of literature accessed through the internet, search engines, correspondence with other experts and reviewing bibliographies of existing material. Material related to training and interpersonal patient-provider relations that highlights how occupational inequalities affect the availability and quality of health care is covered by other review papers commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network.

## ► Migrations internationales

39200

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
CASH (R.) , ULMANN (P.)  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction pour l'Emploi - le Travail et les  
Affaires Sociales. Paris. FRA

**Projet OCDE sur la migration des  
professionnels de santé. Le cas de la  
France.**

OECD Health Working Paper; 36

Paris : OCDE : 2008 : 113p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/10/41437407.pdf>

Ce document examine la démographie des professionnels de la santé en France ainsi que les évolutions récentes des politiques migratoires relatives aux professionnels de la santé. Il traite également de la planification des effectifs et du rôle possible du recrutement du personnel de la santé étranger dans les années à venir. L'évolution des effectifs au cours des années 90 a été marquée par des restrictions concernant la formation de médecins et d'infirmières. Depuis lors, les capacités de formation ont été fortement accrues, et la France se situe ainsi au niveau de la moyenne européenne et au-dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE en termes de densité de médecin. Les chiffres disponibles montrent qu'en France, le recrutement international de professionnels de santé ne joue pas un rôle prépondérant. Une proportion importante de ceux qui sont formés à l'étranger sont originaires de pays membres de l'Union Européenne, notamment en raison des dispositions législatives européennes, qui visent à faciliter la reconnaissance de diplôme des ressortissants de l'UE pour la plupart des professions de la santé. Pour ce qui est des diplômés hors Union Européenne, ils doivent répondre à des mesures plus restrictives, mises en place par la législation française, qui limite l'accès à la profession. Les médecins et infirmiers formés à l'étranger sont principalement employés en milieu hospitalier. Dans les derniers modèles de projections, l'évolution des effectifs de médecins est essentiellement liée à celle du *numerus clausus* et ne font pas d'hypothèse particulière en ce qui concerne la migration. Dans le même sens, les politiques actuelles de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé n'envisagent pas de recourir au recrutement international mais s'appuient sur un ensemble de mesures structurelles liées à l'âge de départ en retraite, à la coopération entre établissements hospitaliers et à d'autres mesures incitatives visant à favoriser l'installation en zone mal desservies. Cependant, le rôle des recrutements étrangers ne peut être négligé puisque dans le contexte de l'élargissement de l'UE les flux migratoires en provenance de pays d'Europe centrale et orientale, en particulier de la Roumanie, pourraient s'intensifier.

39201

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
CHALOFF (J.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction pour l'Emploi - le Travail et les Affaires Sociales. Paris. FRA

***Immigration of health professionals to Italy. Mismatches in the formal section, expansion of the informal sector.***

*La migration des professionnels de santé vers l'Italie.*

OECD Health Working Paper; 34

Paris : OCDE : 2008 : 38p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/34/10/41431698.pdf>

Le vieillissement de la population en Italie pèse lourdement sur le système de santé public et les familles. Parallèlement, l'offre de professionnels de la santé sur le marché du travail est déséquilibré. Dans le passé, le nombre excessif d'inscriptions dans les facultés de médecine a entraîné une surabondance de médecins, mais des pénuries apparaîtront au fur et à mesure qu'ils partiront à la retraite. Il est difficile pour les médecins ayant étudié à l'étranger et les immigrés qui se sont qualifiés en Italie d'exercer la médecine dans ce pays. En ce qui concerne les infirmières, la situation est plus critique, avec un trop petit nombre de diplômés des écoles d'infirmières, même pour satisfaire uniquement les besoins de remplacement. Les soins aux personnes âgées, incombant traditionnellement aux familles, ont été de plus en plus délégués aux immigrés du secteur informel. En l'absence de changements majeurs dans les politiques de la santé, des efforts ont été faits pour recruter des infirmières et personnels de santé dans d'autres pays d'origine. La simplification de la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger et l'exemption de quotas d'infirmières étrangères sur le marché du travail en Italie ont réduit les obstacles au recrutement international d'infirmières. Cependant, l'interdiction de les employer de façon permanente dans le secteur public a relégué la majorité des infirmières étrangères dans le secteur privé et dans les contrats de travail à court terme. L'administration sanitaire nationale et locale a aussi contribué au recrutement international des infirmières souvent par le biais d'agences privées. Dans le secteur des soins à domicile, les familles se sont vu octroyer plus d'opportunités pour recruter légalement à l'étranger du personnel de soins à domicile. Beaucoup d'autorités locales s'efforcent d'intégrer ce type de soins privés dans

leurs systèmes de soins aux personnes âgées en assistant les personnels soignants privés et en renforçant leurs compétences. Néanmoins, les migrations internationales ne seront pas suffisantes pour répondre aux besoins de l'Italie en professionnels de la santé.

39534

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DUMONT (J.C.), ZURN (P.), CHURCH (J.),  
LE THI (C.)

Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction pour l'Emploi - le Travail et les  
Affaires Sociales. Paris. FRA

***International Mobility of Health Professionals  
and Health Workforce Management in  
Canada: Myths and Realities.***

*Mobilité internationale des personnels de santé  
et gestion des ressources humaines en santé  
au Canada : mythes et réalités.*

OECD Health Working Paper; 40  
Paris : OCDE : 2008/10 : 117p., tabl., graph., ann.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd.org/  
dataoecd/7/59/41590427.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/7/59/41590427.pdf)

Ce rapport examine le rôle joué par la migration de personnel de santé dans les effectifs de santé au Canada mais aussi les interactions entre les politiques migratoires, la formation et les politiques de gestion de ressources humaines. Le personnel de santé recruté à l'étranger contribue de façon significative aux effectifs de santé au Canada. Bien qu'un consensus grandissant ait émergé pour atteindre l'objectif d'autosuffisance en terme de personnel de santé, cet objectif doit être mesuré au regard du rôle joué par la migration dans la construction de la société canadienne. Se doter de personnel de santé viable requiert des engagements financiers à long terme, un suivi continu du marché de l'emploi du personnel de santé, une coordination entre les parties prenantes ainsi qu'une attention particulière aux politiques apportées en réponse aux problématiques.

39535

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BUCHAN (J.), BALDWIN (S.), MUNRO (M.)

Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Direction pour l'Emploi - le Travail et les  
Affaires Sociales. Paris. FRA

***Migration of Health Workers: The UK  
Perspective to 2006.***

*Migration des personnels de santé : projection  
du Royaume-Uni jusqu'en 2006.*

OECD Health Working Paper; 38  
Paris : OCDE : 2008/10 : 59p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd.org/  
dataoecd/48/2/41500789.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/48/2/41500789.pdf)

Le Royaume-Uni compte 56 millions d'habitants, et en matière de santé, la plupart des prestations y sont fournies par le biais du National Health Service (NHS). Le NHS emploie plus d'un million d'agents. A la fin des années 90, un des principaux obstacles à l'amélioration du NHS était la pénurie de personnel qualifié. La réponse du gouvernement a consisté à « étoffer » les effectifs du NHS. Pour ce faire, les pouvoirs publics disposent de quatre grands moyens d'action possibles : développer la formation dispensée dans le pays même, améliorer le taux de maintien des agents en poste (ce qui permet de diminuer les besoins en recrutement de nouveaux agents), convaincre les agents ayant cessé d'exercer pour le moment de « reprendre du service », et recruter des professionnels de la santé à l'international. Soucieux d'étoffer rapidement ses effectifs, le NHS a eu recours au recrutement à l'international. Ce recrutement à l'international prenait également appui sur un Code de bonnes pratiques. L'un des points clés de ce Code est l'interdiction faite au NHS de cibler les pays en développement dans sa politique de recrutement actif sauf accord formel du gouvernement du pays considéré. L'expérience du Royaume-Uni a mis en évidence les possibilités offertes par le recours à une politique de recrutement à l'international de grande ampleur pour répondre aux besoins quand il s'agit d'étoffer des effectifs.

## ► Ressources humaines

38327

RAPPORT  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Genève. CHE, Alliance Mondiale pour les  
Personnels de Santé. Genève. CHE

***Directives : mesures incitatives pour les  
professionnels de la santé.***

Genève : Alliance mondiale pour les  
personnels de santé. : 2008 : 39p., tabl.

Cote Irdes : B6496

[http://www.who.int/workforcealliance/  
documents/Incentives\\_Guidelines%20FR.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20FR.pdf)

L'écart de plus en plus marqué entre l'offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services est devenu un problème de santé et de développement d'ampleur mondiale. Dans ce contexte, les décideurs politiques et les responsables de la planification et de l'encadrement sont à la recherche de méthodes efficaces de recrutement et de fidélisation du personnel. L'une de ces méthodes consiste à concevoir et appliquer des mesures incitatives efficaces. La prise de décisions informées exige la poursuite des travaux de recherche et de réflexion autour du développement de systèmes d'incitations performants. L'amélioration du suivi, la création de bases d'informations, le partage des bonnes pratiques et des leçons tirées de l'expérience, sont autant d'éléments cruciaux pour l'instauration de meilleurs espaces de travail, pour le renforcement de la main d'oeuvre pour la santé et pour l'amélioration de la sécurité et des résultats pour les patients.

## MÉDICAMENTS

### ► Automédication

40164

FASCICULE  
MICHOT-CASBAS (M.)

***Automédication et libre accès aux médicaments, enjeux de la responsabilité et de l'éducation des patients.***

Paris : Inserm : 2008 : 12p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/7E5694A1C961D489C125751A00496395/\\$File/Dossier.pdf?OpenElement](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/7E5694A1C961D489C125751A00496395/$File/Dossier.pdf?OpenElement)

Le déremboursement d'un certain nombre de traitements fait partie des solutions proposées pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Cette impulsion initiale donnée pour permettre une réorganisation structurelle du système de soin doit nous interroger en tant que citoyen et en tant qu'élément de ce système que nous soyons soignants ou soignés. L'ouverture d'un marché de l'automédication fait, entre autres, partie des outils choisis pour organiser ce transfert de compétences. Il est important de réfléchir aux forces en présence afin de permettre d'accompagner au mieux cette évolution.

### ► Contrefaçons

38672

RAPPORT , INTERNET  
European Alliance for Access to Safe Medicines. (E.A.A.S.M.). Hampton Court. GBR

***The Counterfeiting Superhighway – the growing threat of online pharmacies.***

*Les contrefaçons de médicaments vendus sur internet : un marché grandissant.*

Hampton Court : Medicom Group Ltd : 2008 : 32p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.eaasm.eu/Media\\_Centre/News/The\\_Counterfeiting\\_Superhighway](http://www.eaasm.eu/Media_Centre/News/The_Counterfeiting_Superhighway)

There has been an explosion in the number of counterfeit medicines reaching patients in recent years – one reason for this is the increase in illegal online pharmacies. Scope of this report is as following. Untrained, unsuspecting consumers are vulnerable to the potentially lethal outcomes of buying medicines online. The Counterfeiting Superhighway reveals the scope and repercussions of this dangerous practice through extensive research and examination of over 100 online pharmacies and over 30 commonly purchased prescription-only medicines. Key findings from this report are : 62% of medicines purchased online are fake or substandard (including medicines indicated to treat serious conditions such as cardiovascular and respiratory disease, neurological disorders, and mental health conditions . 95.6% of online pharmacies researched are operating illegally . 94% of websites do not have a named, verifiable pharmacist. Over 90% of websites supply prescription-only medicines without a prescription. The report concludes by providing recommendations based on the research findings and calls all stakeholders including search engines, credit card companies, shipping companies, patient groups and regulators, to take action and halt this dangerous trend.

### ► Diffusion des médicaments

40169

RAPPORT, INTERNET  
Heads of Medicines Agencies. (H.M.A.). s.l. INT

***Availability of Human Medicinal Products. Report of Task Force of HMA MG.***

*Disponibilité des médicaments destinés à l'homme. Rapport du groupe de travail du HMA MG.*

s.l. : HMA : 2007 : 53p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.hma.eu/uploads/media/Availability\\_medicines\\_HMAMG\\_TF\\_Report.pdf](http://www.hma.eu/uploads/media/Availability_medicines_HMAMG_TF_Report.pdf)

The Task Force (TF) on availability of human medicinal products was established by the Heads of Medicines Agencies MG in March 2007. The establishment of the TF was followed by the identification of the problem of unavailability in the sector of human medicinal products, especially in small and medium-size countries. The problem has been raised by the regulators, physicians, pharmacists and other users of medicines: there are unmet needs of human medicinal products in several countries. Problems in the availability of an adequate range of medicines have different origin and consequence for the public health in the concerned countries. The aim of the report is: to look at the current situations concerning the availability problems of medicinal products in the Member States; to highlight the problems with implementing the current legislation; to look for the possible solutions for the availability problems. This report does not examine in detail the issue of the low interest of companies in developing medicinal products for certain diseases. The report uses case studies and the situations in different Member States have been analysed. Some cases may apply to more than one Member State and others may be more specific. The issues related to pricing and reimbursement must be addressed separately from the Community provisions on marketing authorisation procedures and their implementation. The problem of the unavailability of an authorised product on the market of a Member State may be the consequence of some reimbursement.

## ► Dispositifs médicaux

38981

DIPLOMES , INTERNET  
POYET (A.)

Université Lyon 1. Faculté de Pharmacie.  
Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques. Lyon. FRA

***Le dispositif médical : aspects réglementaires et économiques. Evolution sur les dix dernières années.***

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie

Lyon : Université Lyon 1 : 2003 : 106p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these\\_integ/poyet/poyet.pdf](http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these_integ/poyet/poyet.pdf)

L'objectif de ce travail est tout d'abord de mieux faire connaître les dispositifs médicaux mais aussi le secteur qu'ils représentent. Pour cela, la première partie de la thèse donne une définition du dispositif médical et de nombreux exemples illustrent la difficulté à classer les produits de santé. Cette même partie aborde ensuite l'environnement réglementaire qui est propre au dispositif : cette réglementation, très évolutive dans une période récente, est née avec la création du marché unique et est donc d'inspiration communautaire. La deuxième partie évoque le secteur industriel des dispositifs sous ses aspects économiques et technologiques et décrit la typologie des entreprises et leurs activités. Elle essaie ensuite de situer le poids des dispositifs au sein des dépenses de l'assurance maladie et surtout d'en noter l'évolution. Enfin, ce travail s'achève sur l'évocation de la réforme qu'ont connue les dispositifs médicaux en 2000, suite à la loi de financement de la sécurité sociale du 29 décembre 1999. Cette réforme a permis de restructurer le cadre institutionnel et procédural de l'inscription au remboursement des DM à usage individuel. Enfin, la prise en charge des dispositifs médicaux et les modalités sont décrits dans la troisième partie. La comparaison du DM au médicament et à l'industrie pharmaceutique, qui restent des références connues d'un plus grand nombre, permet de souligner que le secteur des dispositifs est un domaine à part entière au sein des produits de santé (Tiré de l'introduction).

## ► Génériques

38878

INTERNET, DIPLOMES  
BENYEZZAR (N.)  
SPATH (H.M.) / dir.

Université Lyon 1. Faculté de Pharmacie.  
Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques. Lyon. FRA

***Génériques, conditionnements trimestriels et ventes directes : trois aspects de l'impact des mesures de maîtrise des dépenses de santé sur l'économie des officines en France.***

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie



Lyon : Université Lyon 1 : 2006 : 134p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these\\_integ/benyezzar/these.pdf](http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these_integ/benyezzar/these.pdf)

Génériques, TFR, déremboursements, baisses de prix, sorties des réserves hospitalières, ... Le marché du médicament remboursable a connu ces dernières années de nombreuses mutations, touchant aussi bien les laboratoires pharmaceutiques que les professionnels de santé. L'impact sur la situation financière des officines a été double, d'une part par une baisse de la croissance de leurs chiffres d'affaires, et d'autre part, par la baisse de leurs marges avec la mise en place de deux réformes : La première, décrétée par la loi Dutreil, a limité les marges arrières jusque-là consenties pour assurer le développement du marché des génériques. La seconde concerne la mise en place de conditionnements trimestriels pour certaines pathologies chroniques coûteuses pour l'Assurance Maladie, et entraîne une baisse des marges brutes. Cette situation oblige les pharmaciens à revoir leur politique de gestion, notamment à travers l'amélioration de leurs relations commerciales avec les laboratoires pharmaceutiques. Conscients du rôle des pharmaciens dans la substitution des génériques, les laboratoires de médicaments éthiques ont développé un système de ventes directes afin de leur accorder des remises plus avantageuses que celles consenties dans le circuit classique, en plus de diverses prestations de formation et d'information associées. Ceci devrait leur permettre un rapprochement avec les pharmaciens d'officine, dont le rôle au sein du système de santé et le mode de rémunération pourraient se voir développer dans les années à venir.

## ► Industrie pharmaceutique

36898

RAPPORT

Oxfarm International. Oxford. GBR

***Investing for life. Meeting poor people's needs for access to medicines through responsible business practices.***

*Investir pour la vie. Permettre l'accès aux médicaments aux personnes pauvres au travers de pratiques commerciales responsables.*

Oxford : Oxfarm International : 2007/11 : 53p., tabl., fig., annexe

Cote Irdes : B6365

<http://www.oxfam.ca/news-and-publications/publications-and-reports/investing-for-life-meeting-poor-people2019s-needs-for-access-to-medicines-through-responsible-business-practices/file>

There are major shortcomings in the pharmaceutical industry's current initiatives to ensure that poor people have access to medicines. To shore up its own flagging economic performance, the industry is increasingly looking to the potentially huge markets within emerging economies. Yet, poor people who live in these countries still desperately lack affordable and appropriate medicines. The time is ripe for a bold new approach. The industry must put access to medicines at the heart of its decision-making and practices. This is both a more sustainable long-term business strategy and would allow the industry to better play its role in achieving the universal right to health.

38869

RAPPORT , INTERNET

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.v. (V.F.A.). Berlin. DEU

***Die Arzneimittelindustrie in Deutschland : Statistics 2007.***

*Statistiques de l'industrie pharmaceutique en Allemagne 2007.*

Berlin : VFA : 2008 : 59p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

Le «Verband Forschender Arzneimittelhersteller EU» (VFA) publie la mise à jour 2007 des statistiques sur le secteur pharmaceutique en Allemagne.

38872

RAPPORT

JEGOU (J.J.)

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

***Taxation de l'industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective.***

Paris : Sénat : 2008 : 152p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6545

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-427-notice.html>

Ce rapport d'information sur la taxation de l'industrie du médicament préconise de simplifier les taxes en vigueur (pas moins de 13 taxes spécifiques (7 affectées à l'AFS-SAPS, 2 à la HAS et 4 affectées aux organismes de Sécurité sociale pour un montant

d'environ 745 millions d'euros) et d'éviter de les modifier tous les ans, comme c'est le cas actuellement. Sans remettre en question le rendement global de ces prélèvements, la mission sénatoriale propose de replacer l'instrument fiscal dans un cadre pluriannuel, afin de donner plus de sécurité et de visibilité aux entreprises. Une recommandation qui rejoint celle des députés de la Mission d'Evaluation des comptes de la Sécurité sociale (MECSS) qui proposaient dans leur rapport sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments de stabiliser ou rendre plus structurante les taxes sur les laboratoires affectées à l'assurance maladie. Cette meilleure visibilité suppose également un meilleur pilotage global du système de régulation du secteur du médicament qui devra se faire au sein du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) élargi à l'Uncam et aux réunions plus régulières. Une meilleure cohérence des outils de régulations devra également être recherchée. La mission suggère aussi d'orienter davantage la fiscalité vers l'innovation et le bon usage du médicament, avec trois pistes : scinder la clause de sauvegarde, moduler la taxe sur le chiffre d'affaires en fonction de l'investissement dans des secteurs de recherche stratégiques pour notre économie, renforcer le rôle de la taxe sur la promotion du médicament, afin de trouver un meilleur équilibre entre l'action des laboratoires et celle menée par l'Etat, dans une logique de maîtrise des finances publiques. Le rapport propose également une maîtrise volontariste des dépenses de médicament par un déremboursement plus systématique et rapide des médicaments à service médical rendu insuffisant, une baisse de prix progressive, régulière et préalablement définie des princeps, comme des génériques, après la perte de protection liée au brevet, une généralisation du dispositif de tiers-payant contre générique, qui a fait ses preuves, une action résolue sur les prescriptions, afin d'éviter des glissements médicalement injustifiés vers des médicaments plus coûteux. Enfin, il souligne les questions connexes à prendre également en compte : l'optimisation du circuit de distribution du médicament et la situation des organismes complémentaires. En annexe, un document donne d'intéressants éléments de comparaisons internationales.

## ► Observance thérapeutique

36997

RAPPORT

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

### ***Encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux financés par les entreprises pharmaceutiques.***

Paris : La documentation française :  
2007/08 : 96p.

Cote Irdes : B6375

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000049/0000.pdf>

Le droit communautaire dans le domaine du médicament (DDACM) a donné lieu à un projet de loi d'adaptation de ce droit en droit français afin d'autoriser le gouvernement à régir par ordonnance «les programmes d'accompagnement des patients soumis à des traitements médicamenteux lorsque ces programmes sont financés par des établissements pharmaceutiques». Ayant suscité de nombreuses réactions défavorables, tant auprès des représentants des professions de santé que des institutions de santé, ce projet a été retiré après son examen à l'Assemblée nationale. Ce rapport fait le point sur cette pratique (application aux patients, situation juridique) et constate les difficultés de la discussion parlementaire, le projet ayant été retiré avant son examen par le Sénat. Il étudie ensuite les enjeux de cette observance thérapeutique, le rôle du médecin, les risques de l'accès direct au patient et estime qu'une trop grande place est donnée aux laboratoires dans le système de santé. Il émet des recommandations, notamment en vue d'interdire tout contact direct ou indirect entre les laboratoires pharmaceutiques et le public.

## ► Politique du médicament

39481

RAPPORT , NOTE

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

### ***Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.***

Paris : HCAAM : 2008/09/25 : 55p., tabl.,  
graph.

Cote Irdes : B5460bis

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_note\\_250908.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_250908.pdf)

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a rendu le 29 juin 2006 son avis consacré au médicament. Un panorama complet et actualisé des principes et mécanismes qui régissent la politique du médicament en France (mise sur le marché, distribution et dispensation, prescription, prise en charge et régulation du marché, génériques)... Cette réactualisation s'attache essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Elle n'aborde cependant pas un nombre de points importants traités dans l'avis de 2006 et qui ont donné lieu depuis cette date à de nouvelles réflexions, tels que l'exercice pharmaceutique (approche européenne du monopole pharmaceutique, conditions de propriété des officines, conditions d'installation et densité professionnelle) ou les expérimentations du dossier pharmaceutique.

39495

RAPPORT, INTERNET  
LOZACHMEUR (J.M.)  
CRAMPES (C.) /collab., DUBOIS (P.) /collab.,  
JULLIEN (B.) /collab.  
Institut d'Economie Industrielle. (I.D.E.I.).  
Toulouse. FRA

***Régulation des prix et politique de remboursement des médicaments.***

Toulouse : IDEI : 2008/09 : 25p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.g5.asso.fr/doc/Rapport\\_regulation\\_IDEI.PDF](http://www.g5.asso.fr/doc/Rapport_regulation_IDEI.PDF)

Les dépenses pharmaceutiques ont fortement augmenté en Europe, non seulement en valeur absolue mais aussi en proportion des dépenses de santé, ce qui a conduit à la mise sur pied de politiques de régulation du prix des médicaments, politiques dont sont présentés les principes et les applications dans les pays de l'Union européenne. Le rapport réalise aussi une synthèse de plusieurs études scientifiques sur les effets que cette régulation provoque sur les performances des entreprises pharmaceutiques. Il met plus particulièrement en lumière les effets de la régulation sur les prix des médicaments, les dépenses en R&D, la mise sur le marché de nouvelles molécules ainsi que l'emploi dans le secteur de la R&D pharmaceutique.

39527

DOCUMENT DE TRAVAIL  
PARIS (V.) , DOCTEUR (E.)  
Organisation de Coopération et de  
Développement Economiques. (O.C.D.E.).  
Paris. FRA

***Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Germany.***

*Politiques de fixation des prix et du remboursement des médicaments en Allemagne.*

OECD Health Working Papers ; 39  
Paris : OCDE : 2008 : 63p., fig., tabl., ann.  
Cote Irdes : B6589

<http://www.oecd.org/dataoecd/6/57/41586814.pdf>

Ce document décrit les politiques de prix et de remboursement des médicaments en Allemagne, en les replaçant dans le contexte plus large dans lequel elles s'insèrent, et évalue leur impact sur l'atteinte de plusieurs objectifs. La couverture des médicaments par l'assurance maladie est bonne, caractérisée par un haut niveau de prise en charge publique, et permet un bon accès aux traitements. Cependant, les augmentations récentes des paiements à la charge des usagers pourraient entraver l'accessibilité financière pour les populations les plus modestes. L'Allemagne ne régule pas les prix fabricant des médicaments à leur entrée sur le marché, mais seulement les marges des distributeurs pour les médicaments pris en charge par l'assurance maladie. D'un autre côté, des montants maximum de remboursement (souvent nommés "prix de référence «) sont fixés pour les produits qui peuvent être rassemblés au sein de groupes de produits équivalents (génériques) ou comparables. Ces montants maximum de remboursement affectent une grande partie du marché pharmaceutique couvert par l'assurance maladie (44% en valeur et 70% en volume en 2006), exerçant ainsi une pression sur les prix des produits concernés. De plus, des baisses et gels des prix ont été décidés à plusieurs reprises, et des rabais régulièrement imposés aux fabricants. Ces mesures, associées aux incitations influençant les prescriptions des médecins, ont permis à l'Allemagne de contenir la croissance des dépenses pharmaceutiques. Cependant, les prix des médicaments allemands sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE, pour les produits brevetés comme pour les génériques, qu'ils s'agissent des prix fabricant ou des prix de détail. La réforme de 2007 a introduit d'importants changements dont l'objectif est d'assurer une meilleure efficacité des dépenses de médicament. Pre-

mièrement, les caisses d'assurance maladie sont autorisées et encouragées à passer des contrats avec les laboratoires pour obtenir de meilleurs prix en échange d'un statut privilégié pour leur médicament sur le formulaire (liste positive) de la caisse. Deuxièmement, l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de santé (IQWiG) devra évaluer les coûts et bénéfices des nouveaux médicaments, qui pourra conduire, si nécessaire, à la fixation d'un montant maximum de remboursement, afin d'assurer que leur utilisation ne sera pas moins efficace que le recours à des thérapies existantes. Si ces réformes peuvent conduire à des baisses de prix sur certains segments de marché, elles ne régleront pas tous les problèmes : les caisses d'assurance maladie n'auront guère plus de moyens pour peser sur les prix des médicaments réellement innovants et le recours aux contrats implique une perte de transparence sur les prix réellement payés par les caisses.

## ► Recherche pharmaceutique

39539

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DUFLOS (G.), PFISTER (E.)  
Université de Paris 1 - Panthéon - Sorbonne.  
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.).  
Maison des Sciences Economiques. (M.S.E.).  
Paris. FRA

### ***Searching for Innovations? The Technological Determinants of Acquisitions in the Pharmaceutical Industry.***

*En quête d'innovations ? Les déterminants technologiques des acquisitions dans l'industrie pharmaceutique.*

Paris : Centre d'économie de la Sorbonne : 2008/09 : 47p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/12/11/PDF/Bla08057.pdf>

This article analyzes the individual determinants of acquisition activity and target choices in the pharmaceutical industry over the period 1978-2002. The «innovation gap» hypothesis states that acquiring firms lack promising drug compounds and acquire firms with more promising drug prospects. A duration model implemented over a panel of more than 400 firms relates the probabilities of being a purchaser or a target to financial, R&D and patent data to investigate this explanation more deeply. Results show that purchasers are firms with a lower Tobin's Q and decreasing sales, which

could indicate that acquisitions are used to compensate for low internal growth prospects. Firms with a higher proportion of radical patents in their portfolio, especially in pharmaceutical and biotechnological patent classes, face a higher probability of being targeted, indicating that acquiring firms are indeed searching for innovative competencies. However, acquiring firms also present a significant absorptive capacity : their R&D investment increases in the year preceding the operation and their patent stock is larger and more diversified than for non-acquiring firms. Finally, we observe that over the last ten years of the sample period, firms have paid a greater attention to the size of the target's portfolio.

## TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALE

### ► Aides techniques

38824

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

### ***Rapport sur les apports de la science et de la technologie à la compensation du handicap.***

Rapport; n° 1010

Paris : Assemblée Nationale : 2008 : 241p., ill., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-off/i1010.pdf>

5 000 000 de personnes devraient porter des prothèses auditives, 1,8 million utilisent un fauteuil roulant ... Le vieillissement de la population conduira, en 2040, à une augmentation de 50 % du nombre de personnes âgées dépendantes. Ces chiffres permettent de saisir l'enjeu représenté par les aides techniques au handicap. Aussi, le rapport de Mme Bérengère Poletti, dresse-t'il d'abord un inventaire des perspectives offertes par les progrès scientifiques pour améliorer l'efficacité des aides techniques destinées à compenser les conséquences du handicap. Puis, il expose les obstacles qui entravent la diffusion de ces aides et les moyens d'améliorer une situation qui n'est pas satisfaisante. Il souligne enfin la nécessité de renforcer le volet scientifique et

technologique des politiques publiques mises en oeuvre en faveur des personnes handicapées et de favoriser un plus large accès à l'innovation.

## ► Cartes SESAM Vitale

38825

RAPPORT  
GIE SESAM-Vitale. Le Mans. FRA

### **GIE SESAM-Vitale. Rapport annuel 2007.**

Le Mans : GIE SESAM-Vitale : 2008 : 19p., ill.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.sesam-vitale.fr/gie/pdf/GIESESAMVITALE\\_RapportAnnuel2007.pdf](http://www.sesam-vitale.fr/gie/pdf/GIESESAMVITALE_RapportAnnuel2007.pdf)

L'année 2007 a été marquée par l'évènement majeur du lancement opérationnel de la Vitale 2. En fin d'année, près d'un million de cartes Vitale 2 ont été diffusées. Livré fin 2007, le Portail d'Émission des Cartes constitue le coeur de la coordination entre les organismes d'assurance maladie demandeurs de cartes, le numériseur de photos et les ateliers qui personnalisent les cartes. Cette nouvelle infrastructure va jouer un rôle essentiel dans la gestion du parc de cartes en évitant l'apparition de cartes en surnombre, principalement liée aux transferts d'un régime à un autre. La mise au point d'une solution de sécurisation des télé-services a débouché sur le lancement d'une authentification en ligne des cartes Vitale dans le cadre du service « Historique des Remboursements ». Dans le domaine hospitalier, le GIE SESAM-Vitale a développé un portail sécurisé pour le contrôle en ligne des droits des assurés. Cette solution, expérimentée en 2007 avec quelques établissements, sera généralisée à partir de mi 2008. 2007 aura également été l'année de l'ouverture sur le terrain de nouveaux services souhaités par les fédérations de complémentaires santé avec l'inscription des droits complémentaires dans la carte Vitale et le démarrage de deux expérimentations - la carte DUO FFSA et l'accès des complémentaires aux données de santé « Babusiaux » (les données détaillées de soins figurant dans les Feuilles de Soins Electroniques peuvent désormais être transmises aux complémentaires santé sous forme anonymisée). Enfin, face à l'émergence de nouveaux services en ligne, le GIE a conçu une nouvelle architecture technique du poste de travail du professionnel de santé (les premiers tests ont été concluants).

## ► Dossier médical personnel

37688

RAPPORT  
GAGNEUX (M.)  
COMBLE (P.H.), FOLLIET (A.),  
KERGOMMEAUX (L. de), LIVARTOWSKI (A.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission de Relance du Projet du Dossier Médical Personnel. Paris. FRA

### **Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé.**

Paris : Mission de relance du DMP : 2008/04 : 120p.

Cote Irdes : B6464

[http://www.i-med.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Gagneux\\_11\\_avril\\_2008.pdf](http://www.i-med.fr/IMG/pdf/Rapport_Gagneux_11_avril_2008.pdf)

La mission de relance du projet de DMP a été constituée en décembre 2007 pour établir des propositions sur le cadre stratégique, l'amélioration de la gouvernance et l'organisation de la concertation sur le DMP, après la publication d'un rapport d'audit très sévère sur le pilotage du dispositif. Le rapport s'organise en huit chapitres, abordant les « enjeux stratégiques des systèmes d'information médicale partagée », les principes d'actions de relance du DMP, les concepts de dossier médical, la « valeur d'usage » et les services offerts par le DMP, le consentement du patient, l'architecture du « système DMP », la relance et le déploiement du dispositif et la gouvernance des systèmes d'information de santé. Ce rapport plaide pour une relance rapide du DMP et annonce une feuille de route lisible, afin de répondre aux « attentes fortes » et aux « doutes » des différents acteurs du monde de la santé sur le projet, dont le processus de déploiement, initialement prévu au 1er janvier puis au 1er juillet 2007, avait été suspendu à l'arrivée de Roselyne Bachelot au ministère de la santé en mai 2007.

## ► Innovation technologique

39660

RAPPORT , INTERNET  
LIDDELL (A.) , ADSHEAD (S.), BURGESS (E.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

### **Technology in the NHS : Transforming the patient's experience of care.**

*La technologie au sein du NHS : transformation du vécu du soin par le patient.*

Londres : King's Fund Institute : 2008/10 : 51p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

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

Technology is widely used in many areas of life, and the NHS Next Stage Review highlighted the role that technology can play in improving health outcomes. However, the use of everyday technologies such as email and on-line booking systems is poor in the health service. This report aims to improve the uptake by analysing the main barriers to adoption and suggesting measures to overcome them. It sets out an ideal scenario for the use of health care technology and the potential benefits to patients. Using examples from other sectors, it makes recommendations at national and local level to encourage the use of technology.

## ► Systèmes d'information

39502

RAPPORT , INTERNET  
HILLESTAD (R.), BIGELOW (J.H.),  
CHAUDHRY (B.) , DREYER (P.),  
GREENBERG (M.D.) , MEILI (R.C.),  
RIDGELY (M.S.), ROTHENBERG (J.),  
TAYLOR (R.)  
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

***Identity crisis: An Examination of the Costs and Benefits of a Unique Patient Identifier for the U.S. Health Care System.***

*Crise d'identité : examen des coûts et bénéfices d'un identifiant unique du patient pour le système de santé américain.*

Santa Monica : Rand corporation : 2008 : 71p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND\\_MG753.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND_MG753.pdf)

Correctly linking patients to their health data is a vital step in quality health care. The two primary approaches to this linking are the unique patient identifier (UPI) and statistical matching based on multiple personal attributes, such as name, address, and Social Security number (SSN). Lacking a UPI, most of the U.S. health care system uses statistical matching methods. There are important health, efficiency, security, and safety reasons for moving the country away from the inherent uncertainties

of statistical approaches and toward a UPI for health care. In this monograph, we compare the linking alternatives on the basis of errors, cost, privacy and information security, and political considerations. We also discuss operational efficiency, ease of implementation, and some implications for improved health care.

39792

RAPPORT , INTERNET  
DIXON (A.) / éd.  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Engaging Patients in their Health: How the NHS needs to change.***

*Favoriser l'implication des patients dans la gestion de leur santé : comment doit évoluer le NHS ?*

Londres : King's Fund Institute : 2008/10 : 50p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/engaging\\_patients\\_in.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/engaging_patients_in.html)

If the health of the population is to improve significantly, patients need to be engaged in managing their own health. The increase in availability of information, developments in new technology, and changes in public attitudes mean that patients want to interact differently with health services. These developments present a challenge for the NHS. The King's Fund, with the Leeds Castle Foundation, hosted a summit to explore in more detail the concept of the patient as consumer, the use of technology in health care and how to promote healthy citizenship. This paper includes presentations from experts and summaries of the discussions.

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### ► Canada

38777

RAPPORT  
ROCHELEAU (L.) , VEGIARD (S.) ,  
TREMBLAY (M.E.) , CAMIRAND (J.) , NEILL (G.) , TRAORE (I.)  
TREMBLAY (D.) / dir.  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).  
Direction Santé Québec. Québec. CAN

***Regard croisé sur la satisfaction et les***

**attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007.**

Québec : ISQ : 2008/06 : 122p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, B6533

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/rapp\\_satisf\\_08.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/rapp_satisf_08.pdf)

Cette nouvelle publication, réalisée à partir des données de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, approfondit l'analyse de la satisfaction et aborde la question des attentes en retenant divers critères permettant de définir, du point de vue des usagers, ce qu'est un service de qualité. Rappelons que la population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé et qui ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge, au cours des douze mois précédant l'enquête. Ce troisième rapport de la série consacrée à cette enquête examine, dans un premier temps, la satisfaction des usagers selon les 41 items retenus. Dans un deuxième temps, c'est sous l'angle des attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux que sont examinés ces critères afin de les classer selon leur rang d'importance. L'analyse conjointe de la satisfaction et des attentes des usagers permet, dans un troisième temps, d'établir des priorités d'action en vue d'améliorer la qualité des services offerts à la population (Résumé d'auteur).

38778

RAPPORT

CARDIN (J.F.), TREMBLAY (M.E.), TRAORE (I.)

TREMBLAY (D.) / dir., NEILL (G.) /coor.

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).

Direction Santé Québec. Québec. CAN

**Regard croisé sur la satisfaction et les attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007 : analyse des données régionales. Recueil statistique.**

Québec : ISQ : 2008/06 : 280p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, B6532

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/recueil\\_satisfactionVol2.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/recueil_satisfactionVol2.pdf)

Consacré aux données régionales de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007, ce deuxième recueil statistique dresse d'abord un portrait détaillé de la satisfaction des usagers selon le lieu de consultation de référence. Les attentes des usagers sont ensuite présentées par le truchement d'un classement par ordre d'importance. Enfin, les données relatives à l'analyse conjointe de la satisfaction et des attentes viennent clore la présentation des données régionales. Rappelons que cette enquête, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi que par les Agences de la santé et des services sociaux du Québec, a permis de recueillir le point de vue de 38 000 répondants répartis dans 16 régions socio-sanitaires (Résumé d'auteur).

38779

RAPPORT

NEILL (G.), TREMBLAY (M.E.), VEGIARD (S.), LAVOIE (A.), MOISAN (K.)

TREMBLAY (D.) / dir., NEILL (G.) /coor.

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).

Direction Santé Québec. Québec. CAN

**Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007 : description et méthodologie.**

Québec : ISQ : 2007/12 : 65p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, B6531

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/EnqSatisfactionVol1.pdf>

Pour mieux comprendre les données relatives à la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, cette publication présente les choix et les stratégies méthodologiques retenus pour mener l'enquête. Sont donc abordés : les objectifs de l'enquête, l'élaboration du questionnaire et les approches privilégiées pour mesurer la satisfaction ainsi que les attentes des usagers, la méthodologie statistique retenue (plan de sondage, taille de l'échantillon, sélection des ménages, des individus et du lieu de consultation d'un professionnel de la santé et des services sociaux, régionalisation des grands paramètres de collecte et résultats obtenus) de même que certains éléments relatifs au traitement des données (pondération, effet de plan et précision des estimations) (Résumé d'auteur).

38780

RAPPORT

NEILL (G.), CAMIRAND (J.), BORDELEAU (M.), TRAORE (I.), ROCHELEAU (L.) TREMBLAY (D.) / dir., NEILL (G.) /coor. Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Direction Santé Québec. Québec. CAN

***Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007.***

Québec : ISQ : 2007/12 : 62p., tabl., fig., ann. Cote Irdes : C, B6530

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/EnqSatisfactionVol2.pdf>

L'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec 2006-2007 avait pour objectif principal de dresser un portrait statistique de la satisfaction et des attentes des usagers. La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé et qui ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge, au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette deuxième publication de la série de rapports qui lui sont consacrés se penche sur trois aspects : le profil de consultation des usagers (utilisation mesurée sur une période de douze mois), leur satisfaction globale (mesurée à partir d'une consultation dite de référence) et leur opinion générale du système de santé québécois en 2006-2007. Ces aspects sont mis en relation avec certaines caractéristiques sociodémographiques des usagers ainsi que celles liées à leur santé (Résumé d'auteur).

38781

RAPPORT

CARDIN (J.F.), TRAORE (I.), TREMBLAY (M.E.) TREMBLAY (D.) / dir., NEILL (G.) /coor. Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Direction Santé Québec. Québec. CAN

***Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007. Recueil statistique.***

Québec : ISQ : 2007/12 : 392p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, B6529

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/Rec\\_stat\\_satisf.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/Rec_stat_satisf.pdf)

Publié par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), ce recueil statistique présente des données inédites sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec. Ce sont des données régionales portant sur le profil de consultation, la satisfaction globale et l'opinion générale des usagers qui y sont fournies. Une enquête réalisée en 2006-2007 et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les Agences a permis de recueillir ces données. Les données présentées sont également ventilées selon certaines caractéristiques sociodémographiques ainsi que selon des caractéristiques liées à la santé (Résumé d'auteur).

39604

RAPPORT , INTERNET

SKINNER (B.J.), ROVERE (M.)

The Fraser Institute. Vancouver BC. CAN

***Paying more, getting less 2008 : measuring the sustainability of public health insurance in Canada.***

*Payer plus, obtenir moins en 2008 : mesure de la durabilité de l'assurance maladie publique au Canada.*

Vancouver : The Fraser Institute : 2006/10 : 35p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fraserinstitute.org/commerce.web/product\\_files/PayingMoreGettingLess2008.pdf](http://www.fraserinstitute.org/commerce.web/product_files/PayingMoreGettingLess2008.pdf)

This is the Fraser Institute's fifth annual report on the financial sustainability of health spending by provincial governments in Canada. The report uses a moving 10-year trend analysis to measure sustainability. The report also examines the long-term practicability of attempts by provincial governments to deal with the unsustainable growth in health spending through increased tax burdens and centrally planned rationing. The analysis partially exposes the degree to which Canadians are paying more for government health insurance and getting less in return. The data and analysis in this report indicate that public health insurance, as it is currently structured in Canada, produces rates of growth in government health care spending that are not financially sustainable through public means alone. This



financial crisis is occurring while governments are restricting and reducing the range of benefits covered under publicly funded health insurance. As an alternative to the current approach to health policy, we recommend that governments take a number of actions to ensure that Canadians will not continue paying more and getting less.

39840

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

***Private Health Insurance in Canada.***

*L'assurance maladie privée au Canada.*

Chepa working paper series ; 08-04  
Hamilton : McMaster University : 2008/10 :  
31p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf%2fCHEPA+WP+08-04+Hurley\\_Privins\\_Canada\\_Rd2\\_Oct15\\_fnl\\_WPsub.pdf&tabid=130&mid=450](http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf%2fCHEPA+WP+08-04+Hurley_Privins_Canada_Rd2_Oct15_fnl_WPsub.pdf&tabid=130&mid=450)

This study reviews the role of private health insurance in Canada. It begins with a brief overview of the Canadian health care system; considers the historical path that led to the current role for private health insurance; examines the current market for private health insurance; assesses the evidence for how private insurance contributes to or detracts from health financing goals; and offers some concluding comments on private health insurance in Canada.

## ► États-Unis

37016

RAPPORT, INTERNET  
MCKETHAN (A.), SVELA (T.), JOINES (W.)  
Commonwealth Fund. New York. USA

***What public employee health plans can do to improve health care quality : examples from the States.***

*Les plans de santé publiques destinés aux employés peuvent-ils améliorer la qualité des soins ? Exemples des États fédéraux.*

New York : The Commonwealth Fund :  
2008/01 : 26p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/McKethan\\_whatpublicemployeehealthplanscando\\_1097.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/McKethan_whatpublicemployeehealthplanscando_1097.pdf?section=4039)

In recent years, health system stakeholders have experimented with a wide range of efforts to stimulate quality improvement, often combined with efforts to contain costs. In this report, the authors explore strategies that public and private purchasers are using to improve care quality, focusing specifically on the role that states play as employers providing health benefits for public employees and retirees. Examples of innovations used by state public employee health plans include: promoting provider adherence to clinical guidelines and best practices, publicly disseminating provider performance information, implementing performance-based incentives, developing coordinated care interventions, and taking part in multi-payer quality collaborations. This report can be used by public employee health plans and other large purchasers making strategic decisions about how to develop or coordinate quality improvement initiatives.

38300

OUVRAGE  
Institute of Medicine. (I.O.M.). Washington  
DC. USA  
Commonwealth Fund. New York NY. USA,  
John A. Hartford Foundation. New York NY.  
USA

***Retooling for an Aging America : Building the health care workforce.***

*Réorganiser pour une Amérique vieillissante : reconstruire les ressources humaines dans le domaine de la santé.*

New York : The Commonwealth Fund ; New  
York : Institute of Medicine : 2008 : 312p.,  
tabl., fig.

Cote Irdes : A3773

[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)

Between 2005 and 2030, the number of adults ages 65 and older will almost double—from 37 million to more than 70 million—bringing accelerating demands on the U.S. health care system. Older Americans use considerably more health care services than do younger Americans, and their health care needs are often complex. According to a new report from the Institute of Medicine, *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*, our current health care system is ill-equipped to deal with this pending crisis.

After exploring the demographics, health status, and long-term needs of this population, and the challenges in caring for it, this report makes recommendations in three essential areas: enhancing the competence of all individuals—including professionals, direct-care workers, and informal caregivers—involved in the delivery of geriatric care; increasing the recruitment and retention of geriatric specialists and caregivers; and redesigning models of care and broadening provider and patient roles to achieve greater flexibility

38743

RAPPORT, INTERNET  
SHIH (A.), DAVIS (K.), SCHOENBAUM (S.C.), GAUTHIER (A.), NUZUM (R.), MC CARTHY (M.)  
Commonwealth Fund. New York. USA

***Organizing the U.S. Health care Delivery System for High Performance.***

*Organiser le système des soins américain pour une haute performance.*

New York : The Commonwealth Fund :  
2008/07 : 60p., tabl., graph

Cote Irdes : En ligne

[http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/Shih\\_organizingushlcaredeliverysys\\_1155.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shih_organizingushlcaredeliverysys_1155.pdf?section=4039)

This report from The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System examines fragmentation in our health care delivery system and offers policy recommendations to stimulate greater organization—established mechanisms for working across providers and care settings. Fragmentation fosters frustrating and dangerous patient experiences, especially for patients obtaining care from multiple providers in a variety of settings. It also leads to waste and duplication, hindering providers' ability to deliver high-quality, efficient care. Moreover, our fragmented system rewards high-cost, intensive medical intervention over higher-value primary care, including preventive medicine and the management of chronic illness. The solutions are complex and will require new financial incentives, changes to the regulatory, professional, and educational environments, and support for new infrastructure. But as a nation, we can no longer tolerate the status quo of poor health system performance. Greater organization is a critical step on the path to higher performance.

38863

RAPPORT, INTERNET  
DENAAS-WALT (C.), PROCTOR (B.D.), SMITH (J.C.)  
US Census Bureau. Washington DC. USA

***Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007.***

*Revenu, pauvreté et couverture maladie aux Etats-Unis en 2007.*

Current Population Reports ; P60-235.

Washington : U.S. Government Printing Office : 2008/08 : 84p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>

Real median household income in the United States climbed 1.3 percent between 2006 and 2007, reaching \$50,233, according to a report released today by the U.S. Census Bureau. This is the third annual increase in real median household income. Meanwhile, the nation's official poverty rate in 2007 was 12.5 percent, not statistically different from 2006. There were 37.3 million people in poverty in 2007, up from 36.5 million in 2006. The number of people without health insurance coverage declined from 47 million (15.8 percent) in 2006 to 45.7 million (15.3 percent) in 2007. These findings are contained in the report *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*. The data were compiled from information collected in the 2008 Current Population Survey (CPS) Annual Social and Economic Supplement (ASEC). Also released today were income, poverty and earnings data from the 2007 American Community Survey (ACS) for all states and congressional districts, as well as for metropolitan areas, counties, cities and American Indian/Alaska Native areas of 65,000 population or more.

39839

RAPPORT, INTERNET  
AXEEN (S.), CARPENTER (E.)  
New America Foundation. Washington DC. USA

***The cost of doing nothing. Why the cost of failing to fix our health system is greater than the cost of reform.***

*Le coût de l'inaction. Pourquoi laisser notre système de santé en l'état coûte plus cher que de le réformer.*

Washington DC : New America Foundation :  
2008 : 123p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6614

<http://www.newamerica.net/files/NAFCostofDoingNothing.pdf>

The U.S. health care system is in crisis. Health care costs too much; we often get too little in exchange for our health care dollar; and tens of millions of Americans are uninsured. Our economy loses hundreds of billions of dollars every year because of the diminished health and shorter lifespan of the uninsured. Rising health care costs undermine the ability of U.S. firms to compete internationally, threaten the stability of American jobs, and place increasing strain on local, state, and federal budgets. As health care costs continue to rise faster than wages, health insurance becomes more and more unaffordable for more and more American families every day. Yet, the recent financial services meltdown has led some people to suggest that we cannot afford health reform and that fixing our broken health care system will have to wait once again. But waiting comes with a price. The crisis worsens every day that we do not act. Premiums will continue to rise; Americans will continue to pay more for less-generous health coverage; and fewer employers will offer health insurance to their workers. We must reform our struggling health system not in spite of our economic crisis, but rather because of the impact health care has on the American economy. The economic and social impact of inaction is high and it will only rise over time (tiré de l'introduction).

## ► Monde

39549

RAPPORT

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

***The world health report 2008 : primary healthcare now more than ever.***

*Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires maintenant plus que jamais.*

Genève : OMS : 2008 : 119p., fig., tabl., index  
Cote Irdes : A3795

<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise un retour aux soins de santé primaires pour lutter contre les inégalités de santé dans le monde. Les inégalités en matière de résultats sanitaires et d'accès aux soins s'accroissent : les différences d'espérance de vie entre les pays les plus riches et les pays

les plus pauvres dépassent désormais 40 ans. L'OMS souligne les défaillances des systèmes de santé qui, de plus en plus fragmentés, s'orientent d'une priorité à court terme à une autre. L'OMS déplore que le domaine de la prévention soit négligé alors qu'une amélioration des mesures préventives permettrait de réduire la charge mondiale de morbidité de près de 70%.

## ► Nouvelle Zélande

39085

RAPPORT

The Workforce Taskforce. s.l. NZL  
Ministry of Health. Wellington. NZL

***Working Together for Better Primary Health Care. Overcoming barriers to workforce change and innovation. Report to the Minister of Health from the Workforce Taskforce.***

*Collaborer pour de meilleurs soins primaires. Surmonter les obstacles au changement et à l'innovation des personnels. Rapport du groupe de travail sur la main-d'œuvre au ministre de la santé.*

Wellington : Ministry of Health : 37p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8299/\\$File/better-primary-healthcare.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8299/$File/better-primary-healthcare.pdf)

Ce rapport du groupe de travail sur la main-d'œuvre mandaté par le ministère de la santé en Nouvelle-Zélande présente les résultats et certaines recommandations qui visent à surmonter les obstacles au changement et à l'innovation dans les soins de santé primaires en Nouvelle-Zélande. Le groupe de travail a identifié les cinq obstacles suivants : le modèle de financement, la structure organisationnelle, la formation, l'amélioration de la qualité et l'évaluation.

## ► Pays-Bas

37865

OUVRAGE , INTERNET

BEKKER (M.P.M.)

Erasmus University Rotterdam. Departement of Health Policy and Management.  
Rotterdam. NLD

***The Politics of Healthy Policies. Redesigning health impact assessment to integrate health in public policy.***

*Redéfinir l'évaluation des décisions politiques sur la santé pour intégrer la santé dans les politiques publiques*

Rotterdam : Erasmus University Rotterdam : 2008 : 239p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/10491/070912\\_Bekker%2C%20Marleen%20Petra%20Maria.pdf](http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/10491/070912_Bekker%2C%20Marleen%20Petra%20Maria.pdf)

Public health issues, such as obesity, lung disease from air pollution or mental health complaints from living in an unsafe neighbourhood, are complex, intractable policy problems. The causes are dispersed at the individual and the collective level among different societal sectors. One strategy to integrate health in other sectors policies for developing effective and cooperative policy solutions is to provide evidence in a Health Impact Assessment (HIA) from proposed policies and project plans. In 15 years of practising HIA, policymakers and academics nevertheless express concern about its effectiveness. In *The Politics of Healthy Policies* a conceptual and empirical analysis is presented of the role of HIA in policy development. From a governance perspective the author identifies different purposes of HIA for indicating societal problems and democratic deficits. These suggest that a technical design of HIA to assess causes and effects insufficiently addresses the political and normative issues of collaborative policymaking without institutional requirements or incentives. Four case studies are analysed of Dutch HIA practices at the national and local policy level, including a game simulation of health advocacy without HIA. The outcomes suggest that a re-orientation on HIA is necessary in order to mobilise other sectors to prevent or mitigate public health problems. The author proposes an interaction-oriented, reflective design and a new definition of HIA. The book is especially relevant to HIA practitioners and health policy-makers at different governmental levels. Many of the implications are highly relevant to other forms of impact assessment as well.

39783

RAPPORT, INTERNET  
WESTERT (G.P.) / éd. , VERKLEIJ (H.) / éd. ,  
VAN DER BERG (J.) / éd.

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

***Dutch Health care performance report 2008.***  
*Performance du système de soins hollandais.*  
*Rapport 2008.*

Bilthoven : National Institute for Public Health

and the Environment. : 2008 : 238p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_binary/o6118\\_Dutch%20Healthcare%20Performance%20Report%202008.pdf](http://www.rivm.nl/vtv/object_binary/o6118_Dutch%20Healthcare%20Performance%20Report%202008.pdf)

This is the second national report on the performance of the Dutch health care system. Its focus is on quality, access and costs in 2006/7. The Dutch Health Care Performance Report presents a broad picture based on 110 indicators. Where possible, comparisons in time and between countries are presented. Dutch health care is accessible, cost increases are average, but further improvements in quality can be made The Netherlands has an accessible health care system. Since 2004, health care expenditure has risen annually by 5%. This rate of growth is comparable to that of neighbouring countries. Although for many aspects of care the quality is high, the Netherlands does not excel at an international level. The general public and care users are positive about the care provided, but there are differences between the various types of care. One concern is the availability of nursing and care personnel. Coordination and cooperation in health care and patient safety score relatively low. The efficiency of health care in the Netherlands is not optimal. Quality is not a driving force in the health care market.

## ► Russie

38864

RAPPORT , INTERNET  
MARQUEZ (P.V.)  
World Bank. Europe and Central Asia  
Region- Human Development Department

***Public Spending in Russia for Health Care: Issues and Options***

*Dépenses publiques de santé en Russie : problèmes et options.*

Washington : Banque mondiale : 2008 : 32p.  
Cote Irdes : En ligne

<http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/PublicSpendingInRussiaforHealthCare.pdf>

This report examines three critically important areas to inform discussions on the appropriate level of health care spending in the Russian Federation : First, The efficiency of spending on health care services : What is the relationship between Inputs and outputs in the Russian Federation? Does the Russian Federation achieve value In health care spending

compared to members of the European Union (EU) and/or the G-8 group of countries? What factors can reduce efficiency in the Russian Federation and how can they be minimized? Secondly, the distributional impacts of spending on health care services. How are resources distributed across the regions and how are resources allocated by income. What can be done to minimize the disparities across the regions and by income? At last, The key factors that will influence the growth in health care spending over the next 20 years. How can the Russian Federation sustain economic growth in an environment when the working age population is shrinking and the population over age 65 is increasing? This analysis draws on routinely collected regional and federal data and as discussed below is limited in scope by the relative absence of routinely or specifically collected data on the outcomes and outputs of the health care systems in Russia.

## ► Royaume-Uni

39032

DOCUMENT DE TRAVAIL  
GODDARD (M.K.)

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

### **Quality in and equality of access to healthcare services in England.**

*Qualité et égalité d'accès aux services de soins en Angleterre.*

CHE Research Papers Series; 40

York : University of York : 2008/08 : 62p., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp40.pdf>

The purpose of this report is to identify and analyze barriers to access to health care services which are faced by vulnerable groups in society, and especially those most exposed to social exclusion. In addition, the report reviews the policy initiatives aimed at improving access and equity of access, highlighting the features that appear to be most promising in achieving these aims. This report addresses only the specific aims of the project brief and therefore does not cover the full range of issues related to access and quality. The structure of the report follows the common template used by all countries. After identifying and discussing the research evidence on access barriers in section 2, the report addresses in Section 3 the specific situation of three vulnerable groups: (a) migrants, asylum seekers and illegal entrants; (b) older people and (c)

people with mental health disorders. Section 4 presents a detailed case study on access to mainstream healthcare services by people with mental health problems.

39791

RAPPORT , INTERNET

CURRY (N.) , GOODWIN (N.) , NAYLOR (C.) , ROBERTSON (R.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

### **Practice-based commissioning. Reinvalidate, replace or abandon?**

*Le principe d'achat de soins par le généraliste. Faut-il le réviser, le remplacer ou l'abandonner ?*

Londres : King's Fund Institute : 2008/11 : 70p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

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

Practice-based commissioning (PBC) is one of the cornerstones of health policy reform, but has it delivered its intended benefits? Its objectives were to encourage clinical engagement in service redesign and development, improve services for patients and make better use of resources. Through in-depth interviews with GPs, hospital and primary care trust staff in four sites, this report assesses the progress of PBC and identifies the barriers that are limiting success. Using the evidence from the four case studies and from previous research, it suggests ways forward for policy-makers.

39855

DOCUMENT DE TRAVAIL

CASTELLI (A.), LAUDICELLA (M.), STREET (A.)

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

### **Measuring NHS output growth.**

*Mesurer la croissance du rendement du NHS.*

CHE Research Paper Series ; 43

York : University of York : 2008/10 : 61p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp43.pdf>

We report estimates of output for the National Health Service in England over the period 2003/4 to 2006/7. Our input index is virtually comprehensive, capturing as far as possible all the activities undertaken for NHS patients

by both NHS and non-NHS providers across all care setting. We assess the quality of output by measuring the waiting times and survival status of every single patient treated in hospital, and we allow for improved disease management in primary care. We propose and apply a method that avoids the traditional requirement for consistent definition of output categories over time in construction of output indices. Use of our approach is critical : it would be not otherwise possible to calculate output growth for the NHS over the years we consider in any meaningful way. After correcting for significant improvements in data collection in the early period, output growth for the NHS between 2003/4 to 2006/7 averages 5,1 % per year of which 1 % is due to improvements in the quality of care.

## ► Suède

37296

RAPPORT , INTERNET

Swedish Association of Local Authorities and Regions. (S.A.L.A.R). Stockholm. SWE, Swedish National Board of Health and Welfare. (N.B.H.W.). Stockholm. SWE

### **Quality and Efficiency in Swedish Health Care. Regional Comparisons 2007.**

*Qualité et efficacité du système de santé suédois. Comparaisons régionales 2007.*

Stockholm : Swedish National Board of Health and Welfare : 2008 : 186p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/1482B3AF-ED64-4B31-983F-7788AC43D020/10176/20081313.pdf>

The series compares healthcare quality and efficiency in the 21 Swedish county councils and healthcare regions by using a set of national performance indicators. The purpose of publishing comparative data about healthcare performance is twofold. First, the comparisons are a way of informing and stimulating public debate on healthcare quality and efficiency. The public, as both patients and citizens, has a right to know about the results of the healthcare services that are available to it. The second purpose is to stimulate and support local and regional efforts to improve healthcare services in terms of clinical quality and medical outcomes, as well as patient experience and efficient resource use. In county councils and healthcare regions, political representatives, managers and staff of primary care clinics and hospitals can use the comparisons to locate

and pinpoint the strengths and weaknesses of their healthcare systems. Comparisons are a powerful way of driving performance improvement.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

### ► Analyses économiques

37057

RAPPORT

MANSELL (J.) , KNAPP (M.) , BEADLE-BROWN (J.) , BEECHAM (J.)

Commission des Communautés

Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL ,

University of Kent. Tizard Centre. Canterbury. GBR

### **Deinstitutionalisation and community living - outcomes and costs : report of a european study. Volumes 1-2-3**

*Désinstitutionalisation et vie en communauté - Résultats et coûts : rapport d'une étude européenne. Volumes 1-2-3.*

Canterbury : Tizard Centre : 2007 : 3 vol. (14 ; 133 ; 599p.)

Cote Irdes : B6391/1-2-3

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/index/vol1\\_summary\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/index/vol1_summary_final_en.pdf)

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/index/vol2\\_web\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/index/vol2_web_report_en.pdf)

This project aimed to bring together the available information on the number of disabled people living in residential institutions in 28 European countries, and to identify successful strategies for replacing institutions with community-based services, paying particular attention to economic issues in the transition.

38674

RAPPORT , INTERNET

Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (I.Q.W.I.G.). Cologne. DEU

### **Methods for Assessment of the Relation of Benefits to Costs in the German Statutory Health Care System.**

*Méthodes pour évaluer la relation coût/bénéfice dans le régime obligatoire de l'assurance maladie allemande.*

Cologne : Institute for Quality and Efficiency in Health Care : 2008 : 69p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.iqwig.de/download/08-01-24\\_Methods\\_of\\_the\\_Relation\\_of\\_Benefits\\_to\\_Costs\\_Version\\_1\\_0.pdf](http://www.iqwig.de/download/08-01-24_Methods_of_the_Relation_of_Benefits_to_Costs_Version_1_0.pdf)

Every policy decision on resource use should be preceded by a comprehensive, scientific evaluation of the relevant facts regarding how valuable the health benefits are and the costs. Although these sound and consistent evaluations of all relevant data are essential prerequisites to inform policy decisions, they cannot replace the decision making process. To ensure consistency and transparency, there must be a formal basis for economic evaluations. This formal basis provides the analytic framework that all assessments are to use for structuring the information and guiding the reimbursement decisions. Thus, it must be sufficiently general that it can handle all potential subjects of an evaluation and it must encompass all of the required elements in a clear, systematic way. The framework must also be feasible to implement with a reasonable investment in effort and time and it should fit well within the local context as specified by the law and regulations. This document is divided into three sections beyond this Introduction. The Basis for Economic Evaluations describes the framework for the assessments and the guidance it provides to decision makers. In the section on Estimation of Costs, the recommendations for calculating this component of the evaluation are presented. Finally, the section on Budget Impact Analysis provides the approach to estimating the economic consequences of reimbursing new health technologies.

## ► Programmes de santé

36609

RAPPORT  
BECKMAN (H.B.) , MAHONEY (M.) , GREEN (R.A.)  
Commonwealth Fund. New York. USA

### ***Current approaches to improving the value of care : a physician perspective.***

*Approches visant à améliorer la valeur des soins du point de vue du soignant.*

New York : The Commonwealth Fund :  
2007/11 : 36p.

Cote Irdes : B6284

Payers are seeking new ways to bring rapidly increasing health care costs under control. In the past five years, health plans have implemented a variety of programs, the most visible of which have been pay-for-performance, public reporting (PR), consumer-directed health

plans (CDHP), and tiering. This paper reviews the emerging concerns about measurement programs generally and specific assessments of the above four types in particular. The authors express considerable concern about the utility of programs focused on judgment (PR, CDHP, and tiering). As an alternative, they encourage the use of programs focused on quality improvement. Judgment-based programs undermine collaboration among stakeholders, making it more difficult to implement the system-wide changes that are needed to significantly improve the value of care. Quality-improvement approaches, tied to incentives and accountability, offer a more constructive model for an effective and efficient health care system.

## ► Qualité des soins

37856

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

### ***Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques.***

Saint Denis : Haute Autorité de santé :  
2007/06 : 55p., ann

Cote Irdes : En ligne

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval\\_interventions\\_ameliorer\\_pratiques\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf)

Ce guide méthodologique vise à présenter les différentes caractéristiques méthodologiques d'une étude d'intervention destinée à améliorer la qualité des soins, et les différentes étapes de sa réalisation. Il vise à soutenir le développement actuel de la recherche sur les systèmes de santé, soutenue notamment par les appels à projets de recherche de la Has, de la Cnamts, de la Dhos (appel à projet PrE-QHos). Il est une aide aux décideurs et professionnels de santé appelés à expertiser les projets de recherche portant sur une évaluation d'intervention. Ce guide constitue également un document de référence pour la lecture critique utile aux professionnels de terrain. Il fait cependant référence à des concepts, méthodes et outils complexes qui ne sont pas développés, et qui peuvent nécessiter l'aide de méthodologistes.

## ► Recherches publiques

40158

RAPPORT , INTERNET

Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. (A.E.R.E.S.). Paris. FRA

**Rapport du comité international d'évaluation de l'INSERM : Améliorer l'avenir de la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé en France.**

Paris : AERES : 2008/11 : 33+33p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.aeres-evaluation.fr/IMG/pdf/AERES-S1-INSERM2008.pdf>

Ce rapport présente les observations et les recommandations d'un comité international d'évaluation chargé par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Aeres) d'évaluer l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) dans trois domaines : 1) son organisation interne et son fonctionnement ; 2) son rôle de coordination et ses interactions avec les nombreuses entités impliquées dans la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé en France ; 3) la structure et la fonction globales du système français de recherche dans ce domaine. Le comité n'était pas chargé d'analyser la qualité des programmes de recherche spécifiques de l'Inserm. Dans ce cadre, le comité d'experts présidé par Elias A. Zerhouni, docteur en médecine et directeur des Instituts nationaux de la santé des États-Unis d'Amérique (National Institutes of Health of the United States of America) (voir l'annexe A pour une liste complète des membres) a étudié, préalablement à la visite sur place, un ensemble de documents préparés par l'Inserm et l'Aeres, ainsi que d'autres rapports liés aux sciences de la vie en France. Le comité s'est réuni à Paris du 14 au 18 septembre 2008. À cette occasion, le comité a rencontré la direction de l'Inserm, ainsi que certains directeurs d'unités et plusieurs personnalités scientifiques de l'Inserm. Le comité a également auditionné les dirigeants de tous les organismes de recherche concernés dans le domaine des sciences du vivant, ainsi que les ministres de la recherche et de la santé.

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

### ► Enquêtes santé

38858

RAPPORT , INTERNET

BORSCH-SUPAN (A.) , HANK (K.) , JURGES (H.) , SCHRODER (M.)

Mannheim Research Institute for the Economic of Aging. (M.E.A.). Mannheim. GER

**Longitudinal Data Collection in Continental Europe: Experiences from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).**

*Recueil de données longitudinales en Europe continentale : expériences issues de l'enquête sur l'état de santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).*

Mannheim Economics Department  
Discussion Papers ; 162-2008

Mannheim : MEA : 2008 : 17p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.mea.uni-mannheim.de/mea\\_neu/pages/files/nopage\\_pubs/jp6gryez9y5b133g\\_162-8.pdf](http://www.mea.uni-mannheim.de/mea_neu/pages/files/nopage_pubs/jp6gryez9y5b133g_162-8.pdf)

This chapter focuses on methodological issues of SHARE. It begins with a historical of the SHARE baseline wave, focussing on efforts made to ascertain cross-national comparability. We then describe the longitudinal experiences from the survey's second round followed by an overview of the preparations for collecting life-histories in wave 3. The final section conclude with an outlook on the future of SHARE.

### ► Management de la valeur

39096

DIPLOMES

CIWYE (C.J.)

THUILLIER (J.L.)

Institut Supérieur de Management par la Qualité. (I.S.M.Q.). Talence. FRA

**Le management par la valeur : un outil de gouvernance pour le système de santé bucco-dentaire français.**

Thèse professionnelle : Mastère spécialisé en management par la qualité - Option Santé et Prévention des Risques ; Institut supérieur de management par la qualité.

Talence : Institut supérieur du management par la qualité : 2008/07 : 98p.



Cote Irdes : En ligne

L'objectif de cette thèse est d'aborder le système de santé bucco-dentaire français sous l'éclairage du management par la valeur pour le décrire et concevoir le système souhaité par ses quatre acteurs ( l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire, les chirurgiens-dentistes, les patients – usagers de santé ) de façon consensuelle. La méthode utilisée est une des méthodes du management par la valeur : l'analyse par la valeur, en réalisant l'analyse fonctionnelle externe pour définir quelles sont les interactions entre les milieux externes au système, l'analyse fonctionnelle interne pour réaliser la cartographie des processus du système, et la méthode des Abaques de Régnier pour définir les éléments de conception et de pilotage du système souhaité. Le recensement, la caractérisation, l'ordonnancement et la hiérarchisation des actions à mener pour passer du système de santé bucco-dentaire actuel au système souhaité par l'ensemble des acteurs constitue un outil de gouvernance de ce système. Le pilotage ainsi identifié se réalise selon les trois axes du management par la valeur : - Valeur d'échange - recherche de quantification, point d'entrée des discussions ; - Valeur d'estime: évolution et intégration de la qualité dans l'organisation, liée à des choix politiques ; - Valeur d'usage : souci de normalisation, actions à mettre en place sur le terrain. Le pilotage des trois valeurs se fera simultanément en déterminant où sont les moteurs et les freins des actions au niveau politique.

## ► Méthodes statistiques

38859

OUVRAGE  
DUPAYS (S.)

**Déchiffrer les statistiques économiques et sociales.**

Paris : Dunod : 2008 : 152p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3756

<http://www.dunod.com/pages/ouvrages/ficheouvrage.asp?id=51584>

Les statistiques sont omniprésentes (dans les études, les journaux...). Il est indispensable à tout étudiant qui souhaite comprendre le monde dans lequel il vit d'apprivoiser tous ces chiffres. L'objectif de ce livre est de mettre à la portée de tous les connaissances de base nécessaires pour comprendre les statistiques, se faire une opinion sur leur sens, leur pertinence, leur fiabilité... et leurs limites. Ce livre

propose une analyse des chiffres qui font débat, un mode d'emploi des statistiques accessible à tous, une information claire et précise sur la manière dont sont construites les statistiques.

## ► Sondages

39012

OUVRAGE , DOCUMENT PEDAGOGIQUE  
GUILBERT (P.) / dir., HAZIZA (D.) / dir., RUIZ-GAZEN (A.) / dir., TILLIE (Y.) / dir.

**Méthodes de sondage.**

Paris : Dunod : 2008 : 380p., tab., graph.

Cote Irdes : A3759

Depuis quelques années, les enquêtes par sondage ont pris de l'ampleur, les méthodes n'ont cessé de se perfectionner. Cet ouvrage présente les développements les plus récents de la théorie de l'échantillonnage et de l'estimation en populations finies, notamment dans le cas d'études répétées dans le temps. Trois domaines sont particulièrement explorés : les enquêtes électorales, les enquêtes dans le domaine de la santé et les enquêtes dans les pays en développement.

## ► Systèmes d'information

38995

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
GARCIA ARMESTO (S.) , MEIDEROS (H.), WEI (L.)

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

**Information availability for measuring and comparing quality of mental health care across OECD countries.**

*Disponibilité de l'information pour mesurer et comparer la qualité des soins de santé mentale dans les pays de l'OCDE.*

OECD Health Technical Papers ; 20

Paris : OCDE : 2008 : 65p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6567

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/47/41243838.pdf>

Ce document présente un panorama des systèmes d'information sur les soins de santé mentale en place dans 18 pays de l'OCDE avec pour objectif d'examiner les possibilités de mesure de la qualité de ces soins et d'iden-

tifier des indicateurs qui pourraient être inclus dans la batterie d'indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) de l'Organisation. Pour étayer cette analyse, une enquête a été effectuée. Le questionnaire s'efforçait de recueillir des informations sur trois domaines d'intérêt permettant de décrire les systèmes nationaux d'information liés aux services de santé mentale : types de données sur la santé mentale disponibles au niveau du système ; sources de données disponibles au niveau national ; modalités institutionnelles régissant la propriété et l'utilisation du système d'information. Une section supplémentaire a été ajoutée pour évaluer les possibilités d'amélioration de la disponibilité des indicateurs recommandés dans le Rapport technique sur la santé n° 17 de l'OCDE.

## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

### D Population active

38744

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BLANCHET (D.), TOUTLEMONDE (F.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction  
des Etudes et Synthèses Economiques.  
Paris. FRA

#### ***Évolutions démographiques et déformation du cycle de la vie active : quelles relations ?***

Document de travail ; G2008/05

Paris : INSEE : 2008 : 35p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/  
docs\\_doc\\_travail/G2008-05.pdf](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2008-05.pdf)

Les évolutions historiques du cycle de la vie active ne se conforment pas à un modèle simple d'équirépartition des gains d'espérance de vie entre formation, travail et loisir. On a au contraire assisté à une contraction quasi-généralisée de la part du cycle de vie consacrée au travail. La raison principale d'une telle déviation est le fait que ce cycle de vie se déforme en fonction d'autres facteurs : productivité, évolution des préférences, conditions d'accumulation et de dépréciation du capital humain. On explore l'articulation de ces différents facteurs dans un modèle d'optimisation sur cycle de vie en temps continu qui permet un traitement réaliste de la structure démographique. Les principaux motifs de contraction du cycle de vie active sont la hausse de la productivité

et la dépréciation du capital humain. On montre que le scénario d'égal partage suppose une évolution des normes de consommation parallèle à celle de la productivité, et un ralentissement de la dépréciation du capital humain cohérent avec le rythme d'allongement de la durée de vie.

### D Projections

38745

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
BLANCHET (D.), LE GALLO (F.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction  
des Etudes et Synthèses Economiques.  
Paris. FRA

#### ***Les projections démographiques : principaux mécanismes et retour sur l'expérience française.***

Document de travail ; G2008/04

Paris : INSEE : 2008 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/  
docs\\_doc\\_travail/G2008-04.pdf](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2008-04.pdf)

Les projections démographiques sont en général considérées comme plus fiables que la majorité des autres types de prévision. Pour autant, leur pertinence reste parfois mise en doute, surtout lorsqu'elles font l'objet de révisions importantes, comme cela a été le cas pour les projections publiées par l'INSEE en 2006. Le but de ce travail est de revenir sur la portée et les limites de ces projections. On revient d'abord sur la méthodologie et sur quelques résultats élémentaires de dynamique des populations, en mettant l'accent sur la façon dont les hypothèses de fécondité et de solde migratoire co-déterminent le taux de croissance démographique à long-terme. Puis on utilise l'expérience rétrospective des projections conduites depuis 1964 pour identifier où sont les principaux points de fragilité des projections mais aussi où réside leur robustesse. Cet examen rétrospectif fait apparaître des révisions importantes quant à la dynamique de la population totale ou de la population d'âge actif, mais sans remise en cause de la tendance au vieillissement. On explique ce résultat en mettant en avant une notion de vieillissement tendanciel découlant de la seule hausse de l'espérance de vie. Les variations de la fécondité ou du solde migratoire se traduisent par des écarts à ce vieillissement tendanciel qui, dans le cas de la France, restent de deuxième ordre et plus ou moins temporaires. On conclut en soulignant que l'incertitude

qui affecte les projections n'interdit en rien de les mobiliser pour la prise de décision. La décision dans l'incertain est le lot commun de la plupart des problèmes de choix collectifs ou individuels. Il faut simplement prévoir des procédures d'ajustement appropriées permettant de s'adapter aux révisions qu'implique cette incertitude.

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE

### ► Coopération internationale

38325

OUVRAGE  
SACHS (J.D.)

***Common wealth. Economics for a crowded planet.***

New York : The Penguin Press : 2008 : 386p., tabl., fig., index

Cote Irdes : A3737

The global economic system now faces a sustainability crisis, Jeffrey Sachs argues, that will overturn many of our basic assumptions about economic life. The changes will be deeper than a rebalancing of economics and politics among different parts of the world; the very idea of competing nation-states scrambling for power, resources, and markets will, in some crucial respects, become passé. The only question is how bad it will have to get before we face the unavoidable. We will have to learn on a global scale some of the hard lessons that successful societies have gradually and grudgingly learned within national borders: that there must be common ground between rich and poor, among competing ethnic groups, and between society and nature. The central theme of Jeffrey Sachs's new book is that we need a new economic paradigm-global, inclusive, cooperative, environmentally aware, science based- because we are running up against the realities of a crowded planet. The alternative is a worldwide economic collapse of unprecedented severity. Prosperity will have to be sustained through more cooperative processes, relying as much on public policy as on market forces to spread technology, address the needs of the poor, and to husband threatened resources of water, air, energy, land, and biodiversity. The «soft issues» of the environment, public health, and population will become the hard issues of geopolitics. New forms of global politics will in important ways

replace capital-city-dominated national diplomacy and intrigue. National governments, even the United States, will become much weaker actors as scientific networks and socially responsible investors and foundations become the more powerful actors. If we do the right things, there is room for all on the planet. We can achieve the four key goals of a global society: prosperity for all, the end of extreme poverty, stabilization of the global population, and environmental sustainability. These are not utopian goals or pipe dreams, yet they are far from automatic. Indeed, we are not on a successful trajectory now to achieve these goals. Common Wealth points the way to the course correction we must embrace for the sake of our common future.

### ► Professions libérales

37047

FASCICULE  
Observatoire National des Entreprises de Professions Libérales. (O.N.E.P.L.). Paris. FRA

***Enquête socio-économique sur les professions libérales.***

Paris : UNAPL : 2007/05/25 : 59p.

Cote Irdes : B6390

[http://www.unapl.org/pdf/Enquete\\_complete.pdf](http://www.unapl.org/pdf/Enquete_complete.pdf)

L'Observatoire national des entreprises de professions libérales (ONE-PL) a lancé, en partenariat avec la conférence des Associations régionales agréées professions libérales (ARAPL), sous l'égide de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL), une enquête nationale pour explorer les perspectives d'emploi qu'offre le secteur socio-économique des entreprises de professions libérales. L'enquête a débuté en juin 2006, par un questionnaire adressé à l'ensemble des professionnels libéraux, membres des ARAPL. Les résultats, résumés dans ce document, permettent de mieux identifier socio économiquement les entreprises de profession libérale et les conditions d'exercice de ces professionnels.

## ► Services à la personne

39116

RAPPORT, INTERNET  
DEBONNEUIL (M.)  
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.).  
Paris. FRA

### **Les services à la personne : bilans et perspectives.**

Paris : la Documentation française : 2008/09 : 109p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000595/0000.pdf>

Ce document d'orientation a été réalisé à la demande de Christine Lagarde, ministre de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi. Il réalise en premier lieu un bilan physique et financier du développement des services à la personne en France. Il considère que le plan mis en œuvre en 2005 a porté ses fruits et amorcé une nouvelle dynamique de long terme dans ce secteur créateur de nombreux emplois. Il propose aussi plusieurs dispositifs susceptibles de compléter et d'accélérer les mutations en cours dans les services à la personne. Il s'agirait en premier lieu de créer un Compte Service Universel, de coordonner les offres de formation professionnelle disponibles pour les salariés du secteur, notamment pour les salariés à temps partiel, et de développer l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans la fourniture de ces services.

## DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

## ► Dictionnaires

37490

REPertoire  
CLEMENT (J.M.)

### **Dictionnaire des principaux sigles du droit et de l'administration hospitalière - 4e édition revue et mise à jour.**

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2008/02 : 290p., index

Cote Irdes : Ub347 (2008)

Le vocabulaire de la langue hospitalière devient chaque jour plus technique, au point que, quittant la France pendant quelques mois, ceux qui y reviennent ne comprennent plus

certaines propos tant ils sont émaillés de nouveaux sigles. Cette quatrième édition actualisée du dictionnaire, enrichie par de nouvelles définitions, propose une liste d'abréviations se rapportant au domaine hospitalier classées par ordre alphabétique. Chaque sigle est développé, suivi de son historique, d'une définition avec des renseignements détaillés.

## ► Documentalistes

39632

OUVRAGE  
ACCART (J.P.), RETHY (M.P.)

### **Le métier de documentaliste.**

Paris : Editions du cercle de la Librairie : 2008 : 463p.

Cote Irdes : c, Ue560

## ► Internet

36605

RAPPORT  
RENAHY (E.), PARIZOT (I.), LESIEUR (S.), CHAUVIN (P.)  
Institut National de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

### **WHIST. Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur internet.**

Paris : INSERM : 2007 : 20p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6282

[http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/rapports/att00003484/enquete\\_whist\\_2007.pdf](http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/rapports/att00003484/enquete_whist_2007.pdf)

Ce rapport présente les résultats d'une enquête plus approfondie portant spécifiquement sur la question des usages d'Internet pour la recherche d'information de santé. A partir d'un questionnaire détaillé, diffusé sur Internet, il décrit finement ces usages et mesure leur impact en terme de santé publique. La problématique générale des travaux de recherche de l'équipe Inserm qui l'a réalisé est de comprendre dans quelle mesure Internet participe, ou non, aux disparités sociales de santé et de recours aux soins. Plus particulièrement, l'objectif de cette étude était de décrire la stratification sociale de l'usage d'Internet pour la recherche d'information en santé et ses conséquences (perçues par les internautes) sur la gestion de la santé et le recours aux soins. L'enquête s'est attachée à étudier de manière conjointe différentes dimensions : statut socio-économique, situation géographique, situation sanitaire,

## ► Revue de la littérature

39537

DOSSIER DOCUMENTAIRE, INTERNET  
Comité Départemental d'Education pour la Santé de l'Aude. (C.O.D.E.S.). Carcassonne. FRA

### **Handicap mental et santé : bibliographie et ressources documentaires.**

Carcassonne : CODES : 2008 : 37p.

Cote Irdes : En ligne

<http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/40/54/12/biblio-handicap.pdf>

Ce document a été réalisé à l'occasion de la journée départementale de prévention sur le « Handicap mental » du 23 octobre 2008, à l'initiative du Comité Départemental d'Education pour la santé de l'Aude (Codes11) et financée par l'INPES. Il a pour but de fournir aux participants de cette journée des références documentaires traitant de cette thématique. Ce document est structuré en trois parties. La première partie présente, de manière détaillée, les références bibliographiques disponibles au Codes11. La deuxième partie fournit, de manière beaucoup plus succincte, des références de documents présents dans la base de données BIB-BOP, base documentaire des Comités du Languedoc-Roussillon, Paca, Champagne-Ardenne et Franche-Comté. Elle permet de donner un aperçu plus vaste de ce qui existe, donne des idées d'acquisition et certains documents proposés sont disponibles au téléchargement sur Internet. La troisième partie propose aussi un aperçu plus vaste des documents existant sur la thématique « handicap mental », donne des idées d'acquisition et les documents suivis de sont disponibles au téléchargement sur Internet. La quatrième partie fournit des références de sites Internet.

## ► Droits du malade

37488

OUVRAGE  
LEGROS (B.)

### **Le droit de la mort dans les établissements de santé.**

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2008/02 : 395p.

Cote Irdes : A3692

Les établissements de santé privés et publics sont devenus dans notre société les principaux lieux où l'être humain décède, qu'il ait eu ou non la personnalité juridique. Quels sont les droits des mourants et de leurs familles dans ces structures lors des derniers instants ? Comment la mort est-elle constatée et par qui ? La mort est en effet le constat indispensable avant toute atteinte corporelle envisagée : legs du corps à la science, prélèvements post mortem à des fins thérapeutiques ou scientifiques, autopsies médicales, médico-légales ou privées. Quelles sont les procédures à respecter pour que ces atteintes soient justifiées au regard du droit ? Après les atteintes ou non au corps, les établissements de santé doivent nécessairement gérer son devenir. Sur quels critères est basé le choix de la crémation individuelle ou collective, l'inhumation, l'incinération en tant que pièce anatomique identifiable ou en tant que simple déchet d'activités de soins à risques infectieux ? Quid également des autres obligations liées au décès sur le plan administratif, familial ou judiciaire, si la mort paraît suspecte ou violente, ainsi que celles liées au dépôt, au déplacement du corps avant et après mise en bière, liées aux chambres mortuaires ou encore aux biens de la personne décédée ? Cet ouvrage, à jour des nombreuses modifications législatives et réglementaires qui ont eu lieu jusqu'en 2007, a pour objet d'explicitier de manière accessible et pratique ce pan particulier du droit et de pointer, s'il y a lieu, ses imperfections, ses ambiguïtés, les vides juridiques ainsi que les réformes indispensables (résumé d'auteur).

38714

RAPPORT, INTERNET  
HERMANGE (M.T.)  
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA

### **La Convention Aeras : bilan et perspectives.**

Paris : Sénat : 2008 : 39p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r07-491/r07-4911.pdf>

Un peu plus d'un an après l'entrée en vigueur de la convention Aeras (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), dont les principes ont été consacrés dans la loi du 31 janvier 2007, la commission des affaires sociales a organisé une table ronde réunissant toutes les parties prenantes à cette convention afin de faire un bilan de son application. Sur plusieurs points, des avancées majeures ont été enregistrées : la convention est désormais mieux connue tant par le public concerné que par les professionnels ; les instances de suivi et de médiation ont d'ores et déjà obtenu des résultats. Toutefois, des progrès sont encore nécessaires, notamment pour que les découvertes médicales et le risque invalidité soient réellement pris en compte par les assureurs et pour que les banques acceptent la mise en place de garanties alternatives.

## ► Droits hospitalier

38438

OUVRAGE  
CLEMENT (J.M.)

***Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier.***

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières :  
2008/05 : 206p.

Cote Irdes : A3749

Le droit hospitalier s'impose à tous les usagers et à toutes les catégories de personnels de l'hôpital. Plutôt que de l'ignorer, il est plus prudent de le connaître. L'art du professeur Jean-Marie Clément, dont des générations d'étudiants ont pu apprécier la clarté de l'exposé, est de rendre limpide ce qui peut être facilement ardu (Résumé d'auteur).

## ► EHPAD

38440

OUVRAGE  
BRAMI (G.)

***Le règlement de fonctionnement des EHPAD : Modèle commenté.***

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières :  
2008/05 : 91p.

Cote Irdes : A3751

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont tenus à une réglementation stricte dont l'obligation de présenter à leurs usagers une documentation de qualité et le règlement de fonctionnement. Cet outil indispensable d'information sur les conditions de vie du résident au sein de l'établissement doit décrire avec précision l'organisation et le fonctionnement afin de sécuriser le résident, sa famille ou son représentant légal, mais aussi de protéger l'établissement. Sa rédaction, fondée sur des bases juridiques, repose également sur les pratiques mises en place au sein des établissements. La qualité d'élaboration du règlement témoigne de l'excellence de la réflexion engagée par l'établissement. Cela est notamment pris en compte lors des évaluations internes et externes qui ont rendu impérative la présentation d'un règlement aux contenus régulièrement actualisés, au minimum tous les cinq ans. Cet outil indispensable pour les professionnels des EHPAD. Il comprend trois parties : Définition et nature de la mission de l'institution exprimée dans le cadre du règlement de fonctionnement ; Organisation interne de l'institution ; Obligations et règles contraignantes.

38442

OUVRAGE  
BRAMI (G.)

***Le contrat de séjour des EHPAD : Modèle commenté.***

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières :  
2008/05 : 96p.

Cote Irdes : A3750

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doivent présenter un contrat de séjour à leurs résidents. Celui-ci a pour objet de définir avec précision les termes de la relation entre l'établissement et son client et d'apporter les informations sur la nature et les coûts des prestations proposées par l'établissement. Le contrat de séjour, signé par l'établissement et par le résident, constitue l'unique document contractuel qui définit officiellement la nature des prestations offertes et les coûts qui en découlent. Il a reçu un accueil favorable du côté des usagers et des familles mais aussi des autorités de tarification. Cet ouvrage est l'aboutissement d'une réflexion menée au sein de deux établissements et apporte une exacte application des obligations des EHPAD en ce qui concerne l'élaboration du contrat de séjour. Il propose les bases d'un modèle de contrat de séjour avec un guide d'autoévaluation.

tion permettant à l'institution de contrôler la validité de son travail de rédaction au regard des exigences législatives et réglementaires et de faciliter la rédaction du document et son suivi. Il comprend trois parties : Les diverses modalités d'admission ; Les prestations assurées par l'établissement ; Les conditions financières.

## ► Produits de santé

37890

### RAPPORT

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

Direction de l'Offre de Soins. (D.O.S.).

Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.D.).

Département des Produits de Santé. (D.P.S.).

Paris. FRA

### **Références juridiques - Produits de santé.**

Paris : CNAMTS : 2007/10 : 324p.

Cote Irdes : C, B6473

Le guide des « Références juridiques - Produits de santé » rassemble et explicite les textes législatifs et réglementaires ainsi que les instructions émanant du ministère et de la Caisse nationale, qui constituent le fondement juridique de la vie des produits de santé (médicaments et produits et prestations inscrits sur la L.P.P.) : de leur mise sur le marché à leur dispensation en passant par leur admission au remboursement, leur prescription et leurs modalités de prise en charge par l'Assurance Maladie. Sa présentation se veut toujours aussi didactique et pratique identifiant clairement les références textuelles en marge à gauche du texte, proposant un glossaire et un index facilitant la recherche par le biais de mots-clés. Les références tiennent compte des textes parus jusqu'au 30 septembre 2007. Leur actualisation intervient de façon annuelle.





## ► Index des auteurs



## A

Académie des Technologies.....	69
ACCART (J.P.).....	100
ADSHEAD (S.).....	85
AFRITE (A.).....	72
Agence de la Santé Publique du Canada. (A.S.P.C.).....	52
Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. (A.E.R.E.S.).....	96
Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations. (A.N.A.E.M.).....	42
AGHA (M.M.).....	64
Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé.....	78
ALLIN (S.).....	22
ALLONIER (C.).....	25
Alternatives Economiques.....	53
Alzheimer Europe.....	37
AMOUROUS (C.).....	71
AMSALLEM (E.).....	59
ANDRE (C.).....	40
ANNE (D.).....	28
ANNEMANS (L.).....	67
ANNESI-MAESANO (I.).....	37
Assemblée Nationale.....	17, 46, 84
Association Canadienne de Santé Publique. (A.C.S.P.).....	56
AUBAN (B.).....	28
AUBART (F.).....	75
AUTRET (J.).....	71
AXEEN (S.).....	90

## B

BALDWIN (S.).....	78
BARNAY (T.).....	46
BARRETT (J.).....	61
BEADLE-BROWN (J.).....	94
BECKMAN (H.B.).....	95
BEECHAM (J.).....	94
BEKKER (M.P.M.).....	91
BELANGER (F.).....	35
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.).....	23, 65, 67
BELLANGER (M.).....	70
BELLOT (C.).....	43
BENYEZZAR (N.).....	80
BERNARD (D.).....	31
BERTHOD-WURMSER (M.).....	34, 60

BEY (P.).....	64
BIENCOURT (M.).....	48
BIGELOW (J.H.).....	86
BLACK (C.).....	45
BLANCHET (D.).....	98
BORDELEAU (M.).....	88
BORGETTO (M.).....	22
BORSCH-SUPAN (A.).....	96
BOUET (P.).....	48
BRAMI (G.).....	102
BRAS (P.L.).....	68
BRAUN (F.).....	75
BRECHAT (P.H.).....	60
BRETON (T.).....	74
BRIEU (M.A.).....	46
BRONGNIART (P.).....	27
BROUARD (N.).....	46
BUCHAN (J.).....	78
BUDET (J.M.).....	58
BURGESS (E.).....	85
BUR (Y.).....	17
BUTTET (P.).....	31

## C

CAHUC (P.).....	30
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).....	103
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.).....	74
CAMIRAND (J.).....	86, 88
Canadian Health Services Research Foundation. (C.H.S.R.F.).....	61
Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.).....	62
CARDIN (J.F.).....	87, 88
CARPENTER (E.).....	90
CARTON (M.).....	48
CASH (R.).....	76
CASTELLI (A.).....	93
Center for Health Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).....	22, 89
Center for Social Epidemiology and Population Health..	52
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.).....	84
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).....	28, 48, 50, 73
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.....	23, 65, 67
Centre for Health Economics. (C.H.E.).....	65, 67, 75, 93

Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.)	29
Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé. (C.E.T.A.F.)	59
Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.)	25
CETTE (G.)	30
CHALOFF (J.)	77
CHARBONNEL (B.)	31
CHAROLLAIS (H.)	59
CHATAL (O.)	40
CHAUDHRY (B.)	86
CHAUVIERE (M.)	22
CHAUVIN (P.)	58, 100
CHERGE (S. de)	60
CHEVANDIER (C.)	28
CHRISTIANSON (J.)	32, 66
CHURCH (J.)	78
CIWYE (C.J.)	96
CLEMENT (J.M.)	100, 102
CLOSON (J.P.)	23, 67
COE (N.B.)	46
Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.)	30, 31
Combat Poverty Agency. (C.P.A.)	55
COMBLE (P.H.)	85
Comité Départemental d'Education pour la Santé de l'Aude. (C.O.D.E.S.)	101
Comité Médical pour les Exilés. (C.O.M.E.D.E.)	42
Comité National des Retraites et Personnes Agées. (C.N.R.P.A.)	43
Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.)	46
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.)	94
Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation	28, 81
Commission Européenne	29
Commission on the Social Determinants of Health. (C.S.D.H.)	55, 76
Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé.	55
Commonwealth Fund	18, 89, 90, 95
COM-RUELLE (L.)	36, 37, 72
Conseil des Prélèvements Obligatoires. (C.P.O.)	26
Conseil Général de l'Ain. (C.G.)	58
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.)	48, 62
COOPER (R.A.)	62
CORIAT (P.)	75
Cour des Comptes	19, 24, 32
CRAMPES (C.)	83
CRESSARD (P.)	48

CRIMMINS (E.M.)	42
CUQ (P.)	75
CURRAN (V.)	61
CURRY (N.)	93

## D

DALICHAMPT (M.)	36
DANET (S.)	37
DAUPHINOT (V.)	59
DAVIS (K.)	90
DEBONNEUIL (M.)	100
DEBSKA (E.)	42
DE LA MAISONNEUVE (C.)	34
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.)	58
DELMAS (M.C.)	37
DE MAESENEER (J.)	51, 53
DENAVAS-WALT (C.)	90
DENTON (F.T.)	29
DENUIT (D.)	23
Département des Produits de Santé. (D.P.S.)	103
Department of Epidemiology - Biostatistics and Occupational Health	52
DEVOLDER (P.)	23
DIAS (R.)	54
DIDELOT (R.)	59
Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	27, 37
Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.D.)	103
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.)	97
Direction de l'Offre de Soins. (D.O.S.)	103
Direction Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances	29
Direction pour l'Emploi - le Travail et les Affaires Sociales	76, 77
Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.)	56
DIRICQ (N.)	32
DIXON (A.)	86
DOCTEUR (E.)	83
DORISON (A.)	60
DOURGNON (P.)	25, 36, 63
DREYER (P.)	86
DREYFUS (M.)	28
DUBOIS (P.)	83
DUFLOS (G.)	84
DUHAMEL (G.)	68

DUMONT (J.C.).....	78
DUPAYS (S.).....	97
DUPRE (C.).....	59

## E

EHRENBERG (A.).....	44
Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.C.).....	56
Erasmus University Rotterdam.....	91
ESMAIL (N.).....	73
EUROGIP.....	50
European Alliance for Access to Safe Medicines. (E.A.A.S.M.).....	79
European Network of Economic Policy Research Insti- tutes. (E.N.E.P.R.I.).....	50
Euro-Peristat.....	44
EWALD (F.).....	27

## F

FAROUDJA (J.M.).....	48
FARRANDS (A.).....	73
FARRELL (C.).....	55
FAURE (O.).....	71
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.).....	70
Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (F.N.R.G.).....	51
FELLER (E.).....	28
FINKELSTEIN (A.).....	35
FLETCHER (J.).....	48
FOLLIET (A.).....	85
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Servi- ces de Santé. (F.C.R.S.S.).....	61
Fondation Roi Baudouin.....	51, 53
Fonds de Financement de la Protection Complémen- taire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	25
Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. (F.I.Q.C.S.).....	63
FORETTE (F.).....	46
FOURNIER (E.).....	21
Fraser Institute.....	73
FUHRMAN (C.).....	37
FUJISAWA (E.).....	68

## G

GAGNEUX (M.).....	85
GALLAGHER (G.).....	52
GARCIA ARMESTO (S.).....	97
GARCIA (E.).....	71
GAUTHIER (A.).....	90
GENET (J.P.).....	75
GEORGE (A.).....	76
GHEORGIU (D.M.).....	73
GIE SESAM-Vitale.....	85
GINSBURG (P.B.).....	33
GLAZIER (R.H.).....	64
GLYNN (L.).....	61
GODDARD (M.K.).....	93
GODEAU (E.).....	44
GOHET (P.).....	40
GOLDSTEIN (P.).....	75
GOLLAC (M.).....	48
GOMEZ (P.).....	59
GOODWIN (N.).....	93
GORDON-EL-BIHBETY (D.).....	56
GRANDJEAN (H.).....	44
GREENBERG (M.D.).....	86
GREEN (R.A.).....	95
GREER (S.L.).....	59
GREMY (I.).....	39
GUEGUEN (R.).....	59
GUENOT (C.).....	59
GUILBERT (P.).....	97
GUILLAUME (S.).....	63
GUILLEMOT (D.).....	73
GUINDON (G.E.).....	89
GUYOT (S.).....	48

## H

HAIRAULT (J.O.).....	29
HALFEN (S.).....	39
HALL (R.).....	64
HALLSWORTH (S.).....	73
HANK (K.).....	96
HARPER (S.).....	52
HASSENFEL (P.).....	23
HATZIANDREU (E.).....	73
Haut Commissaire aux Solidarités Actives contre la Pauvreté.....	27

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.)	82
Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et l'Egalité. (H.A.L.D.E.)	53
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)	95
HAZEL (M.)	73
HAZIZA (D.)	97
Heads of Medicines Agencies. (H.M.A.)	79
Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.)	47, 54
Health Foundation	32, 66
HENNEZEL (M. de)	21
HERMANGE (M.T.)	101
HESPEL (V.)	34
HEYMANS (I.)	67
HILLESTAD (R.)	86
HIRSCH (M.)	27
HURLEY (J.)	22, 89
HUYEZ-LEVRAT (G.)	50

## I

Inspection Générale de l'Administration. (I.G.A.)	60
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	20, 34, 60, 68, 74, 82
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.)	34, 60, 100
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.)	62
Institut d'Economie Industrielle. (I.D.E.I.)	83
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.)	86, 87, 88
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)	25, 36, 46, 63, 72
Institut des Hautes Etudes de Developpement et d'Aménagement des Territoires Européens. (I.H.E.D.A.T.E.)	58
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques.	80
Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.)	35, 36, 37
Institute for Clinical Evaluative Sciences. (I.C.E.S.)	64
Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (I.Q.W.I.G.)	94
Institute of Medicine. (I.O.M.)	89
Institute of Public Health in Ireland	55
Institut National de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)	100
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	61, 98
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.)	31, 44

Institut Supérieur de Management par la Qualité. (I.S.M.Q.)	96
---	----

## J

JANVIER (S.)	59
JEANDET-MENGUAL (E.)	20
JEHOEL-GIJSBERS	50
John A. Hartford Foundation	89
JOHNS (A.M.)	47
JOINES (W.)	89
JOUMARD (I.)	40
JOURDAIN (A.)	60
JULLIEN (B.)	83
JURGES (H.)	96
JUSOT (F.)	36, 46

## K

KAHN-BENSAUDE (I.)	62
KAMBIA CHOPIN (B.)	24
KERGOMMEAUX (L. de)	85
KERN (T.)	42
KERVASDOUE (J. de)	5
King's Fund Institute	85, 86, 93
KNAPP (M.)	94
KNOPS (K.)	65
KOPP (A.)	64

## L

LABALETTE (C.)	31
LAFONTAINE (J.B.)	65
LAFORTUNE (G.)	68
LAGASSE (R.)	67
LANGOT (F.)	29
LANNELONGUE (C.)	74
LARCHER (G.)	71
LAROQUE (G.)	40
LATOURETTE (T.)	49
LAUDICELLA (M.)	93
LAVOIE (A.)	87
LAXALT (J.M.)	18

LEATHERMAN (S.)	32, 66
LE BORGNE (C.)	17
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)	62
LE GALLO (F.)	98
LEGERON (P.)	45
LEGROS (B.)	101
LELIEVRE (M.)	27
LENGAGNE (P.)	36
LÉONARD (C.)	23
LEOST (H.)	74
LERICHE (B.)	48
LESIEUR (S.)	100
LE THI (C.)	78
LEVI (F.)	69
LEYNAERT (B.)	37
LEYSEN (P.)	65
L'HORTY (Y.)	28
LIDDELL (A.)	85
LIEVRE (A.)	46
LING (T.)	65
LIVARTOWSKI (A.)	85
LORAND (S.)	70
LOZACHMEUR (J.M.)	83
LUCAS (J.)	48
LUC LEFEBVRE (L.)	65
LUTTMER (E.F.P.)	35
LYNCH (J.)	52

## M

MacGill University	52
MAHONEY (M.)	95
Maison des Sciences Economiques. (M.S.E.)	84
Mannheim Research Institute for the Economic of Aging. (M.E.A.)	96
MANSELL (J.)	94
MANUEL (D.)	64
MARCHAND (A.C.)	31
MARÉCHAL (X.)	23
MARGAIRAZ (M.)	28
MARQUEZ (P.V.)	92
MARSAULT (C.)	19
MARTIN (N.G.)	43
MARTIN (S.)	65
MASON (A.)	67
MATTEI (M.F.)	61
MAULET (N.)	51, 53
MAURIN (L.)	53
MAUSS (H.)	60

MAZZOCCHI (M.)	43
MCAVOY (H.)	55
MC CARTHY (M.)	90
MCKEE (M.)	41
MCKETHAN (A.)	89
McMaster University	22, 29, 48, 89
MEIDEROS (H.)	97
MEILI (R.C.)	86
MENDELOFF (J.)	49
MENDES DA COSTA (E.)	67
MERCIER (A.)	27
MESSI (P.)	17
MICHEAU (J.)	76
MICHOT-CASBAS (M.)	79
MINC (C.)	34
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.)	17, 21, 31, 37, 40, 70, 71, 75, 84, 85
Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.)	58
Ministère du Travail - des Relations Sociales - de la Famille et de la Solidarité. (M.T.R.F.S.)	43, 45, 49
Ministry of Health	91
MINO (J.L.)	21
MIRALDO (M.)	67, 75
MOATTY (F.)	73
MOINEDDIN (R.)	64
MOISAN (K.)	87
MOITRIEUX (G.)	71
MOLLO (V.)	64
MONTALEMBERT (M.)	26
MONTANE (F.)	48
MOULARD (J.C.)	48
MOULIN (J.J.)	59
MOUREAUX (C.)	67
MOUTET (F.)	19
MUNRO (M.)	78
Mutualité Sociale Agricole de l'Ain. (M.S.A.)	58
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.)	51

## N

NAIDITCH (M.)	63
NASSE (P.)	45
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.)	35
National Cancer Institute. (N.C.I.)	52
National Institute for Public Health and the Environment. (R.I.V.M.)	92
NATON (J.F.)	47
NAUDIN (F.)	59

NAUZE-FICHET (E.) .....	27
NAVARRO (F.) .....	44
NAYLOR (C.) .....	93
NAZAC (A.) .....	75
NEILL (G.) .....	86, 87, 88
Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.) .....	43
Network For Regional Healthcare Improvement. (N.R.H.I.) .....	68
New America Foundation .....	90
NICQ (C.) .....	40
NOLTE (E.) .....	41
NOTOWIDIGDO (M.J.) .....	35
NUZUM (R.) .....	90

## O

Observatoire des Inégalités .....	53
Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers. (O.D.S.E.) .....	56
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicoma- nies. (O.E.D.T.) .....	38
Observatoire Européen des Systèmes et politiques de Santé .....	41
Observatoire Français des Drogues et des Toxicoma- nies. (O.F.D.T.) .....	39
Observatoire National de la Démographie des Profes- sions de Santé. (O.N.D.P.S.) .....	76
Observatoire National des Entreprises de Professions Libérales. (O.N.E.P.L.) .....	99
Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.) .....	39
Office de Prospective en Santé. (O.P.S.) .....	19
Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifi- ques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.) .....	84
OLIVEIRA MARTINS (A.) .....	34
OLIVIER-KOEHRET (M.) .....	63
O'MAHONY (P.) .....	60
OORTWIJN (W.) .....	73
ORDONNEAU (C.) .....	63
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.) .....	34, 55, 56, 62, 76, 77, 78, 82, 83
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) .....	20, 30, 38, 39, 41, 52, 55, 59, 69, 78, 91
OR (Z.) .....	70, 72
Oxfarm International .....	81

## P

PARIS (V.) .....	83
PARIZOT (I.) .....	58, 100
PASCAL (C.) .....	71
PAULUS (D.) .....	65
PEAKE (S.) .....	52
PERICARD (B.) .....	58
PERRONNIN (M.) .....	24
PESTIAUX (D.) .....	65
PFISTER (E.) .....	84
PHILIPS (H.) .....	65
PIERRE (A.) .....	24
PIGENET (M.) .....	28
PINTE (E.) .....	57
POISSON (J.F.) .....	46
POL (B.) .....	75
POLETTI (B.) .....	84
POYET (A.) .....	80
Premier Ministre .....	57
PROCTOR (B.D.) .....	90
PUMAIN (D.) .....	61

## R

RABINOVICH (L.) .....	65
Rand Corporation .....	19, 46, 49, 66, 86
Rand Europe .....	65, 73
RAULT-DOUMAX (P.) .....	22
RAYROLES (P.) .....	60
REBOUL (J.B. de) .....	20
REMMEN (R.) .....	65
REMOND (J.) .....	75
RENAHY (E.) .....	100
RENAUD (T.) .....	34, 72
Research Institute of Applied Economics. (R.I.A.C.) ..	42
Research Intitute for Quantitative Studies en Econo- mics and Population. (Q.S.E.P.) .....	29
RETHY (M.P.) .....	100
RIBEILL (G.) .....	28
RICE (N.) .....	18, 47, 65
RIDGELY (M.S.) .....	86
RIGAL (E.) .....	76
RITTER (P.) .....	17
ROBERTSON (R.) .....	93
Robert Wood Johnson Foundation .....	33, 68
ROBINE (J.M.) .....	46
ROBIN (R.) .....	74



ROBONE (S.)	18, 47
ROCHELEAU (L.)	86, 88
ROCHEREAU (T.)	24, 25
ROCH (I.)	67
ROLLAND (M.)	51, 53
ROOTMAN (I.)	56
ROSSO-DEBORD (V.)	49
ROTHENBERG (J.)	86
ROUET (P.)	26
ROVERE (M.)	88
ROWLAND (D.)	59
RUIZ-GAZEN (A.)	97

## S

SACHS (J.D.)	99
SAGUEZ (C.)	69
SAINT PULGENT (N. de)	60
SALINES (E.)	37
SALMA (M.)	47
SAOUT (C.)	31
SARLON (E.)	34
SAUVAGNAC (C.)	64
SAVELA (T.)	89
SAVIDAN (P.)	53
SCHOENBAUM (S.C.)	90
SCHRODER (M.)	96
SCHWEITZER (L.)	53
SCOGGINS (A.)	65
Secrétariat d'Etat à la Solidarité	49
SEILLIER (B.)	57
Sénat	28, 54, 57, 81
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.)	101
SENN (A.)	23
SERMET (C.)	34, 46
SEUNTJENS (L.)	65
SHIH (A.)	90
SIBLEY (L.M.)	64
SICILIANI (L.)	67, 75
SINDELAR (J.L.)	48
SIVEY (P.)	67
SKINNER (B.J.)	88
SMITH (J.C.)	90
SMITH (P.C.)	18, 65
Société Française de Santé Publique. (S.F.S.P.)	64
SOLE-AURO (A.)	42
SOPRASEUTH (T.)	29
SORBERO (M.E.)	66
SPATH (H.M.)	80

SPENCER (B.G.)	29
SPIRA (A.)	19
STELLINGER (A.)	27
STREET (A.)	67, 75, 93
SUTHERLAND (K.)	32, 66
SWARTZ (K.)	23
Swedish Association of Local Authorities and Regions. (S.A.L.A.R.)	94
Swedish National Board of Health and Welfare. (N.B.H.W.)	94

## T

TABUTEAU (D.)	19
TARDIF (L.)	70
TAYLOR (R.)	86
TEIL (A.)	71
THEBAUD-MONY (A.)	45
The Fraser Institute	88
THELOT (B.)	26, 36
The Nuffield Trust	59
The Workforce Taskforce	91
THIEBLEMONT-DOLLET (S.)	40
THUILLIER (J.L.)	96
TIESSEN (J.)	65
TILLIE (Y.)	97
TOUTLEMONDE (F.)	98
TRAILL (W.B.)	43
TRAORE (I.)	86, 87, 88
TREMBLAY (D.)	86, 87, 88
TREMBLAY (M.E.)	86, 87, 88

## U

UK Cross-Government Health, Work and Well-being Programme	45
ULMANN (P.)	76
UNG (A.B.)	35
Université Lyon 1	80
University of Kent	94
University of Michigan	52
University of York	18, 47, 54, 65, 67, 75, 93
US Census Bureau	90

## V

VALENTINE (N.).....	52
VALLANCIEN (G.).....	71, 75
VAN DE GEUCHTE (I.).....	51, 53
VAN DEN BRUEL (A.).....	65
VAN DER BERG (J.).....	92
VEGIARD (S.).....	86, 87
VELPRY (L.).....	44
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.v. (V.F.A.)	
81	
VERKLEIJ (H.).....	92
VERNAZ (J.).....	59
VIGNERON (E.).....	58
VINCELET (C.).....	39
VINCK (I.).....	23
VISSCHER (P.M.).....	43
VOLKOFF (S.).....	48
VROOMAN (C.).....	50

## Z

ZAGORSKI (B.).....	64
ZAIDI (A.).....	56
ZURN (P.).....	78
ZYLBERBERG (A.).....	30

## W

WALKER (M.).....	73
WEBBINK (D.).....	43
WEI (L.).....	97
WESTERT (G.P.).....	92
WHITEHOUSE (E.).....	56
WILDE (J.).....	55
WILLEMS (S.).....	51, 53
WLUCZKA (M.).....	42
Women and Gender Equity Knowledge Network .....	76
World Bank.....	92
World Organization of Family Doctors. (W.O.N.C.A.).....	69
WYNN (B.O.).....	66

## Y

YAMAGUCHI (S.).....	48
YERNA (B.L.).....	23

## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**



# A

- ▶ **A.C.S.P.** (Association Canadienne de Santé Publique)  
400-1565 avenue Carling  
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1  
Canada  
Tél. :00 1 613 725-3769  
Fax : 00 1 613 725-9826  
Email : [publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications@hc-sc.gc.ca)  
[http://www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/contact/pubs\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/contact/pubs_f.html)
- ▶ **A.E.R.E.S.** (Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur)  
20, rue Vivienne  
75002 Paris  
Tél. :01 55 55 60 00  
<http://www.aeres-evaluation.fr/>
- ▶ **A.N.A.E.M.** (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations)  
44 rue Bargue  
75732 Paris cedex 15  
Tél. :01 53 69 53 70  
Fax : 01 55 76 57 31  
<http://www.anaem.fr/>
- ▶ **ACADÉMIE DES TECHNOLOGIES**  
Grand Palais des Champs-Élysées  
Avenue Franklin D. Roosevelt  
Porte C  
75008 Paris  
Tél. :01 53 85 44 44  
Fax : 01 53 85 44 45  
<http://www.academie-technologies.fr>
- ▶ **AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA**  
130, chemin Colonnade  
IA 6501H  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9  
Canada  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>
- ▶ **ALLIANCE MONDIALE POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ**  
Organisation mondiale de la Santé  
20 avenue Appia  
1211 Genève 27, Suisse  
Tél. :+41 22 791 1616  
Fax : +41 22 791 4841

Email: [ghwa@who.int](mailto:ghwa@who.int)  
<http://www.who.int/workforcealliance/>

- ▶ **ALZHEIMER EUROPE**  
145 route de Thionville  
Luxembourg  
Email: [info@alzheimer-europe.org](mailto:info@alzheimer-europe.org)
- ▶ **ANTHROPOS /ECONOMICA**  
Editions Techniques et Scientifiques  
49, rue Héricart  
75015 Paris  
Tél. :01 45 78 12 92  
Fax : 01 45 75 05 67
- ▶ **ARMAND COLIN (EDITIONS)**  
21, rue du Montparnasse  
75283 Paris cedex 06  
Tél. :01 44 39 54 47  
Fax : 01 44 39 43 43  
Email : [infos@armand-colin.com](mailto:infos@armand-colin.com)  
<http://www.armand-colin.com/>
- ▶ **ASSEMBLÉE NATIONALE**  
126, rue de l'Université  
75007 Paris  
Tél. :01 40 63 60 00  
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

# B

- ▶ **BANQUE MONDIALE**  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433  
Etats-Unis  
Tél. :00 1 202 477 1234  
Fax : 00 1 202 477 6391  
email : [books@worldbank.org](mailto:books@worldbank.org)  
<http://www.worldbank.org>  
<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de recherche des documents et rapports)  
<http://econ.worldbank.org/> (documents de recherche sur la Banque mondiale)
- ▶ **BELIN** (Editions)  
8, rue Férou  
75278 Paris cedex 06  
Tél. :01 55 42 84 00  
Fax : 01 43 25 18 29  
<http://www.editions-belin.com/>

► **BELLES LETTRES** (Editions les)

95 boulevard Raspail  
75006 Paris  
Tél. :01 44 39 84 20  
<http://www.lesbelleslettres.com/>

► **BOURIN ÉDITEUR**

5, rue Royale  
75008 Paris  
Tél. :01 53 05 99 59  
Fax : 01 44 94 90 99  
Email : [bourin-editeur@bourin-editeur.com](mailto:bourin-editeur@bourin-editeur.com)  
<http://www.bourin-editeur.com/>

## C

► **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.T.A.F.** (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examen de Santé)

67-69, avenue de Rochetaillée  
BP 167  
42012 Saint-Etienne cedex 2  
Tél. :04 77 81 17 17  
<http://www.cetaf.asso.fr>

► **C.H.S.R.F.** (Canadian Heath 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.I.H.I.** (Canadian Institute for Heath Information) / **I.C.I.S.** (Institut Canadien d'Information sur la Santé)

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Canada  
Tél. :00 1 613 241 7860  
Fax : 00 1 613 241 8120  
<http://www.cihi.ca>

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

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

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

26-50, avenue du Professeur André Lemierre  
75986 PARIS cedex 20  
Tél. :01 58 39 85 40  
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

► **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.R.P.A.** (Comité National des Retraités et des Personnes Agées)

10-11 place des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. :01 46 88 39

► **C.N.S.A.** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

66 avenue du Maine  
75682 Paris cedex 14  
Tél. :01 53 91 28 00  
<http://www.cnsa.fr>

► **C.O.D.E.S. DE L'AUDE**

4 rue du 4 septembre  
11000 Carcassonne  
<http://www.codes11.com/>

► **C.P.A.** (Combat Poverty Agency)

Conyngham Road -Islandbridge  
Dublin 8  
Irlande  
Tél. :353 1 670 6746  
Fax: 353 1 670 6760

▶ **C.P.B.** Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis  
CPB Library  
P.O. Box 80510  
2508 GM The Hague  
Pays-Bas  
Tél. : +31-70-3383425  
Email : [bibliotheek@cpb.nl](mailto:bibliotheek@cpb.nl)  
<http://www.cpb.nl/eng/>

▶ **C.T.I.P.** (Centre Technique des Institutions de Prévoyance)  
10, rue Cambacérès  
75008 Paris  
Tél. : 01 42 66 68 49  
Fax : 01 42 66 64 90  
<http://www.ctip.asso.fr>

▶ **CENTRE D'ECONOMIE DE LA SORBONNE**  
Maison des Sciences Économiques  
106-112 boulevard de L'Hôpital  
75647 Paris Cedex 13  
Tél. : 01 44 07 81 00  
Fax : 01 44 07 81 09  
<http://mse.univ-paris1.fr/index.html>

▶ **COMEDE** (Le) (Comité Médical pour les Exilés)  
Hôpital de Bicêtre  
BP 31  
78, rue du Général Leclerc  
94272 Le Kremlin Bicêtre cedex  
Tél. : 01 45 21 38 40  
Fax : 01 45 21 38 41  
Email : [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
<http://www.comede.org>

▶ **CERCLE DE LA LIBRAIRIE** (Editions)  
35, rue Grégoire de Tours  
75006 Paris  
Tél. : 01 44 41 28 05  
<http://www.editionsducercledelalibrairie.com/>

▶ **COMMONWEALTH FUND** (The)  
One east 75<sup>th</sup> street  
New York, NY 10021.2692  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 212 535 0400  
Fax : 00 1 212 606 3500  
Email : [cmwf@cmwf.org](mailto:cmwf@cmwf.org)  
<http://www.commonwealthfund.org/>

▶ **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)

▶ **CONSEIL DES PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES**  
13 rue Cambon  
75100 Paris cédex 01  
Tél. : 01 42 98 95 95  
<http://www.ccomptes.fr/CPO/Accueil.html>

▶ **COUR DES COMPTES**  
13, rue Cambon  
75001 Paris  
Tél. : 01 42 98 95 00  
Fax : 01 42 60 01 59  
<http://www.ccomptes.fr/>

## D

▶ **DALLOZ-SIREY** (Editions)  
31-35 rue Froidevaux  
75685 Paris Cedex 14  
Tél. : 01 40 64 54 54  
Fax : 01 40 64 54 60  
Email : [ventes@dalloz.fr](mailto:ventes@dalloz.fr)  
<http://www.dalloz.fr>

▶ **DÉCOUVERTE ET SYROS** (Editions La)  
9 bis, rue Abel Hovelacque  
75013 Paris  
Tél. : 01 44 08 84 00  
Fax : 01 44 08 84 17  
Email : [ladecouverte@ladecouverte-syros.com](mailto:ladecouverte@ladecouverte-syros.com)  
<http://www.editionsladecouverte.fr>

▶ **DIV** (Editions de la)  
D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)  
194 avenue du Président Wilson  
93217 Saint-Denis La Plaine  
Tél. : 01 49 17 46 18  
Fax : 01 49 17 47 01  
<http://www.ville.gouv.fr/>

▶ **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/>

▶ **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/>

▶ **DUNOD** (Editions)  
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

▶ **E.N.E.P.R.I.** (The European Network of Economic Policy Research Institute)  
c/o Center for European Policy Studies  
place du congrès 1  
1000 Bruxelles Belgique  
<http://www.enepri.org/>

▶ **E.H.M.A.** (European Healthcare Management Association)  
4 rue de la science  
Bruxelles, 1000  
Belgique  
Tél. : 00 32-2-5026525  
Email : [info@ehma.org](mailto:info@ehma.org)  
<http://www.ehma.org/>

▶ **EDITIONS DE SANTÉ**  
49, rue Galilée  
75116 Paris  
Tél. : 01 40 70 16 15  
<http://www.editionsdesante.fr/>

▶ **ÉDITIONS RUE D'ULM/PRESSES DE L'ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE**  
45, rue d'Ulm  
75230 Paris cedex  
Tél. : 01 44 32 2970  
Fax : 01 44 32 36 82  
Email : [ulm-editions@ens.fr](mailto:ulm-editions@ens.fr)  
<http://www.pressens.fr>

▶ **ELSEVIER / MASSON EDITEUR**  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy les Moulineaux cedex  
Tél. : 01 71 16 55 00  
<http://www.em-consulte.com/>

▶ **ERASMUS UNIVERSITY ROTTERDAM**  
Erasmus School of Economics  
P.O. Box 1738  
3000 DR Rotterdam  
Pays-Bas  
Tél. : + 31 10 408 1182  
Fax: + 31 10 408 9640  
Email: [info@erim.eur.nl](mailto:info@erim.eur.nl)  
<http://www.erim.eur.nl>

▶ **EUROGIP** (Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité Sociale)  
55, rue de la Fédération  
75015 Paris  
Tél. : 01 40 56 30 40  
Fax : 01 40 56 36 6  
Email : [eurogip@eurogip.fr](mailto:eurogip@eurogip.fr)  
<http://www.eurogip.fr/>



▶ **E.S.F. ÉDITEUR**

Reed Business Information  
Direction des Relations Clients  
28481 Thiron  
<http://www.esf-editeur.fr/>

▶ **ETUDES HOSPITALIÈRES (Les)**

38, rue du Commandant Charcot  
33000 Bordeaux Centre  
Tél. : 05 56 98 85 79  
Fax : 05 56 96 88 79  
<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

▶ **EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES**

**(O.M.S. - Organisation Mondiale de la Santé)**  
(Observatoire européen des systèmes et des politiques de 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)  
<http://www.euro.who.int/observatory>

▶ **EURO-PERISTAT**

Coordination : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris  
Email : [europaeristat.coordination@gmail.com](mailto:europaeristat.coordination@gmail.com)  
or  
<http://www.europaeristat.com/>

## 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.I.Q.C.S (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins)**

Madame Najat ENNCEIRI  
CNAMTS - DCES (Département de la coordination et de l'efficacité des soins)  
Tél. : 01 72 60 20 35  
Email : [najat.ennceiri@cnamts.fr](mailto:najat.ennceiri@cnamts.fr)

▶ **F.N.R.G. (Fédération Nationale des Réseaux Gériatriques)**

Les Mercuriales  
40, rue Jean Jaurès  
93547 Bagnolet Cedex  
Tél. : 01 41 63 73 77  
Fax : 01 41 63 76 60  
Email : [fnrg@neuf.fr](mailto:fnrg@neuf.fr)

▶ **FONDATION POUR L'INNOVATION POLITIQUE**

137, rue de l'Université  
75007 Paris  
Tél. : 01 47 53 67 00  
Fax: 01 44 18 37 65  
Email : [contact@fondapol.org](mailto:contact@fondapol.org)  
<http://www.fondapol.org/>

▶ **FONDATION ROI BAUDOUIIN**

Rue Brederode 21  
1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 00 32 2 511 18 40  
Fax : 00 32 2 511 52 21  
Email : [asg@kbs-frb.be](mailto:asg@kbs-frb.be)  
<http://www.kbs-frb.be>

▶ **FONDS CMU (ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie)**

Tour Onyx  
10, rue Vandrezanne  
75013 Paris  
Tél. : 01 58 10 11 90  
Fax : 01 58 10 11 99  
<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

► **FRASER INSTITUTE** (The)

Head Office  
4th Floor  
1770 Burrard Street  
Vancouver BC  
Canada V6J 3G7  
00 1 604 688-0221  
Fax: 00 1 604 688-8539  
<http://www.fraserinstitute.ca/>

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>

## G

► **GIE SESAM-VITALE**

5, Boulevard Marie et Alexandre Oyon  
72019 Le Mans Cedex 2  
Tél. :02 43 57 42 00  
Fax : 02 43 87 78 42  
E-mail : [gie@sesam-vitale.fr](mailto:gie@sesam-vitale.fr)  
<http://www.sesam-vitale.fr/index.asp>

► **H.E.D.G.** (Health, Econometrics and Data Group)

C.H.E. (Centre for Health Economics)  
University of York  
York A010 5DD  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1904 431438  
Fax : 00 44 1904 431454  
<http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/index.htm>

## H

► **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)

► **H.M.A.** (Heads of Medicines Agencies)

En France : AFSSAPS  
143-147 bd Anatole France  
93285 St-Denis Cédex  
<http://afssaps.sante.fr/>

► **HARMATTAN ÉDITIONS** (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>

► **HEALTH FOUNDATION**

90 Long Acre  
London WC2E 9RA  
Tél. :020 7257 8000  
Royaume-Uni  
<http://www.health.org.uk>

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

Adresse postale :  
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
14 avenue Duquesnes  
75350 Paris 07 SP

► **HUVEAUX FRANCE EDITIONS**

114 Avenue Charles de Gaulle  
92200 Neuilly sur Seine.  
Tél. :01 55 62 68 00  
Fax : 01 55 62 68 02  
2009 : est devenu Global Media Santé  
<http://www.globalmediasante.fr/>

# I

- ▶ **I.C.E.S.** (Institute for Clinical Evaluative Science)  
G1 06  
2075 Bayview Avenue  
Toronto ON M4N 3M5  
Canada  
<http://www.ices.on.ca>
  
- ▶ **I.D.E.I.** (Institut d'Economie Industrielle)  
Université des Sciences Sociales Manufacture des Tabacs  
21, allée de Brienne Bât. F  
31000 Toulouse  
Tél. : 05.61.12.85.89  
Email : [contact@idei.fr](mailto:contact@idei.fr)  
<http://www.institut-europlace.com/>
  
- ▶ **I.G.A.S.** (Inspection Générale des Affaires Sociales)  
25-27, rue d'Astorg  
75008 Paris  
Tél. : 01 40 56 6000  
Fax : 01 40 56 6001  
[http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas\\_som.htm](http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas_som.htm)
  
- ▶ **I.H.E.D.A.T.E.** (Institut des Hautes Etudes de Développement et d'Aménagement du Territoire Européen)  
3, rue de Berri  
75008 Paris  
Tél. : 01 44 58 24 62  
[ihedate@ihedate.com](mailto:ihedate@ihedate.com)  
<http://www.ihedate.com>
  
- ▶ **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.N.S.E.E.** (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
18, boulevard Adolphe-Pinard  
75675 Paris cedex 13  
Tél. : 01 41 17 50 50  
<http://www.insee.fr>  
Diffusion : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
Tél. : 01 41 17 66 11 / 0825 889 452  
Fax : 01 53 17 88 09  
[http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil\\_ppp.htm](http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm)
  
- ▶ **I.N.S.E.R.M.** (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)  
Service Editions Librairie  
101, rue de Tolbiac  
75013 Paris  
Tél. : 01 44 23 60 82  
Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de recherche de l'Inserm)  
Fax : 01 45 85 68 56  
<http://www.inserm.fr>  
<http://bir.inserm.fr/>
  
- ▶ **I.N.V.S.** (Institut de Veille Sanitaire)  
12 rue du Val d'Osne  
94415 St Maurice cédex  
Tél. : 01 41 79 67 00  
Fax : 01 41 79 67 67  
<http://www.invs.sante.fr>
  
- ▶ **I.R.D.E.S.** (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)  
(ex CREDES)  
Service Diffusion  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 17  
Fax : 01 53 93 43 50  
email : [diffusion@irdes.fr](mailto:diffusion@irdes.fr)  
<http://www.irdes.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  
ou  
**I.S.Q.** (Institut de la Statistique du Québec)  
Direction Santé Québec  
1200, av. McGill College; 5e étage  
Montréal (Québec) H3B 4J8  
Canada  
Tél. :00 1 514 873 4749  
Fax : 00 1 514 864 9919  
<http://www.stat.gouv.qc.ca>

► **INDIGÈNE EDITIONS**

1, impasse Jules Guesde  
34080 Montpellier  
Tél. :04 67 10 03 43  
Email : [contact@indigene-editions.fr](mailto:contact@indigene-editions.fr)

► **INSTITUT SUPÉRIEUR DU  
MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ**

Domaine de Raba  
680, cours de la Libération  
33405 Talence cedex  
Tél. : 05 56 84 22 05  
Fax : 05 56 84 55 80  
E-mail : [ismq@bem.edu](mailto:ismq@bem.edu)

► **INSTITUTE OF MEDICINE**

500 Fifth Street NW  
Washington DC 20001  
Etats-Unis  
Tél. :202.334.2352  
Email : [iomwww@nas.edu](mailto:iomwww@nas.edu)  
fax: 202.334.1412  
<http://www.iom.edu/>

► **INSTITUTE FOR QUALITY AND  
EFFICIENCY IN HEALTH CARE**

Dillenburger Str. 27,  
1105 Cologne  
Allemagne  
<http://www.iqwig.de/index.2.en.html>

## K

► **K.C.E.** (Federaal Kenniscentrum voor de  
Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise  
des Soins de Santé)

Centre Administratif du Botanique  
Door Building (10e étage)  
Boulevard du Jardin Botanique 55  
1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. :00 32 2 287 33 88  
<http://www.kce.fgov.be/>

► **KING'S FUND INSTITUTE**

11-13 Cavendish Square  
London W1M OAN  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7307 2400  
Fax : 00 44 20 7307 2801  
<http://www.kingsfund.org.uk>

## M

► **M.E.A.** (Mannheim Research Institute for the  
Economic of Aging)

L13, 17  
University of Mannheim  
68131 Mannheim  
Allemagne  
<http://www.me.uni-mannheim.de/>

► **MGEN**

3, square Max-Hymans  
75748 Paris cedex 15  
Tél. : 01 40 47 20 20  
<http://www.mgen.fr>

▶ **M.S.A. DE L'AIN**

15 Avenue du Champ de Foire  
01059 Bourg-en-Bresse cedex 9  
Tél. : 04 74 45 99 00  
Fax : 04 74 45 98 98

**M.S.S.P.S.** (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)  
Ministère de la Santé  
8, av. de Ségur  
75350 Paris cedex SP  
Tél. : 01 40 56 60 00  
<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>

▶ **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/>

▶ **MEDICOM GROUP**

Thameside House  
Hurst Road  
Hampton Court  
Surrey KT8 9AY  
Royaume-Uni  
Tél. : 020 8481 8100  
Fax: 020 8481 8105  
Email: [enquiries@medicomgroup.com](mailto:enquiries@medicomgroup.com)  
<http://www.medicomgroup.com>

▶ **MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ**

Délégation à l'Information et à la Communication)  
8, av. de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
Tél. : 01 40 56 55 18  
Fax : 01 40 56 44 88

▶ **MINISTRY OF HEALTH (AUSTRALIE)**

Key Directions Consultation Outcomes  
Performance Systems Clinical Services  
Directorate Ministry of Health  
PO Box 5013  
Wellington  
Australie  
<http://www.moh.govt.nz>

# N

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

1050 Massachusetts Avenue  
Cambridge MA 02138  
Etats Unis  
Tél. : 001 617 588 0315  
Fax : 001 617 441 3895  
<http://www.nber.org>

▶ **N.R.H.I.** (Network for Regional Healthcare Improvement)

Pittsburgh, PA  
Etats-Unis  
Email : [Info@NRHI.org](mailto:Info@NRHI.org)

<http://www.nrhi.org/index.html>

▶ **NATIONAL CANCER INSTITUTE**

Suite 504, MSC 8316  
6116 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20892-8316  
Etats-Unis

▶ **NATIONAL INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH AND THE ENVIRONMENT**

PO Box 1  
3720 Bilthoven  
The Netherlands.  
Pays-Bas  
Tél. : +31 30 274 9111  
<http://www.healthcareperformance.nl>

▶ **NEW AMERICA FOUNDATION**

1630 Connecticut Avenue, N.W  
7th Floor  
Washington, DC 20009  
Etats-Unis  
Tél. : 202-986-2700  
<http://www.newamerica.net/>

▶ **NUFFIELD TRUST FOR RESEARCH AND POLICY STUDIES IN HEALTH SERVICES**

59 New Cavendish Street  
London WIG 7LP  
Royaume Uni  
Tél. : 00 44 20 7631 8450  
Fax : 00 44 20 7631 8451  
Email : [mail@nuffieldtrust.org.uk](mailto:mail@nuffieldtrust.org.uk)  
<http://www.nuffieldtrust.org.uk>



▶ **O.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 »

**Consultation des documents** : à la

Documentation Française

▶ **O.D.S.E.** (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers)

C/O Sida Info Service  
190, Bd de Charonne  
75020 Paris  
Email : [odse@lalune.org](mailto:odse@lalune.org)  
<http://odse.eu.org/>

▶ **O.N.D.P.S.** (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

Ministères en charge du Travail, de la Santé et du Budget  
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon  
75014 Paris  
Tél. : 01 40 56 89 27 et 89 36  
[http:// www.sante.gouv.fr/ondps](http://www.sante.gouv.fr/ondps)

▶ **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.R.S.I.F.** (Observatoire régional de la Santé d'Ile-de-France)

21-23, rue Miollis  
75732 Paris cedex 15  
Tél. : 01 44 42 64 70  
Fax : 01 44 42 64 71  
email : [orsidf@orsidf.worldnet.fr](mailto:orsidf@orsidf.worldnet.fr)  
<http://www.ors-idf.org>

► **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.europa.eu/others/agents/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm)=>  
France

► **OPEN UNIVERSITY PRESS**

McGraw-Hill Education  
Shoppenhangers Road  
Maidenhead  
Berkshire  
SL6 2QL  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1628 502500  
Fax : 00 44 1628 635895  
Email : [enquiries@openup.co.uk](mailto:enquiries@openup.co.uk)  
Email : [emea\\_queries@mcgraw-hill](mailto:emea_queries@mcgraw-hill)  
France : Anne-Marie Pluijm : [anne-marie\\_pluijm@mcgraw-hill.com](mailto:anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com)  
<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

► **OXFAM INTERNATIONAL**

Suite 20, 266 Banbury Road  
Oxford, OX2 7DL, UK  
Royaume-Uni  
Tél. : +44(0) 18 6533 9100  
Email: [information@oxfaminternational.org](mailto:information@oxfaminternational.org)  
[http:// www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)

**P**

► **PENGUIN PRESS**

375 Hudson Street  
New York 10014  
Etats-Unis

► **PRESSES DE L'EHESP**

CS 74312  
35043 Rennes Cedex  
Tél. : 02 99 54 90 98  
Fax 02 99 54 22 84  
[presses@ehesp.fr](mailto:presses@ehesp.fr)  
<http://www.presses.ehesp.fr/>

► **PRESSES DE SCIENCES PO**

117, boulevard Saint-Germain  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 49 83 64  
Fax : 01 45 49 83 34  
Email : [info.presses@sciences-po.fr](mailto:info.presses@sciences-po.fr)  
<http://www.pressesdesciencespo.fr/>

**R**

► **R.I.A.C.** (Research Institute of Applied Economics)

University of Barcelona  
Tinent Coronel Valenzuela,  
Num 1-11  
08034 Barcelona  
Espagne  
<http://www.ub.edu/irea/>

► **RAND CORPORATION**

Publications customer services  
1776 Main Street  
PO Box 2138  
Santa Monica CA 90407-2138  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 310 451 7002  
Fax : 00 1 412 802 4981  
Email : [order@rand.org](mailto:order@rand.org)  
<http://www.rand.org>

► **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>

► **RUSSEL SAGE FOUNDATION**

Russell Sage Foundation  
112 East 64th Street  
New York, NY 10021  
Tél. : 00 1 212 750 6000  
Fax : 00 1 212 371 4761  
Email : [info@rsage.org](mailto:info@rsage.org)  
<http://www.russellsage.org/>

► **SWEDISH NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE**

SE 120 88  
Stockholm  
Suède  
Tél. : +46 8 779 96 66  
Email: [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)  
<http://www.socialstyrelsen.se/publicerat>

## S

► **S.F.S.P.** (Société Française de Santé Publique)

2, Av. du Doyen J. Parisot  
BP 7  
54501 Vandoeuvre les Nancy  
Tél. : 03 83 44 39 17  
Fax : 03 83 44 37 76  
[accueil@sfsp.info](mailto:accueil@sfsp.info)  
<http://www.sfsp.info/sfsp/index.php>

► **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>

► **SÉNAT** .Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (Canada)

Ottawa (Ontario)  
Canada, K1A 0A4  
Email : [SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca](mailto:SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca)  
<http://www.parl.gc.ca/>

► **STATIONERY OFFICE**

TSO Customer services  
PO Box 29  
Norwich NR3 1GN  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 870 600 5522  
Fax : 00 44 870 600 5533  
<http://www.official-documents.co.uk/index.html>  
Online bookshop : <http://www.tso.co.uk/bookshop/>

## T

► **TIZARD CENTRE**

University of Kent  
Canterbury  
Kent, CT2 7NZ  
Royaume-Uni  
<http://www.kent.ac.uk/tizard/>

## U

► **UNAPL** (Union Nationale des Professions Libérales)

46 boulevard de la Tour-Maubourg  
75343 Paris cedex 07  
Tél. : 01 44 11 31 50  
Fax : 01 44 11 31 51

► **UNIVERSITÉ LYON 1**

Faculté de Pharmacie  
Institut des sciences pharmaceutiques et biologiques  
8, Avenue Rockefeller  
69373 Lyon cedex  
<http://ispb.univ-lyon1.fr/index.asp>

► **UNIVERSITY OF READING BUSINESS SCHOOL**

The Department of Economics  
PO Box 218  
Whiteknights  
Reading, RG6 6AA  
Royaume-Uni  
<http://www.reading.ac.uk/economics/>



► **UNIVERSITY OF YORK**

Centre for Health Economics  
York  
Y010 5DD  
Royaume-Uni  
Tél. : +44 (0)1904 321401  
Fax: +44 (0)1904 321402  
<http://www.york.ac.uk/inst/che/>

► **US GOVERNMENT PRINTING OFFICE**

732 north Capitol  
Washington DC, 20401  
Etats-Unis  
Fax : 202.512.2104  
Email : [ContactCenter@gpo.gov](mailto:ContactCenter@gpo.gov)  
<http://www.gpo.gov/>

V

► **V.F.A.** (Verband Forschender  
Arzneimittelhersteller e.v.)

Hausvogteiplatz 13  
10117 Berlin  
Allemagne  
Tél. : 0 30/2 06 04-0  
<http://www.vfa.de/>

W

► **W.O.N.C.A.** (World Organization of Family  
Doctors)

01-02 College of Medicine Building  
16 College Road  
SINGAPORE 169854  
Singapour  
<http://www.globalfamilydoctor.com/>



# 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 Béquignon
<b>Mise en page</b>	Franck-Séverin Clérembault

---

