

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Novembre - Décembre 2009

■ Service Documentation

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01


■ Présentation

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

- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'IRDES est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).

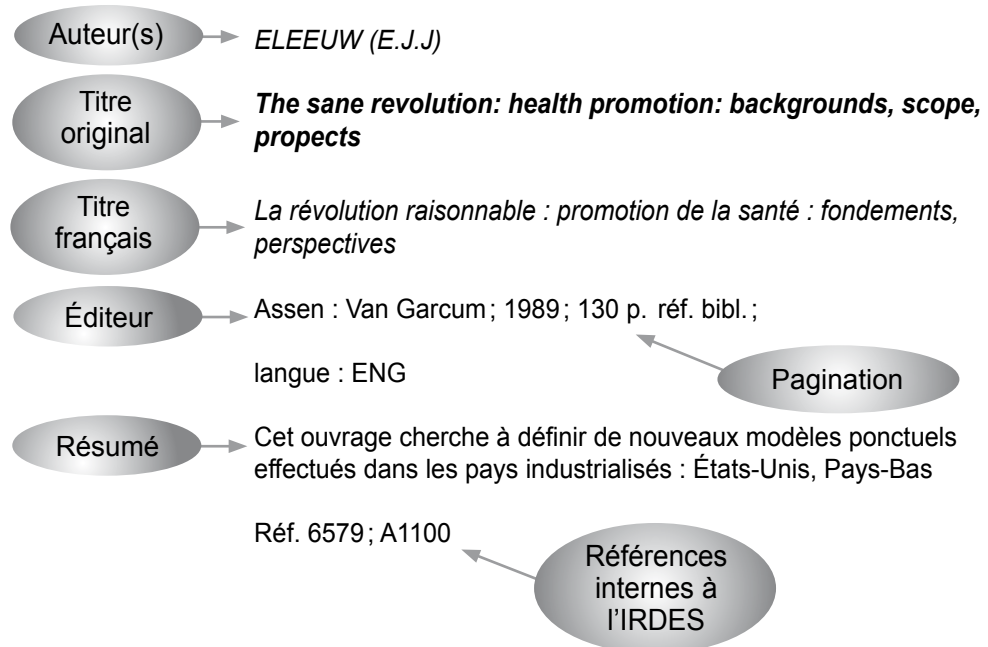
- Le bulletin se compose de deux parties :
 - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
 - plusieurs index qui facilitent la recherche :
 - un index des auteurs cités,
 - un index des éditeurs.

- Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'IRDES selon les modalités de consultation précisées à la fin du bulletin ou commandés directement auprès de l'éditeur dont les coordonnées sont mentionnées dans le carnet d'adresses des éditeurs.
Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.



L'IRDES est disponible sur Internet.
Pour contacter le centre de documentation : email : **documentation@irdes.fr**
Pour obtenir des informations sur l'IRDES et ses prestations :
Serveur Web : **www.irdes.fr**


► Comment lire une notice?



► Signification des abréviations

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

Sommaire



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

Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

17 POLITIQUE DE SANTÉ

Bioéthique	17
Cancer	17
Droits des usagers	17
Environnement.....	18
Maladies chroniques	18
Organisation des soins	19
Performance	19
Politiques régionales de santé	20
Psychiatrie	21
Qualité des soins	21
Systèmes de santé	22

22 PROTECTION SOCIALE

Affections de longue durée	22
Aide sociale.....	23
CMU.....	23
Études comparées	24
Financement	24
Mutualité	26
Protection complémentaire	26
Retraite	27
RSA.....	28
Sécurité sociale.....	29
Soins transfrontaliers	29

30 PRÉVENTION SANTÉ

Accidents de la vie courante	30
Drogues	30
Éducation thérapeutique	30
Obésité.....	31
Risques professionnels.....	32

Consultation à l'écran :

- le sommaire est cliquable (titre et numéros de page)
- ce document contient des signets PDF

32 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSES DE SANTÉ

Biologie médicale.....	32
Comptes de la Sécurité sociale	33
Dépenses de santé.....	34
Dépenses hospitalières.....	34
Dépenses pharmaceutiques	35
Dispositifs médicaux	36
Synthèse des connaissances	36

36 ÉTAT DE SANTÉ

Accidents de la vie courante.....	36
Alcoolisme.....	37
Cancer	38
Comportement alimentaire.....	39
Dépression.....	39
Études d'ensemble	39
Étudiants	40
Femmes	41
Handicap.....	41
Obésité.....	42
Tabagisme.....	43
Travail et santé.....	44

45 PERSONNES ÂGÉES

Conditions de vie	45
Retraite	46

46 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins.....	46
Effets intergénérationnels	47
Inégalités sociales de santé.....	47
Pauvreté.....	50

50 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Centres d'examens de santé	50
Champagne-Ardenne.....	50
Milieu urbain.....	51
Pays-de-la-Loire.....	52
Statiss	52
Variabilité des pratiques	52

53 SOINS PRIMAIRES

Médecin traitant	53
Pratiques médicales.....	53
Relations médecin/malade.....	54
Rémunérations.....	54

55 HÔPITAL

Études d'ensemble	55
Investissement hospitalier.....	55
Management hospitalier.....	55
Performance	56
Planification hospitalière	57
Tarification hospitalière	57

58 PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Conditions de travail	58
Pharmaciens.....	58

58 MÉDICAMENTS

Biomédicaments	58
Chimiothérapie.....	59
HCCAM.....	59
Innovation pharmaceutique.....	59
Marché du médicament	60
Médicaments génériques.....	60
Pharmacovigilance.....	61
Prix.....	61
Recherche pharmaceutique.....	62

62 TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALES

Radiothérapie.....	62
Systèmes d'information.....	62
Télémédecine	63
Téléradiologie	63

64 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne.....	64
Australie	64
États-Unis	65
Finlande	65
Grèce	65
Nouvelle-Zélande.....	66
Ouzbékistan	66
Pays-Bas.....	67
Royaume-Uni.....	68
Slovénie	68
Turquie.....	68

69 PRÉVISION - ÉVALUATION

Évaluation économique.....	69
Innovations technologiques	69
Santé publique.....	69

70 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Dépenses de santé	70
Microéconomie.....	71
Modélisation.....	71
Techniques d'enquête	72

73 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Portrait sociale de l'Insee.....	73
Viellissement de la population.....	73

74 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Études prospectives.....	74
Indicateurs économiques	74
Services à la personne	74

75 DOCUMENTATION INFORMATIQUE

Glossaires et lexiques.....	75
Revue à comité de lecture	75

76 RÉGLEMENTATION

Code européen de la santé.....	76
Droits des malades	76

—— AUTRES RUBRIQUES ——

Index des auteurs	79
Carnet d'adresses des éditeurs	87

► Références bibliographiques

D Bioéthique

40363

CONGRES
HURIET (C.)**Recherche biomédicale et protection des personnes. La première des lois de bioéthique a 20 ans. Quelles perspectives ?**

Paris : LEEM : 2008/12 : 88p.

Cote Irdes : En ligne

D Cancer

40912

RAPPORT, INTERNET
Présidence de la République. Paris. FRA**Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 : pour un nouvel élan .**Paris : Présidence de la République, Paris :
La documentation Française : 2009/03 :
114p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000134/0000.pdf>

Depuis 2000, la France s'est dotée d'une politique de lutte contre le cancer. Après le premier plan Gillot - Kouchner, le plan cancer 2003-2007 a été marqué par le choix de faire du cancer une priorité. Les 70 mesures inscrites dans le plan de 2003, qui ont bénéficié de 600 millions d'euros de financements publics nouveaux, avaient pour objectifs de réduire en 5 ans la mortalité par cancers de 20% en ciblant 7 axes stratégiques (prévention, dépistage, qualité des soins, accompagnement, formation, recherche, création de l'Institut national du Cancer). Ce plan 2009-2013 s'appuie sur l'évaluation de la Cour des comptes de juillet 2008 (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000337/index.shtml>), le rapport d'évaluation du Haut conseil de la santé publique (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000084/index.shtml>) et plus de deux cents auditions pour émettre de nouvelles recommandations et de nouveaux axes stratégiques pour réduire la mortalité due au cancer. Il propose notamment de mettre l'accent sur la poursuite des efforts de recherche et d'innovation, sur les mesures dirigées vers les personnes les plus vulnérables, les plus exposées au risque de cancer, sur la correction des inégalités de santé face au cancer et enfin sur les initiatives médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans le « vivre après le cancer ».

D Droits des usagers

41398

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET
Collectif Interassociatif sur la Santé.
(C.I.S.S.). Paris. FRA, Association des
Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.). Paris.
FRA, Union Nationale des Associations
Familiales. (U.N.A.F.). Paris. FRA**Action contre les refus de soins.**

Paris : CISS : 2009 : 34p., tab.

Cote Irdes : En ligne

http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/090525_DP_CiSS-ActionRefusSoins_BdPlanches.pdf

Dénonçant la suppression de plusieurs mesures d'accès aux soins dont le testing par les sénateurs, lors de l'examen en commission du projet de loi HPST, le CISS, la FNATH et l'UNAF ont rendu public, le 25 mai, les résultats de leur propre enquête et les recommandations qui en résultent. Le testing consistait à obtenir par téléphone un rendez-vous sans dépassement d'honoraires auprès de 496 médecins spécialistes exerçant en secteur II dans 11 villes différentes, en déclarant bénéficiaire de la CMUc. Des résultats qui «ne sont pas brillants du côté des professionnels qui se targuent de servir avant tout l'intérêt des patients» avec 22% de refus de soins explicites et même 46 % de refus de soins par les spécialistes parisiens, peut-on lire dans le communiqué commun. L'enquête a également été menée dans les caisses primaires. Toutes ont été questionnées et seulement 19 ont répondu. Ces réponses montrent qu'elles ne sont pratiquement jamais saisies de plaintes relatives à des refus de soins. Du côté de l'aide sociale à l'enfance, le 3e volet de l'enquête auprès de 20 conseils généraux prouve que ces enfants placés en familles d'accueil, de droit bénéficiaires de la CMUc, «rencontrent eux aussi des problèmes d'accès aux soins». Le collectif estime que la preuve est donnée que «les situations de refus de soins ne sont pas marginales et procèdent d'intentions clairement discriminatoires» et «qu'il faut bien des mécanismes de protection nouveaux contre les refus de soins, là où les solutions du passé sont en échec». Selon Christian Saout, le président du CISS, ces résultats sont corroborés par ceux d'une autre enquête menée par le fonds CMU, «dont le rapport est déjà sur le bureau de la ministre de la Santé mais ne sera rendu public qu'au 30 juin». Selon la lettre Protection sociale informations (27-05), ce rapport relatif à l'évaluation de la loi CMU évoquerait un chiffre de

40 % de refus de soins. Le CISS a clairement marqué son intention de pousser les pouvoirs publics à dévoiler les résultats de ce rapport avant la fin des discussions du projet de loi HPST et réclame le rétablissement de toutes les dispositions en faveur de l'accès aux soins qui se trouvaient dans le texte initial du projet de loi. Il s'apprête également à saisir la Haute autorité de lutte contre les discriminations et lance une campagne publique de mobilisation contre les refus de soins « Action contre les refus de soins (annuaire sécu).

41869

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Conférence Nationale de la Santé. (C.N.S.). Paris. FRA

Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé.

Paris : CNS : 2009/06 : 30p.

Cote Irdes : B6740

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/pj4_rapp_crdu_cns_juin_2009.pdf

En application des dispositions de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la Conférence nationale de santé (C.N.S.) élabore chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé. Le deuxième rapport de la Conférence nationale de santé propose 7 recommandations en ce sens. En effet, même si les droits des usagers sont le produit d'une histoire récente, il est apparu aux membres de la CNS que ces droits avaient fait l'objet d'une attention soutenue depuis 2002, même s'ils devaient être complétés dans deux directions : le renforcement des procédures contradictoires dans les décisions de santé et la réduction de l'asymétrie d'information qui pèse défavorablement sur les usagers face aux financeurs ou à ceux qui ont la charge de produire des soins. C'est surtout vers l'effectivité de ces droits que porte l'inquiétude de la CNS qui réclame que les moyens, les outils et les attitudes évoluent, de façon à ce que nos concitoyens ne retirent pas le sentiment d'une reconnaissance légale optimale des droits dont les effets s'arrêtent aux portes de leur prise en charge ou de leur usage du système de santé.

► Environnement

41047

RAPPORT, INTERNET

GENTILINI (M.)

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

Propositions pour un deuxième plan national santé-environnement 2009-2013.

Paris : Ministère chargé de la Santé :

2009/04 : 78p., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2_finale_14avril.pdf

Le présent rapport résulte des travaux d'un groupe partenarial (n° 20) du Grenelle de l'Environnement associant des représentants de l'ensemble des parties prenantes concernées et vise à proposer au gouvernement un deuxième Plan National Santé-Environnement (PNSE 2) conformément aux engagements pris antérieurement et selon les directives des ministres concernés. Ce deuxième Plan National couvre la période 2009-2013 et a pour ambition, dans la continuité du PNSE1, de définir des priorités d'action pour réduire l'impact sanitaire de l'environnement et notamment des pollutions environnementales. Il s'articule avec l'ensemble des autres plans de santé publique et complète les plans destinés à protéger l'environnement, en s'intéressant prioritairement aux répercussions sur l'Homme de la dégradation de l'environnement et de ses milieux de vie. Deux axes forts ont été retenus : la réduction des expositions rendues responsables de pathologies à fort impact sur la santé ainsi que la réduction des inégalités environnementales.

► Maladies chroniques

40248

OUVRAGE, INTERNET

NOLTE (E.) / éd., KNAI (C.) / éd., MCKEE (M.) / éd.

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

DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Managing chronic conditions. Experience in eight countries.

Gestion des maladies chroniques : l'expérience de huit pays.

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe : 2008 : 14p.+181p., tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92058.pdf>

One of the greatest challenges facing health systems in the 21st century is the need to develop effective approaches to address the growing burden of chronic disease. Chronic diseases are complex and require a long-term, multifaceted response that coordinates inputs from a wide range of health professionals, essential medicines and – where appropriate – monitoring equipment, all of which is optimally embedded within a system that promotes patient empowerment. With many health systems still largely built around an acute, episodic model of care, health professionals, policy-makers and patient organizations struggle to respond in ways that meet the needs of people with complex chronic health problems. This book examines the health system response to the rising burden of chronic disease in eight countries (Denmark, England, France, Germany, the Netherlands, Sweden, Australia and Canada). It provides a detailed assessment of the current situation, a description of the policy framework and future scenarios, as well as evaluation and lessons learned. It shows that many different strategies are being implemented, with different models of care at varying degrees of development, and with differing comprehensiveness. Perhaps not surprisingly, the approaches adopted often reflect the characteristics of each health system, each with its own governance mechanisms and relationships between, and responsibilities of, different stakeholders. Nonetheless, there are many lessons for those seeking to develop effective responses to this common challenge.

Why are health care services in so many countries undergoing so much reorganization? What are the long term effects of such managerial restructuring? How might we start to make an assessment of such effects? This book brings together a group of international authors to examine these themes [...] The handling of organizational politics, power and change is revealed as a core aspect of effective reorganizations which are not a simple or linear process. They may also generate unpredictable effects.[...] [Contents] 1. Medicine and management in English primary care : a shifting balance ? - 2. Processes of change in the reconfiguration of hospital services: the role of stakeholder involvement - 3. Hospital sector organisational restructuring : evidence of its futility - 4. Decentralization as a means for reorganize health-care in England : from theory to practice ? - 5. Va va voom, size doesn't matter: form and function in the NHS - 6. Evidence-based management : the power of evidence or evidence of power? - 7. «Speaking truth to power»: on the discomfort of researching the contemporary process - 8. It's part of the job: healthcare restructuring and the health and safety of nursing aides - 9. Chasing chameleons, chimeras and caterpillars : evaluating an organizational innovation in the National Health Service - 10. Engaging the public voice in health care decision-making - 11. The swampy lowland: using hyperlinks to navigate the multiple realities of partnership - 12. Systems thinking for knowledge integration: new models for policy-erserch collaboration - 13. Strategies of persuasion: the efforts of nurse practitioners in institutionalizing a new role - 14. Knowledge to action ? The implications for policy and practice of research on innovation processes - 15. Is the best defense a good offense ? Marketing of quality by US nursing homes - 16. Models of medical work control : a theory elaboration from English general practice.

► Organisation des soins

41407

OUVRAGE

MCKEE (L.) / éd., FERLIE (E.) / éd., HYDE (P.) / éd.

Organizing and reorganizing : power and change in Health Care Organizations.

Organisation et réorganisation : puissance et changement dans l'organisation des soins.

New York : Palgrave Macmillan : 235p., tabl., index

Cote Irdes : A3875

<http://www.palgrave.com/PRODUCTS/title.aspx?PID=279919>

► Performance

40308

RAPPORT, INTERNET

SMITH (P.C.) , MOSSIALOS (E.) , PAPANICOLAS (I.)

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

Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects.

Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives.

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe : 2008 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_fbd2.pdf

Cette synthèse fait l'apologie de la mesure de la performance en tant qu'outil capital pour les responsables des politiques qui travaillent à l'amélioration des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS. Elle dégage les divers éléments requis d'un cadre global pour la mesure de la performance des systèmes de santé, indique comment cette mesure peut être utilisée en pratique et souligne le rôle de gestionnaire joué par les autorités publiques pour parvenir à une meilleure performance. Elle passe en revue les bases factuelles existantes et fournit des exemples de l'application empirique des mesures de la performance, démontrant que si les pouvoirs publics investissent dans la santé, ils peuvent espérer que ces moyens seront utilisés à bon escient.

41863

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
PETRIE (D.) , TANG (K.K.) , RAO (D.S.)
University of Queensland. School of
Economics. Brisbane Queensland. AUS

A Value-Added Based Measure of Health System Output and Estimating the Efficiency of OECD Health Systems.

Évaluation du système de soins en fonction de la valeur ajoutée à la santé et estimation de l'efficacité des systèmes de santé des pays de l'OCDE.

Discussion Paper; 393

Brisbane Queensland : University of
Queensland : 2009 : 38p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.uq.edu.au/economics/abstract/393.pdf>

Life expectancy at birth is the most commonly used measure for health system output. However, there are a number of reasons why it may be a poor proxy. First, life expectancy assumes a stationary population and thus does not take into account the current demographic structure of a country; and second, the output of a health system should be measured in terms of the value-added to the population's health status rather than health status itself.

The paper develops a new measure of health system output, the Incremental Life Years to address these problems. The new measure is applied to study health system output, efficiency and total factor productivity in OECD countries for the years 2000 and 2004. The new measure provides different results compared to those based on the traditional life expectancy measure, and the differences are further accentuated when changes in efficiency and productivity are estimated.

41876

CHAPITRE

OR (Z.)

BRAS (P.L.) / dir., POUVOURVILLE (G. de) / dir, TABUTEAU (D.) / dir.

Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ?

Traité d'économie et de gestion de la santé.

Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo
Les Presses : 2009 : 75-82, 1 fig.

Cote Irdes : R1759, A3889

<http://www.pressessciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790>

La santé est une préoccupation économique et sociale majeure dans les pays développés qui y consacrent en moyenne 8 % à 12 % de leur PIB. Dans la plupart de ces pays, les dépenses de santé ont augmenté à un rythme plus élevé que le taux de croissance de l'économie générale sur la période récente et, il n'y a pas de raison d'envisager que cette tendance s'inverse à moyen terme. En effet, le vieillissement de la population, l'apparition de nouveaux traitements, souvent coûteux, ainsi que les nouvelles attentes des patients concernant l'accès à des soins de meilleure qualité risquent fort d'accroître la demande et les coûts au sein des systèmes de santé, mettant en danger leur viabilité.

► Politiques régionales de santé

40254

RAPPORT, INTERNET

Haut Conseil de la Santé Publique.
(H.C.S.P.). Paris. FRA

Les politiques régionales de santé publique. Éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi HPST.

Paris : HCSP : 2008 : 19p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/Rapport-HCSP-ARS-1008.pdf>

Les politiques régionales de santé publique ont été profondément modifiées depuis 2004 par la loi relative à la politique de santé publique, l'adoption en parallèle d'une loi sur l'assurance maladie signant toutefois le cloisonnement persistant entre soins curatifs et prévention. Dans le contexte de la préparation de la loi hôpital-patients-santé-territoires, et dans la perspective de la prochaine loi de santé publique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a souhaité contribuer à la réflexion concernant l'évolution de ces politiques. Un groupe de travail a été mis en place pour faire, à partir d'un constat de la situation actuelle dans ce domaine, des préconisations pour l'avenir. Toutefois les délais contraints et les ressources disponibles n'ont pas permis d'effectuer un état des lieux systématique et approfondi au sein des 26 régions, compte tenu de l'ampleur du champ concerné et de la diversité des démarches entreprises. Sont donc mis en exergue dans ce texte quelques faits marquants, partagés par un grand nombre d'acteurs tant régionaux que nationaux. Les évaluations des plans régionaux de santé publique (PRSP), actuellement en cours dans de nombreuses régions, viendront enrichir et éventuellement nuancer ce constat. L'analyse proposée est structurée selon la démarche de santé publique, et s'organise donc autour des 4 étapes suivantes : observation et diagnostic de l'état de santé, choix des problèmes de santé jugés prioritaires, élaboration et mise en oeuvre des plans ou programmes, évaluation des plans ou programmes

► Psychiatrie

41569

RAPPORT
MILON (A.)

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

Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France.

Rapport; n° 1010, rapport; n°328

Paris : Assemblée Nationale, Paris : Sénat :
2009 : 357p., tabl., ann.

Cote Irdes : A3882

<http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf>

La psychiatrie est en France, depuis l'origine, un secteur où coexistent innovations thérapeutiques et stigmatisation sociale. Cette dualité entre une médecine souvent de pointe, soucieuse de parvenir aux causes de la maladie

et donc à la guérison des malades, et une défiance, vis-à-vis des patients comme des soignants, perdure. Plusieurs incidents dramatiques ont pu accréditer l'idée qu'en remplaçant l'enfermement par des soins en milieu ouvert, on prend le risque de défaillances dans la surveillance de personnes qu'il faudrait d'abord empêcher de nuire. Or, il est possible de surmonter les déficiences dans l'organisation des soins et de dépasser les cloisonnements entre recherche et thérapeutique. Cela suppose de donner à la psychiatrie les moyens de prendre en charge la santé mentale des Français. Il faut d'abord améliorer l'accès aux soins pour les patients, qui sont encore trop nombreux à s'en trouver exclus. Une détection précoce et un accompagnement attentif du malade et de son entourage permettront ensuite de limiter les souffrances liées à la maladie tout en réduisant les dépenses croissantes liées au diagnostic tardif.

► Qualité des soins

40259

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
OR (Z.), COM-RUELLE (L.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?

Document de travail Irdes ; 19

Paris : Irdes : 2008/12 : 18p.

Cote Irdes : DT19

[http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/
DocumentsDeTravail/
DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf)

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En

comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

► Systèmes de santé

40289

OUVRAGE

BENSAHEL (H.), MEZZADRI (A.M.)

La santé, un enjeu politique.

Paris : Editions de santé : 2008 : 187p.

Cote Irdes : A3826

Que le mot «santé» soit prononcé, et notre pays se sent aussitôt investi d'un rôle de lumière de monde. Chacun se fait illico l'avocat d'un système - le nôtre - qui serait le meilleur possible. Mais est-ce toujours vrai ? Et si oui jusqu'à quand ? L'ambiguïté tient en premier lieu au fait que le mot «santé» se voit attribuer une multitude de sens contradictoires. Une seconde erreur consiste à assimiler la santé à la médecine. Cette confusion est pourtant dommageable à la bonne gestion de cet important secteur de notre activité socio-économique. Qui plus est, comment adapter un système en n'évoquant jamais les valeurs, notamment culturelles, qui le structurent ? La santé, c'est d'abord un enjeu politique et c'est pour ce motif qu'une approche différenciée y est indispensable (4ème de couverture).

41584

RAPPORT

KERVASDOUE (J. de) / dir.,
Fédération Nationale de la Mutualité
Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

**Carnet de santé de la France en 2009 :
économie, droit et politiques de santé.**

Paris : FNMF ; Dunod : 2009 : 250p., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : Ac3884Ac

<http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178>

En 2009, la crise financière se répercute sur l'économie réelle. L'assurance maladie, dont on promettait l'équilibre en 2007, ne l'a jamais atteint cette année-là. Le déficit de la sécurité sociale de 2009 dépassera les 20 milliards d'euros ! Comme pour toute dette, et celle-ci n'est pas la première, il faudra bien un jour la payer. En attendant, le système de soins français est paradoxalement protégé de toute

révision douloureuse par la crise, dans une France qui n'est plus seule maîtresse à bord, tant sa réglementation est marquée par l'Europe. Pourquoi la France, en année de croissance a « normale », ne parvient-elle pas à maîtriser ses dépenses sociales ? Quel rôle joue l'Europe pour la santé des Français ? Comment d'autres pays occidentaux font-ils face aux mêmes types de problèmes ? Peut-on apprendre d'eux et tirer des leçons de certaines de leurs expériences ? En quoi leurs évolutions récentes peuvent-elles être riches d'enseignements pour la Mutualité Française, comme pour le pays ? Tels sont les questionnements de ce Carnet de santé de la France en 2009. Outre l'analyse de la situation française et le bilan des politiques de santé des trois dernières années, le lecteur trouvera dans ce Carnet de santé un bilan complet du rôle que joue l'Europe et sa réglementation. Puis, un chapitre montrera dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres. Enfin, avec les meilleurs experts de ces pays, le lecteur découvrira comment dix pays, dont l'Allemagne, les Etats-Unis, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont tenté de traiter de ces mêmes questions avec des succès contrastés. Le déficit n'est donc pas une fatalité.

PROTECTION SOCIALE

► Affections de longue durée

41913

RAPPORT

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

Affections de longue durée. Liste et critères médicaux d'admission. Avis 2009

St Denis la Plaine : HAS : 2009 : 2+35p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avis_2009.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/cma-version_comparative_2009_postcaqps.pdf

La loi du 13 août 2004 a confié trois missions à la HAS (art. R 161-71 CSS) dans le domaine des affections de longue durée (ALD) dont l'une est de formuler des recommandations sur les critères utilisés pour la définition des ALD, c'est-à-dire définir les conditions médicales nécessaires pour que les malades bénéficient d'une exonération de ticket modérateur, pour une affection donnée.

► Aide sociale

41427

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

Réformer les aides sociales locales dans le nouveau contexte du RSA.

Document de travail; 118

Noisy Le Grand : CEE : 2009/05 : 30p., fig.,
graph.

Cote Irdes : c, en ligne

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/119-experimenter_decider_rsa_debat.pdf

La mise en œuvre du Revenu de Solidarité Active (RSA) en juin 2009, en remplacement du RMI et de l'API, va modifier de façon assez profonde le paysage de l'aide sociale en France. Les offreurs locaux d'aides à caractère social, les villes, les départements, les régions, les caisses d'allocations familiales et les associations caritatives, vont pouvoir réagir à la réforme nationale en ajustant leurs prestations dans un sens susceptible de prendre des directions variées selon les localités. Ces ajustements peuvent le cas échéant compliquer, voire même contredire, la réalisation des objectifs fixés à la réforme du RSA. Dans ce contexte, cette étude explore plusieurs scénarios d'ajustement des politiques sociales locales. On se concentre sur les ajustements des barèmes des aides sociales financières en négligeant les autres aspects des aides sociales (évolution des contreparties demandées aux bénéficiaires, contrôle des conditionnalités, dispositifs d'accompagnement...). Nous avons construit sept scénarios pour décrire les différentes réactions possibles des offreurs d'aides sociales locales et en déduire leurs avantages et inconvénients. Ces scénarios sont simulés dans sept localités et pour sept configurations familiales (soit au total un jeu de 73=343 simulations) à l'aide du modèle Equinoxe. Nous considérons les effets des réformes locales sur les budgets des donneurs d'aide (CCAS, CAF, CG, régions), l'impact sur les gains du retour à l'emploi des bénéficiaires, selon leur configuration familiale, les éventuels conflits d'objectifs avec la réforme nationale du RSA, les perdants aux réformes et les difficultés de mise en œuvre. Sur la base des résultats de nos simulations, nous dessinons les contours d'une réforme locale à budget constant, qui ne pénalise pas le retour à l'emploi, qui ne fait pas de perdants dans les bénéficiaires des aides sociales locales, qui est cohérente avec

l'esprit de la réforme nationale et qui pose peu de difficultés de mise en œuvre.

► CMU

40494

CHAPITRE
Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.).
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).
Paris. FRA

Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire au premier trimestre 2006, dans les Zus.

Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2008.

Paris : Ministère du Logement et de la Ville :
2008/10 : 92-97, tabl., cartes

Cote Irdes : B6648

http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/rapport_ONZUS_2008.pdf

En Zus, la CMU-C profite à un assuré sur cinq du régime général de l'Assurance maladie : le taux de couverture y est trois fois plus élevé que dans les unités urbaines abritant ces quartiers. Les Zus présentent cependant entre elles des disparités marquées : dans 10 % des Zus les moins couvertes par le dispositif, la part de la CMUC n'excède pas 10,7 %, tandis que dans les 10 % des Zus les plus bénéficiaires, cette dernière dépasse systématiquement 35,5 %.

42162

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

Evaluation de la loi CMU - Rapport n° IV réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

Paris : Fonds CMU : 2009/07 : 132p.

Cote Irdes : B6756

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000402/0000.pdf>

Ce rapport étudie les modalités d'attribution, d'utilisation et de gestion de la CMU-Complémentaire et de l'assurance complémentaire santé (ACS). Il constate notamment la persistance du refus de soins de certaines catégories de médecins pour les détenteurs de la carte CMU.

41622

RAPPORT

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

Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2008.

Paris : Fonds Cmu : 2009/06 : 52p.

Cote Irdes : B6712

http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20prix_contenu_2008.pdf

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit » à l'aide complémentaire santé. Pour les 47 organismes complémentaires (OC) qui ont répondu à l'enquête et leurs 262 803 bénéficiaires couverts par 160 013 contrats souscrits, le prix moyen du contrat s'établit à 734 € par contrat, le montant moyen de déduction s'élève à 357 €, le reste à charge moyen à 377 €, ce qui conduit à un taux de reste à charge par contrat de 51,4 %. Sur 2008, le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 4,0 % des revenus annuels, chiffre quasiment identique à celui obtenu dans l'enquête 2007.

41633

RAPPORT

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

La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2007 et 2008.

Paris : Fonds Cmu : 2009/06 : 27p.

Cote Irdes : B6716

<http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20cm%202007-2008.pdf>

Le Fonds CMU établit, comme chaque année, le coût unitaire de la CMU-C. Cette étude se base sur les données fournies par les organismes gestionnaires de la CMU-C, au titre du régime obligatoire de sécurité sociale (CNAMTS, RSI, MSA), ou au titre d'organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances). Ces données concernent les effectifs et la dépense.

Études comparées

40293

RAPPORT, INTERNET

HERMESSE (J.)

Association Internationale de la Mutualité. (A.I.M.). Bruxelles. BEL

Protection santé aujourd'hui : structures et tendance dans 13 pays.

Bruxelles : AIM : 2008 : 6+34+19+145p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.aim-mutual.org/index.php?page=29>

A l'occasion de sa XXIIIème Assemblée Générale tenue à Dresden le 21 novembre, l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) a publié un nouveau rapport sur les réformes des systèmes de santé en Europe. Le rapport se divise en trois parties. La première partie fait la synthèse des tendances observées dans les treize pays décrits. Elle est suivie des défis à relever et du rôle futur des mutuelles dans ce contexte. La deuxième partie traite de l'Union européenne dans le secteur des soins de santé. Elle résume l'impact du processus d'intégration européenne dans ce domaine ainsi que les récents dossiers « brûlants ». Enfin, la troisième partie rassemble les monographies des différents systèmes de santé.

Financement

39788

RAPPORT

MARINI (P.)

Sénat. Paris. FRA

Les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Rapport d'information ; 75

Paris : Sénat : 2008/11 : 103p.

Cote Irdes : B6606

<http://www.senat.fr/rap/r08-075/r08-0751.pdf>

L'article 52 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) prévoit que le Gouvernement présente à l'ouverture de la session ordinaire un rapport retraçant l'ensemble des prélèvements obligatoires ainsi que leur évolution, en vue de l'examen et du vote du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année suivante par le Parlement. Ce rapport peut faire l'objet d'un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat. Le présent rapport vient à l'appui de ce débat et prend cette année une dimension particulière, du fait du contexte de

crise économique. Il étudie la perspective d'un retournement de tendance en matière de prélèvements obligatoires et s'interroge sur la politique fiscale à adopter en période de crise, en s'appuyant sur des considérations de politique fiscale comparée de nature à alimenter les réflexions sur l'introduction d'éventuelles innovations fiscales (Résumé d'auteur).

41353

OUVRAGE

THOMSON (S.), FOUBISTER (T.),
MOSSIALOS (E.)

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

***Financing health care in the European
Union: challenges and policy responses.***

*Financement du système de soins dans l'Union
européenne : challenges et réponses politiques*

Copenhague : OMS - Bureau régional de
l'Europe : 2009 : XVp.+181p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.euro.who.int/document/E92469.pdf>

Health care systems across the European Union face a common challenge: the high cost of health care. Governments strive to ensure that cost pressures do not undermine values such as universal coverage and equitable financing and access. Focusing on the three health care financing functions - collection, pooling and purchasing - as well as on coverage, this book analyses the organization of health care financing in the Member States of the European Union, discusses the principal financing reform trends of recent years, and assesses their capacity to help ensure fiscal sustainability. The book includes a useful annex detailing the health care financing systems of each of the 27 Member States of the European Union. It will inform the deliberations of policy- and decision-makers, both within and beyond the European Union, faced with reconciling rising costs with equitable and sustainable health care.

41772

CHAPITRE , INTERNET

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

Bilan de la franchise.

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats
2008 - Prévisions 2009.

Paris : Ministère chargé de la santé :
2009/06 : 2p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/
ccss2009.htm](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss2009.htm)

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a mis en place une nouvelle modalité de participation des assurés qui vient s'ajouter au ticket modérateur et à la participation forfaitaire de 1 € sur les actes médicaux et les analyses biologiques : la franchise de 50 centimes par boîte de médicament et par acte d'auxiliaire médical et de 2 € par transport. En 2008, le rendement de la mesure serait proche de 900 M€. Pas d'effet notable sur la consommation d'actes d'auxiliaires... mais une contribution à l'infléchissement de la consommation de médicaments, semble-t-il.

41793

RAPPORT

BUR (Y.), DOOR (J.P.), JACQUAT (D.),
PINVILLE (M.)

Assemblée Nationale. Paris. FRA

***Rapport sur la mise en application de la
loi n°2008-1330 du 18 décembre 2008 de
financement de la Sécurité sociale pour
2009.***

Paris : Assemblée nationale : 2009 : 120p.,
tabl., ann

Cote Irdes : B6728

[http://www.assemblee-nationale.fr/13/documents/
index-application_lois.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/documents/index-application_lois.asp)

Année après année, il est devenu quasiment rituel pour les rapporteurs de devoir déplorer l'insuffisante mobilisation de l'exécutif pour mettre en application des dispositions pourtant souvent présentées comme essentielles et ne devant souffrir aucun retard, adoptées selon la procédure d'urgence. Si les indicateurs sur l'application de la LFSS pour 2008 étaient tellement mauvais, avec un taux global de publication des textes réglementaires nécessaires inférieur à 20 % au 15 juin 2008, la situation s'est spectaculairement améliorée en 2009. Sur les 56 articles de la loi de financement pour 2009 qui nécessitaient la publication d'au moins un texte réglementaire d'application, au 22 juillet 2009, soit un peu plus de sept mois après la publication de la loi, 21 ont fait l'objet d'une application complète. 46,6 % des textes d'application ont été publiés.

► Mutualité

41589

OUVRAGE , CONGRES
ASSAYAG (D.), GUEDJ (F.), TRUYON (T.)
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale.
(M.G.E.N.). Paris. FRA, Groupe d'Histoire
Sociale. (G.H.S.). Paris. FRA
Alternatives Economiques. Paris. FRA

Protection sociale et mutualité en Europe : quelle voie pour une approche solidaire de la santé ?

6e Rencontres européennes de la MGEN. :
Paris, 2008/01/30
Paris : Alternatives économiques : 2009 : 143p.
Cote Irdes : A3885

Cet ouvrage rassemble les communications
présentées aux sixièmes rencontres de la
MGEN sur le thème : Protection sociale et
mutualité en Europe. Il pointe sur les conver-
gences existant dans les différents pays de
l'Union européenne, pour mettre en oeuvre
une politique de santé capable de juguler
l'évolution des dépenses en préservant une
certaine égalité sociale.

► Protection complémentaire

41009

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GRIGNON (M.), KAMBIA CHOPIN (B.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Income and the demand for complementary health insurance in France.

*Impact du revenu sur la demande d'assurance
complémentaire santé.*

Document de travail Irdes ; 24
Paris : Irdes : 2009/04 : 28p.
Cote Irdes : DT24

[http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/
WorkingPapers/DT24IncomeDemandComplement
HealthInsuranceFrance.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT24IncomeDemandComplementHealthInsuranceFrance.pdf)

Afin d'expliquer économiquement le non-re-
cours à l'aide à l'acquisition d'une complé-
mentaire santé (ACS), les auteurs analysent
la demande d'assurance et, en particulier,
le comportement des personnes éligibles à
l'ACS. L'analyse empirique montre un très fort
effet du revenu sur la souscription d'une com-
plémentaire : l'effort financier qui peut donc
être consacré à cette dépense est un élément
déterminant. Les simulations réalisées sur

la base d'un modèle théorique de demande
d'assurance laissent penser que quelle que
soit l'incitation financière à l'achat d'une com-
plémentaire, les personnes à bas revenus ne
modifient pas significativement leur comporte-
ment de demande. Sans doute faudrait-il plu-
tôt augmenter le plafond de ressources de la
CMU complémentaire pour infléchir ces com-
portements.

41877

CHAPITRE
PERRONNIN (M.)
BRAS (P.L.) / dir., POUVOURVILLE (G. de) /
dir, TABUTEAU (D.) / dir.

La couverture complémentaire en France.

Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo
Les Presses : 2009 : 387-392, 1 tabl.
Cote Irdes : R1760, A3889

[http://www.pressesciencespo.fr/
livre/?GCOI=27246100728790](http://www.pressesciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790)

En France, l'assurance maladie complémen-
taire intervient en aval de la sécurité sociale
en couvrant les dépenses que cette dernière
laisse à la charge des patients (tickets modé-
rateurs, dépassements d'honoraires, forfaits
hospitaliers). Bien que sa part dans le finan-
cement des soins et des biens médicaux soit
relativement modeste au regard de celle de
la sécurité sociale, elle joue un rôle important
dans l'accès aux soins, rôle qui a justifié la
mise en place de la couverture maladie uni-
verselle complémentaire en 2000. A l'heure
actuelle, elle est très largement diffusée dans
la population, puisque plus de neuf français
sur dix en bénéficient. Cette diffusion résulte
probablement en partie de la diversité de ses
acteurs, de ses modes d'accès et des produits
offerts. Cependant, cette diversité est aussi
source d'inégalités entre assurés en terme
d'accès, de charge financière et de niveaux de
remboursements. Appréhender l'ensemble de
ces aspects apparaît crucial, étant donné la
place croissante de l'assurance complémen-
taire dans le financement des soins.

41910

FASCICULE
KLEIN (T.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris.
FRA

Choisir une couverture complémentaire santé : comment font les pays de l' OCDE ?

NOTE DE VEILLE (LA) : 2009/07 : 1-8
Cote Irdes : Bulletin français

<http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille146.pdf>

Dans les principaux pays de l'OCDE, les marchés de l'assurance santé privée sont d'ampleur variable mais partout dynamiques. Dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé, la concurrence sur l'assurance-santé doit pousser les organismes à mieux réguler l'offre de soins plutôt que de privilégier la sélection des meilleurs risques (les populations jeunes aisées). Les pouvoirs publics ont souvent introduit des mécanismes de régulation de l'assurance santé ainsi que des outils d'information et d'aide au choix d'une couverture complémentaire pour permettre aux assurés de jouer leur rôle d'aiguillon de la compétition. Quoique nécessaires et de nature à rendre plus efficace un marché segmenté, ces dispositifs ne constituent évidemment pas une recette miracle pour maîtriser les dépenses de santé. Ils peuvent cependant améliorer le service rendu aux assurés et contribuer à créer une émulation saine entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire.

► Retraite

40257

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

***Retraites : droits familiaux et conjugaux.
Sixième rapport.***

Paris : COR : 2008/12 : 358p., tabl., graph.,
ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000762/0000.pdf>

Le sixième rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites a pour thème les droits familiaux et conjugaux en matière de retraite. Compte tenu des évolutions du contexte économique et sociologique et des perspectives d'évolution des droits familiaux et conjugaux, il propose différentes pistes : évolution possible, à court et plus long terme, des majorations de durée d'assurance (MDA) et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), de manière à répondre au souci de compenser au mieux les interruptions d'activité des mères et les effets de la présence des enfants sur les carrières et les revenus des femmes ; majorations de pensions pour les parents de trois enfants et plus ; adaptation à la jurisprudence européenne de certains droits aujourd'hui réservés aux femmes. Le COR s'interroge par

ailleurs sur les perspectives d'évolution de la pension de réversion.

40731

RAPPORT , INTERNET
BOZIO (A.) , PIKETTY (T.)
Centre pour la Recherche Economique et ses
Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.). Paris. FRA

***Retraites : ne pas laisser le système par
répartition déperir. Des comptes individuels
de cotisations financés par répartition.***

Paris : Editions d'Ulm - Presses de l'Ecole
normale supérieure : 2008 : 88p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.jourdan.ens.fr/piketty/fichiers/public/978-2-7288-0413-9.pdf>

Le système de retraite français est extrêmement complexe, par le nombre de régimes qu'il comporte et par les règles déterminant les pensions. Ce manque de lisibilité accroît l'incertitude qui entoure aujourd'hui la soutenabilité du système, alors même que l'objectif premier d'un système public et obligatoire de retraite par répartition est d'offrir des garanties que les marchés financiers ne peuvent pas offrir. Les salariés ont toutes les peines du monde à évaluer le montant de leurs droits à la retraite, ce qui les conduit souvent à considérer les cotisations de retraite comme des impôts et non comme des droits à un revenu différé. Le système actuel est en outre peu adapté à la mobilité croissante des travailleurs. Cet opuscule a pour objectif de contribuer aux débats à venir en proposant une refonte générale des régimes de pensions et leur remplacement par un système public et obligatoire, fondé sur des comptes individuels de cotisations et financé par répartition. Ce nouveau système, sur le modèle de la réforme mise en place en Suède entre 1994 et 2008, a l'avantage de mieux prendre en compte les carrières longues, de s'adapter à l'augmentation de l'espérance de vie, de permettre des retraites progressives et d'offrir des garanties solides à long terme sur la viabilité du système de retraite – et ce pour l'ensemble des générations, y compris les plus jeunes. Contrairement à une idée reçue, les comptes individuels sont globalement plus favorables aux carrières salariales modestes et aux petites retraites. Les modalités de la transition vers ce nouveau système sont également étudiées : quel plafond choisir ? Comment rapprocher le secteur public et le secteur privé ? Comment envisager les mesures financières transitoires d'une telle réforme ? Aucun obstacle n'est insurmontable pourvu que la volonté politique de préserver un système public par répartition existe. De

nombreux points mériteraient d'être discutés en détail et débattus démocratiquement (Résumé des auteurs).

41411

RAPPORT
BICHOT (J.)
Institut Montaigne. Paris. FRA

Réforme des retraites : vers un big-bang ?

Paris : Institut Montaigne : 2009/05 : 39p.
Cote Irdes : B6703

http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/reforme_retraites_vers_un_big_bang.pdf

Dans cette nouvelle étude publiée par l'Institut Montaigne, Jacques Bichot s'appuie sur ces expériences pour formuler six principes directeurs propres à inspirer une profonde réforme des retraites, adaptée à notre pays. Parmi ceux-ci figurent l'instauration d'un système franchement contributif et l'adoption d'un fonctionnement «à cotisations définies».

42075

FASCICULE
Observatoire des Retraites. Paris. FRA

La retraite en France : Statistiques, définitions, tendances, projections.

LES CHIFFRES DE LA RETRAITE ; 5
Paris : Observatoire des retraites : 2009/06 : 119p.

Cote Irdes : B6755
http://www.observatoire-retraites.org/uploads/tx_orpublications/LORC5.pdf

Cette nouvelle édition des «Chiffres de la retraite» s'efforce de rassembler l'essentiel des données disponibles sur la retraite en France. La première partie porte sur les régimes de retraite : présentation du système de retraite, régimes de base, régimes complémentaires, projections du Conseil d'Orientation des Retraites, retraite par capitalisation collective. La deuxième partie porte sur les individus : actifs, de l'activité à la retraite, retraités. Un index permet plus facilement de retrouver l'information recherchée.

► RSA

41426

DOCUMENT DE TRAVAIL
GOMEL (B.) , SERVERIN (E.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-Le-Grand. FRA

Expérimenter pour décider ? Le RSA en débat.

Document de travail; 119
Noisy Le Grand : CEE : 2009/06 : 30p., tabl.
Cote Irdes : c,en ligne

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/119-experimenter_decider_rsa_debat.pdf

Parmi les mesures d'évaluation des politiques publiques, l'expérimentation est aujourd'hui mise en avant comme procédé scientifique de contrôle ex-ante de l'efficacité des instruments d'action publique. L'article propose d'explorer, sous trois dimensions, les fondements de la raison expérimentale invoquée au soutien des politiques publiques : au plan théorique, en situant l'expérimentation parmi les diverses formes d'observation qui gravitent autour de l'action publique ; au plan opérationnel, en étudiant un modèle expérimental particulier, celui qui a précédé la mise en place du Revenu de solidarité active (RSA) ; au plan politique, en suivant les destinées des résultats expérimentaux devant la représentation nationale. S'il apparaît que l'expérimentation constitue bien une forme nouvelle d'association des scientifiques à la prise de décision, l'analyse du dispositif RSA fait apparaître un décalage entre l'objet de l'expérimentation et la teneur du dispositif, et le suivi des débats à l'Assemblée montre que l'expérimentation a rempli surtout une fonction rhétorique de justification d'une politique classique de revenus. Pour autant, cette forme d'intervention n'est pas sans conséquences. D'une part, l'association des scientifiques à la définition et au pilotage de l'action publique met en question l'indépendance de la recherche. D'autre part, l'affirmation de la supériorité scientifique de l'expérimentation peut conduire à l'éviction des autres formes d'observation. Enfin, les moyens financiers consacrés aux expérimentations risquent de manquer pour mener les enquêtes observationnelles nécessaires à la mesure des effets réels des dispositifs.

► Sécurité sociale

41406

OUVRAGE
TABUTEAU (D.)

Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025.

La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube : 2009 : 77p.

Cote Irdes : A3874

<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/dis-c-etait-quoi-la-secu-9782752605825>

Nous sommes en 2025. Une session extraordinaire du Parlement a été convoquée pour débattre de l'avenir du système de santé. La dépense de santé représente plus de 14% du produit intérieur brut. Au rythme d'évolution des dépenses, la santé pourrait bientôt représenter 20% de la richesse nationale. On évoque parfois avec nostalgie le «trou de la sécu» qui défrayait la chronique à la fin du siècle dernier. Un trou d'épingle ! Les plus anciens se remémorent l'assurance maladie dont bénéficiaient leurs parents et grands-parents. Et s'interrogent : Mais comment en sommes-nous arrivés là ?

41798

OUVRAGE
LAXALT (J.M.)

Et si demain...la Sécurité sociale éclatait ?

Paris ; Editions Jacob-Duvernet : 2009 : 175p.

Cote Irdes : A3891

<http://livre.fnac.com/a2649055/Jean-Michel-Laxalt-Et-si-demain>

Et si demain les choses évidentes disparaissaient, les institutions solides s'écroulaient, les habitudes bien ancrées s'évanouissaient. Et si demain la Sécurité sociale n'existait plus... Partant de ce postulat qui en inquiéterait plus d'un, Jean-Michel Laxalt, le président de la MGEN, fin connaisseur de l'univers de l'économie sociale, démonte la pelote de fils particulièrement enchevêtrés que constitue le système français de la protection sociale, le système le plus développé au monde. Il sait qu'il traverse une grave crise, (l'implosion est l'une des hypothèses !), il le dit, mais il affirme aussi que c'est pourtant le meilleur des systèmes, un modèle à la française qu'il veut défendre coûte que coûte. Au travers d'entretiens avec une dizaine d'experts d'horizons variés, Jean-Michel Laxalt pose des questions difficiles, en suscite d'autres, certaines

volontairement iconoclastes : la Sécurité sociale a-t-elle laissé tomber les pauvres ? La modernité, c'est aujourd'hui sans la Sécu ? Dans une société atomisée, l'autre a-t-il moins l'importance ? En somme, la société française veut-elle continuer à vivre avec elle-même ? C'est la question défi de ce livre. En affichant un optimisme volontariste, Jean-Michel Laxalt répond positivement en voulant continuer à faire vivre ce système français de protection pour assurer la cohésion sociale de ce pays. La démarche du livre sera poursuivie par les travaux de l'Institut Montparnasse que vient de créer Jean-Michel Laxalt avec l'idée «d'exporter» le modèle français.

► Soins transfrontaliers

40950

RAPPORT
LE MENN (J.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.
Paris. FRA

Soins de santé transfrontaliers. Proposition de résolution au nom de la commission des Affaires européennes du Sénat sur la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (E 3903).

Paris : Sénat : 2009/03 : 33p.

Cote Irdes : B6686

<http://www.senat.fr/rap/i08-302/i08-3021.pdf>

Le 2 juillet dernier, dans le cadre du paquet « Agenda social rénové », la commission européenne a présenté une proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Cette proposition constitue, en réalité, la reprise étoffée de la partie « santé » de la directive relative aux services dans le marché intérieur que le Conseil et le Parlement européens avaient exclue, en son temps, de ce texte, en estimant que les soins ne peuvent être considérés comme des services ordinaires. Une fois la directive « services » adoptée, la commission européenne a soumis aux Etats membres une nouvelle proposition de directive spécifiquement dédiée aux soins, dans l'objectif de leur appliquer le principe de libre prestation des services. Ce texte a, d'emblée, suscité de nombreuses et vives réserves de la part d'une large majorité d'Etats membres. C'est pourquoi le Sénat a rappelé solennellement que l'égalité d'accès à une médecine de qualité est un principe auquel nul autre ne saurait porter atteinte. Tel est l'objectif pour-

suivi par la proposition de résolution déposée par la commission des affaires européennes que le présent rapport se propose d'étudier (Résumé d'auteur).

PRÉVENTION SANTÉ

► Accidents de la vie courante

39450

RAPPORT

Commission de la Sécurité des Consommateurs. (C.S.C.). Paris. FRA, Institut National de la Consommation. (I.N.C.). Paris. FRA, Macif Prévention. Paris. FRA

Livre blanc : Prévenir les accidents de la vie courante. "Pour une politique de prévention ambitieuse et proche des citoyens".

Paris : SCS : 2008/09 : 174p.

Cote Irdes : A3793

http://www.conso.net/galerie/files/Documents%20divers/Livre_blanc_AcVc_%202008_1.pdf

Ce document est issu d'une réflexion engagée par les partenaires le 29 novembre 2007, lors du colloque « Les nouveaux enjeux de la sécurité des consommateurs » et poursuivie le 10 juin 2008 à l'occasion du forum « Prévenir les accidents de la vie courante », lequel a permis de recueillir les points de vues de 140 experts venus de tous les horizons. Le Livre blanc retrace ainsi les recommandations de six groupes de travail consacrés aux thèmes suivants : la sécurité des enfants, la sécurité des pratiquants de sports de loisir, la sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif, la prévention des incendies domestiques, la prévention des chutes au domicile des personnes âgées, l'épidémiologie des accidents de la vie courante. Chaque thème comporte une analyse de l'accidentologie, de l'environnement juridique, un bilan des actions menées et des propositions d'actions. Ce document expose également douze risques spécifiques d'accidents de la vie courante : échafaudages domestiques, lieux commerciaux, piscines privées... et dix neuf contributions d'acteurs de la prévention émanant des associations de consommateurs, de certains établissements publics, associations familiales et organisations professionnelles (Résumé d'auteur).

► Drogues

41526

OUVRAGE

OBRADOVIC (I.)

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA

Évaluation du dispositif des "consultations jeunes consommateurs" (2004-2007).

Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge.

Saint-Denis la Plaine : OFDT : 2009/01 : 174p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiop1.pdf>

Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (CJC) propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leurs familles : de mars 2005 à décembre 2007, 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage ont été accueillis. Après une première enquête nationale menée en 2005, l'Observatoire des drogues et des toxicomanies a renouvelé ses investigations pour caractériser le public reçu, par type d'usage et par filière de recrutement (recours spontané, orientation judiciaire ou autre), la réponse qui lui est offerte et les parcours individuels au sein du dispositif. L'enquête propose une analyse des facteurs prédictifs du drop out mais aussi des conditions de réussite, à court terme, des tentatives de réduire le niveau d'usage. Elle souligne en outre les disparités dans les pratiques professionnelles de prise en charge et de repérage des usages nocifs et de la dépendance. Ce bilan de trois ans d'activité offre ainsi des perspectives de réflexion sur la différenciation des profils d'usage et de suivi du public en fonction des canaux de recrutement, en soulignant notamment la prépondérance des consultants orientés par la justice, majoritairement usagers occasionnels de cannabis. (Résumé d'auteur).

► Éducation thérapeutique

39157

RAPPORT

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

BERTRAND (D.)

CECCHI-TENERINI (R.), GEOFFROY (L.),

MALLET (J.C.)

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

FRA

Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient.

Paris : la Documentation française : 2008/09 : 171p.

Cote Irdes : C, B6563

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

Ce rapport 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. 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. 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 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.

■ Obésité

39418

RAPPORT
BOYER (V.)

Assemblée Nationale. Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales.
Paris. FRA

Rapport sur la prévention de l'obésité.

Paris : Assemblée Nationale : 2008/10 : 244p.

Rapport d'information ; 1131

Cote Irdes : B6577

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1131.pdf>

La mission parlementaire d'information sur la prévention de l'obésité, dont la présidente Valérie Boyer souhaite faire une « grande cause nationale mobilisant l'ensemble des Français », a rendu ses conclusions publiques le 30 septembre. En France, un adulte sur deux est en surcharge pondérale et un sur six est obèse. Un enfant sur cinq souffre de surpoids. Le coût de l'obésité et du surpoids atteint 10 milliards d'euros par an pour l'Assurance maladie (7 % de l'ONDAM), a souligné la députée UMP des Bouches-du-Rhône. Un coût qui pourrait doubler d'ici 2020. Le rapport entériné le 24 septembre par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale présente 83 propositions pour répondre à ce « véritable problème de société ». Les propositions qui viennent en appui de la politique qui a été engagée dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) concernent aussi bien l'industrie agro-alimentaire, la distribution, les consommateurs, les médias, les professionnels de santé... Le bonus-malus sur les aliments est la mesure la plus commentée. La ministre de la Santé Roselyne Bachelot a écarté mardi, après ses collègues du Budget et du Travail, l'idée de taxer davantage la « malbouffe » et d'abaisser en contrepartie la TVA sur les fruits et légumes. La ministre de la Santé a assuré qu'elle était « dans une démarche de prise en charge de l'obésité » et que les dispositifs qu'elle allait mettre en place dans sa loi HPST « vont donner des outils dans ce sens ».

41604

RAPPORT, INTERNET
ETIENNE (J.C.) , BOUT (B.)

Sénat. Paris. FRA, Assemblée Nationale.
Paris. FRA, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques.
(O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

Les perspectives offertes par les recherches sur la prévention et le traitement de l'obésité.

Rapport; n° 1770, rapport; n°477

Paris : Assemblée Nationale, Paris : Sénat : 2009 : 202p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r08-477/r08-4771.pdf>

Si la France a longtemps été un des pays européens les moins concernés par le phénomène d'obésité, aujourd'hui le taux d'obèses dans notre pays (16,9 % selon l'enquête nationale nutrition-santé de 2006) a rejoint le taux moyen des pays de l'Union européenne (17,2 %). A ce rythme, la France pourrait

compter 25 % d'obèses en 2018. Le coût financier de l'obésité atteindrait alors 7 % des dépenses de santé. Cette audition publique avait donc pour objet de dresser un état des lieux sur la nature et les perspectives des recherches dans le domaine de la prévention et du traitement de l'obésité afin de contribuer à renforcer les stratégies de lutte contre ce fléau social. Elle constitue la première phase d'une étude de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

► Risques professionnels

41603

RAPPORT, INTERNET

Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. Paris. Direction Générale du Travail. Paris. FRA., Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels. Paris. FRA

Conditions de travail - Bilan 2008.

Paris : La documentation Française : 2009 : 395p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000263/0000.pdf>

Ce rapport présente le système français de prévention des risques professionnels, les principaux volets des politiques nationales conduites en 2008, ainsi que leur cadre européen. Il présente également le bilan de la mise en oeuvre des plans gouvernementaux qui structurent désormais toute la politique de la prévention. Il développe enfin les principaux résultats des plus récentes études et enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Certains thèmes font l'objet d'analyses spécifiques : la transposition de la directive «machines», l'occasion d'une actualisation des règles ; l'adoption des règlements communautaires REACH et GHS/CLP : une nécessaire gestion harmonisée des produits chimiques. L'activité des instances de gouvernances et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (CSPRP, ANACT, Branche AT/MP, OPPBTP, AFFSET, InVS, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage.

► Biologie médicale

39572

FASCICULE, INTERNET

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

BIOLAM 2005-2007 : dénombrement, base de remboursement et montant remboursé.

Paris : CNAMTS : 2008/10 : 17p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Biolam_2005-2006-2007_ameli_01.xls

Les données BIOLAM 2005-2007 présentent des informations détaillées sur les actes de biologie médicale remboursés au cours des années 2005 à 2007 par le régime général en France métropolitaine, hors sections locales mutualistes. Les données proposées sous la forme d'un tableau comprennent pour chaque acte codé de biologie : le dénombrement de 2005 à 2007, la base de remboursement de 2005 à 2007 (montant des honoraires facturés par le laboratoire de biologie médicale), les montants remboursés par le régime général de 2005 à 2007 ainsi que les pourcentages d'évolution 2006/2007. Le premier onglet comprend l'intégralité des codes classés par numéro croissant. Dans le second onglet, les codes sont regroupés en groupes physiopathologiques.

41882

FASCICULE, INTERNET

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

BIOLAM 2006-2008 : dénombrement, base de remboursement et montant remboursé.

Paris : CNAMTS : 2009/07 : 17p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Biolam_2006-2007-2008_ameli.xls

Le tableau proposé en téléchargement comprend pour chaque acte codé de biologie médicale les données suivantes : le dénombrement de 2006 à 2008, la base de remboursement de 2006 à 2008 (c'est le montant des honoraires facturés par le laboratoire de biologie médicale), les montants remboursés par le régime général de 2006 à 2008, ainsi que les pourcentages d'évolution 2008/2007 des dé-

nombrements, des bases de remboursement et des montants remboursés. Le premier onglet comprend l'intégralité des codes classés par numéro croissant. Dans le second onglet les codes sont regroupés en groupes physiopathologiques.

► Comptes de la Sécurité sociale

39512

RAPPORT

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

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2007 - Prévisions 2008 et 2009. Tome 1.

Paris : MSSPS : 2008/09 : 253p., tabl., graph.
Cote Irdes : Bc6583/1

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000635/0000.pdf>

Le rapport propose une actualisation des prévisions concernant les comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles) pour 2008, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. Des éclairages sont proposés sur les dépenses de biologie médicale, sur les dépassements d'honoraires des médecins, sur les modes de rémunération des médecins généralistes : comparaison internationale, sur la rétrocession hospitalière, sur l'accès aux complémentaires santé et au recours aux soins, sur les fonds médicaux et hospitaliers.

39513

RAPPORT

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

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2007 - Prévisions 2008 et 2009. Tome 2.

Paris : MSSPS : 2008/09 : 253p., tabl., graph.
Cote Irdes : Bc6583/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000635/0000.pdf>

Le rapport propose une actualisation des prévisions concernant les comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnel-

les) pour 2008, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. Ce second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général, des régimes de retraite complémentaire ainsi que des éléments de bilan du régime général.

41657

RAPPORT , INTERNET

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

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009.

Paris : MSSPS : 2009/06 : 264p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss2009.htm>

Pour 2008, les résultats des comptes de la Sécurité sociale sont proches des prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale 2009, malgré l'impact de la crise. Le déficit s'établit à 10,2 milliards d'euros. La révision à la baisse de la masse salariale (3,6% contre 4,25% estimé) s'est traduite par une diminution des recettes de plus de 1 milliard d'euros. Les dépenses, en revanche, ont été bien maîtrisées. L'ONDAM a progressé de 3,4% en 2008 après 4,2% en 2007. En 2009, l'effet de la crise économique conduit à dégrader le déficit du régime général de près de 10 milliards d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. La révision à la baisse de la masse salariale (-1,25% au lieu de 2,75% en LFSS) affecte les recettes pour environ 8 milliards d'euros. L'augmentation du chômage a pour conséquence de différer la baisse des cotisations chômage et donc l'augmentation prévue des cotisations vieillesse et d'augmenter le niveau des prestations logement. Au total, l'impact de la crise est de l'ordre de 10 milliards d'euros, ce qui explique la moitié du déficit du régime général qui atteint un niveau sans précédent de 20,1 milliards d'euros. L'objectif, dans ce contexte, reste la maîtrise des dépenses. Le comité d'alerte, dans son avis du 29 mai dernier, a pointé un risque de dépassement de l'ONDAM de 300 à 500 millions d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement. Roselyne Bachelot et Éric Woerth ont réaffirmé leur objectif de respecter l'ONDAM voté à 3,3% par le Parlement. Des actions sont engagées avec les caisses d'assurance maladie pour juguler la progression des indemnités journalières et des frais de transports sanitaires, deux postes de dépenses en forte aug-

mentation (respectivement +6,7% et +7,4% sur les 4 premiers mois de 2009). Les contrôles des «gros prescripteurs» seront renforcés. De manière plus générale, les ministres souhaitent que le taux de réalisation des mesures de maîtrise médicalisée s'améliore nettement. Par ailleurs, afin de garantir une bonne gestion des fonds publics, l'exécution des crédits sera suivie avec attention et si certaines dotations ont été surévaluées par rapport aux besoins, elles seront révisées à la baisse dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour venir en atténuation de l'ONDAM 2009. Les effets de la crise économique rendent nécessaire de trouver les moyens d'assurer le financement des besoins de trésorerie croissants du régime général. Éric Woerth a confirmé que le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, fixé à 18,9 milliards d'euros pour 2009 dans la LFSS, sera relevé par décret en conseil des ministres puis ratifié par le Parlement dans le prochain PLFSS. Pour 2010, dans le contexte actuel de crise économique, le gouvernement ne souhaite ni augmenter les prélèvements obligatoires ni revenir sur les principes vertueux d'une gestion spécifique de la dette sociale au sein de la CADES. Éric Woerth a clairement exclu toute hausse de la CRDS ou de reprise de la dette par l'État en 2010 et indiqué que, pour passer le cap difficile de l'année 2010, le financement des prestations sociales sera garanti en donnant à l'ACOSS les moyens de trésorerie nécessaires.

► Dépenses de santé

42150

CHAPITRE

PICHETTI (S.), RAYNAUD (D.), VIDAL (G.)
BRAS (P.L.) / dir., POUVOURVILLE (G. de) /
dir, TABUTEAU (D.) / dir.

Les déterminants individuels des dépenses de santé.

Traité d'économie et de gestion de la santé.

Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo
Les Presses : 2009 : 115-121, tab., graph.

Cote Irdes : A3889

[http://www.pressesdesciencespo.fr/
livre/?GCOI=27246100728790](http://www.pressesdesciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790)

42155

DOCUMENT DE TRAVAIL

ALBOUY (V.), BRETIN (E.), CARNOT (N.),
DEPREZ (M.)

Ministère des Finances. Direction Générale
du Trésor et de la Politique Économique.
(D.G.T.P.E.). Paris. FRA

Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050.

Documents de travail de la DGTPE. 2009-11
Paris : DGTPE : 2009/07; 33p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.finances.gouv.fr/directions_services/
dgtpe/etudes/doctrav/pdf/cahiers-2009-11.pdf](http://www.finances.gouv.fr/directions_services/dgtpe/etudes/doctrav/pdf/cahiers-2009-11.pdf)

La part du revenu national consacrée à la santé est en forte croissance depuis plusieurs décennies. Cette dépense étant largement socialisée, il est capital d'évaluer si cette tendance a des chances de se poursuivre, quelles en sont les causes profondes, et si les politiques publiques peuvent l'infléchir. Ce document passe en revue les déterminants possibles de l'augmentation des dépenses de santé. Il conclut que si certains facteurs passés pourraient peser moins lourdement à l'avenir, la santé reste fondamentalement une industrie en croissance tirée par l'innovation technico-médicale. L'ampleur de la hausse à venir paraît néanmoins très incertaine : les estimations passées ici en revue anticipent une hausse du poids de la santé dans le PIB comprise entre 0 et plus de 10 points d'ici 2050. Dans une deuxième partie, une estimation originale de l'effet du vieillissement démographique est proposée. D'après nos estimations, l'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre ½ et 2 ½ points de PIB d'ici 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'au contraire les soins aux personnes âgées s'intensifient.

► Dépenses hospitalières

39555

RAPPORT

POSTEL-VINAY (D.), DUPAYS (S.), VIENOT
(A.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale de
l'Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.G.I.N.S.E.E.). Paris. FRA

Le suivi des dépenses hospitalières de l'assurance maladie.

Paris : IGAS : 2008/05 : 76p., 7 annexes

Cote Irdes : B6585

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000665/0000.pdf>

Compte tenu des difficultés constatées dans le suivi de la dépense des régimes d'assurance maladie au titre des soins hospitaliers (objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier, ou ONDAM hospitalier), l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'INSEE ont été chargées de mettre en place une mission conjointe d'analyse et de propositions sur le sujet. La mission devait, à partir d'une analyse des difficultés rencontrées en 2005 et 2006 pour parvenir à la mise en cohérence des données provenant des différentes sources statistiques et comptables, proposer toute amélioration méthodologique et organisationnelle de nature à fiabiliser (en qualité et en délai) les remontées d'informations sur les dépenses d'assurance maladie liées aux établissements de santé. Le rapport présente une série de recommandations, dont des propositions d'évolution concernant l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, institué pour cinq ans par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

► Dépenses pharmaceutiques

39573

FASCICULE, INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques (D.S.E.S.). Paris. FRA

Medicam 2007. Médicaments remboursés par le Régime général au cours des années 2002 à 2007 (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).

Paris : CNAMTS : 2008/04 : tabl.

Cote Irdes : c, en ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MedicamDicomma2007.zip

La CNAMTS propose un tableau présentant des informations détaillées sur les médicaments remboursés au cours des années 2002 à 2007 par le Régime général (Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). L'actualisation des classes thérapeutiques réalisée tous les mois à la CNAMTS permet de connaître facilement les évolutions 2002-2003-2004-2005-2006 et 2007 sur le médicament codé. Ce tableau présente de 2002 à 2007 pour chaque médicament, par code CIP, les données suivantes : la base de rem-

boursement ; les montants remboursés ; les dénombrements ; les prescripteurs de ville - base de remboursement ; les autres prescripteurs - base de remboursement.

42166

RAPPORT

LANCRY (P.J.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Secrétariat d'Etat Chargé des Aînés. (S.E.C.A.). Paris. FRA

Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Paris : Ministère de la santé, Secrétariat d'Etat chargé des Aînés : 2009/08 : 32p.

Cote Irdes : B6752

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000395/0000.pdf>

Pour lutter contre le mauvais usage des médicaments dans les établissements et les graves conséquences de santé qui en résultent pour les personnes âgées, il est prévu de renforcer le rôle du pharmacien d'officine. La désignation d'un pharmacien référent permettra notamment de travailler en coordination avec les autres professionnels autour du patient ou encore de vérifier la bonne prescription faite au patient (posologie, contre-indication, interactions...). Actuellement, la dépense de médicaments par jour et par résident est évaluée en moyenne à 4.12 euros. L'assurance maladie prend à sa charge 85.4 % de ce montant, le reste étant à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé. Le nouveau dispositif qui va être expérimenté permettra à terme d'exonérer tous les résidents des maisons de retraite du reste à charge sur les médicaments. Les expérimentations débuteront à l'automne 2009 dans 360 Ehpad (publics, privés à but non lucratif, privés commerciaux). Pour évaluer les expérimentations, des indicateurs qualitatifs et quantitatifs ont été élaborés en concertation avec les professionnels. Enfin, un comité assurera le suivi de l'expérimentation et sera chargé de préparer un rapport d'évaluation que le Gouvernement devra remettre au Parlement avant le 1er octobre 2010.

► Dispositifs médicaux

41881
FASCICULE, INTERNET
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

LPP'AM 2006-2007 - Edition juin 2008.

Paris : CNAMTS : 2009/07 : 54p., tabl.

Cote Irdes : C, En ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/
documents/LPP-2006-2007.xls](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/LPP-2006-2007.xls)

L'étude mise en ligne le 6 juillet 2009 sur le portail ameli.fr présente des informations détaillées sur les 2167 dispositifs médicaux remboursés au cours des années 2006 à 2007 dans le Régime Général. Elle décrit, par code affiné, les dénombrements annuels 2006 et 2007 pour chaque dispositif médical.

► Synthèse des connaissances

41667

OUVRAGE
ROCHAIX (L.), LE PEN (C.), GRIGNON
(M.), OR (Z.), PERRONNIN (M.), PARIS (V.),
LANCRY (P.J.) et al.
BRAS (P.L.) / dir., POUVOURVILLE (G. de) /
dir., TABUTEAU (D.) / dir.

Traité d'économie et de gestion de la santé.

Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo
Les Presses : 2009 : 561p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3889

[http://www.pressesdesciencespo.fr/
livre/?GCOI=27246100728790](http://www.pressesdesciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790)

Cet ouvrage collectif pluridisciplinaire placé sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville et Didier Tabuteau est composé de 59 chapitres ayant chacun un auteur spécialisé différent. Il s'agit à la fois d'un bel outil et d'une référence, le gold standard de la pensée et de l'analyse du système de santé actuel. Ce traité synthétise l'ensemble des problématiques et des connaissances de base pour comprendre les débats économiques sur la santé, il permet d'appréhender les politiques de régulation des dépenses de santé et constitue une aide à la gestion et au pilotage des principales institutions du système de santé. Destiné aux étudiants, aux décideurs et aux acteurs de la santé, il pourrait aussi fournir quelques clés pour faire évoluer et conforter une organisation collective qui est au cœur du pacte social, comme le souhaitent les auteurs. Chacun peut en effet y trouver

ce qu'il recherche dans le champ de l'économie et de la gestion de la santé dans les huit chapitres qui structurent l'ouvrage : principes généraux, les dépenses de santé, l'accès aux soins, la maîtrise des dépenses de santé, la qualité, la gouvernance et les acteurs, l'information de santé, mondialisation et santé.

42103

OUVRAGE
ZWEIFEL (P.), BREYER (F.), KIEMANN (M.)

Health Economics.

Economie de la santé.

Dordrecht : Springer : 2009 : 529p., index

Cote Irdes : A3906

The most thorough book available on the economics of health and health care delivery, Health Economics develops the theory necessary to examine these issues analytically and presents empirical evidence on each issue, summarizing results for easy comprehension. Issues discussed include the «cost explosion» in health care, the role of physicians and the power of medical associations, and the control of technological change in medicine. Because the level of sophistication is rapidly expanding in health economics, this book also provides key analytic tools required to understand research that is currently in progress.

ÉTAT DE SANTÉ

► Accidents de la vie courante

40152

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

Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004.

Saint Maurice : I.V.S. : 2008/12 : 46p., fig.,
tabl.

Cote Irdes : C, B6623

[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.

D Alcoolisme

39567

COMMUNICATION

COM-RUELLE (L.) , DOURGNON (P.) ,
JUSOT (F.) , LENGAGNE (P.)

Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.).
Marseille. FRA

**Facteurs socioéconomiques associés
à la consommation d'alcool en France :
une étude des différents modes de
consommations.**

Les inégalités de santé, nouveaux savoirs,
nouveaux enjeux politiques. Congrès national

des Observatoires régionaux de la santé
2008. : Marseille, 2008/10/16-17

Marseille : ORS : 2008 : 5p.

Cote Irdes : R1726

L'abus d'alcool constitue un facteur de risque très important sur le plan sanitaire, social et économique. Le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoyait ainsi, parmi ses 100 objectifs, de réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et de prévenir l'installation de la dépendance. Pour cela, il est nécessaire de mieux connaître les risques, leur prévalence et leur répartition entre groupes sociaux dans la population. Cependant, en France, les connaissances sur ce sujet restent limitées. Jusqu'à présent, les données d'enquête en population générale ne permettaient pas de distinguer les modes de consommation modérés et sans risque des comportements à risque. Cette étude repose sur les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée en 2002 et 2004 auprès de la population générale en France. Elle intègre le questionnaire AUDIT-C interrogeant sur la fréquence et la quantité d'alcool consommé. Se basant sur ce questionnaire et les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en matière de consommation d'alcool, quatre profils ont été construits : non-consommateurs d'alcool, consommateurs sans risque, consommateurs à risque ponctuel ou excessif. Nous analysons les facteurs associés à ces profils à partir de régressions logistiques.

39803

FASCICULE

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

Mémento alcool : Edition 2008.

Paris : Ireb : 2008/11 : 16p.

Cote Irdes : A3812

<http://www.ireb.com/actualites/ireb%20M%E9mento%20version%20site.pdf>

Cette première édition du Mémento alcool de l'IREB propose sept chapitres et une vingtaine de graphiques et tableaux sur la consommation globale, les usages par sexe et par âge, la mortalité et son évolution, les consommations des jeunes, des comparaisons européennes, la sécurité routière ainsi que des données économiques sur le secteur des boissons alcoolisées. La conception du Mémento alcool de l'Ireb s'appuie sur des données et enquêtes produites notamment par l'Organisation

mondiale de la santé (OMS), l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Le Mémento présente aussi un aperçu des connaissances et des comportements issu de l'Observatoire Ireb « Les Français et l'alcool », ainsi que quelques repères pratiques sur les unités d'alcool, le taux d'alcoolémie et le temps d'élimination de l'alcool dans le sang.

40448

COMMUNICATION

CHOQUET (M.), COM-RUELLE (L.), LE GUEN (N.), LENGAGNE (P.), LEYMARIE (N.), NEVEU (X.)

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

Les jeunes et l'alcool aujourd'hui :

Principaux résultats.

Paris : IREB : 2009/02/05 : 38p., tabl.

Cote Irdes : R1739

<http://www.ireb.com/actualites/2009%2002%2005%20Ireb%20Pr%E9sentation%20enqu%Eate%2013-24%20ans%20VF.pdf>

Ce document présente les principaux résultats de la dernière enquête de l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB) montrant que les jeunes Français de 13 à 24 ans ont une relation majoritairement sage avec l'alcool et que la famille joue un rôle important vis-à-vis des risques de consommation abusive. L'enquête ne montre pas d'évolution majeure au cours de ces dernières années mais signale un abaissement de l'âge de la première consommation et un niveau d'ivresse plus élevé qu'en 2001 mais plus faible qu'il y a dix ans. Elle apporte des éléments nouveaux sur cette large tranche d'âge permettant l'observation de l'évolution des comportements autour du passage de l'adolescence au jeune âge adulte.

► Cancer

41428

RAPPORT, INTERNET

DROZ (J.P.) / coord.

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.).

Boulogne Billancourt. FRA

État des lieux et perspectives en oncogériatrie.

Boulogne-Billancourt : Inca : 2009 : 379+3p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/etat_des_lieux_perspectives_oncogeriatie_170709.pdf

L'objectif de ce rapport est de faire un inventaire de la problématique oncogériatrique qui puisse aider les décideurs institutionnels en matière de politique de prise en charge du cancer chez la personne âgée. Les thèmes abordés sont les suivants : le concept d'oncogériatrie; les données épidémiologiques; les stratégies de dépistage et de diagnostic du cancer de la personne âgée; la prise en charge, l'état des lieux et les propositions de pistes d'amélioration; la prise en charge thérapeutique; l'oncogériatrie et la formation; la recherche; l'offre de soins; l'offre institutionnelle gériatologique; aspects médicoéconomiques; la synthèse et les recommandations.

41583

RAPPORT

DOYON (F.), HILL (C.), MOUSANNIF (A.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).

Maladies Chroniques et Traumatismes. Saint-Maurice. FRA

Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006.

Saint-Maurice : INVS : 2009/05 : 272p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, B6708

http://www.invs.sante.fr/publications/2009/evolution_mortalite_cancer_france_1950_2006/index.html

Les évolutions de la mortalité et de l'incidence sont comparées entre 1980 et 2005. Chez l'homme, la mortalité par cancer diminue depuis 1989 de 1,5 % par an. Cette diminution résulte surtout de la baisse de la mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), de la prostate, du poumon, de l'intestin et de l'estomac, et s'observe malgré l'augmentation de la mortalité par cancer du foie, de la peau et du pancréas. Chez la femme, la mortalité diminue depuis 1963, et plus rapidement de 0,7 % par an depuis 1989. Cette diminution résulte surtout de la baisse de la mortalité par cancer de l'intestin, du sein, de l'estomac et de l'utérus, et s'observe malgré l'augmentation de la mortalité par cancer du poumon, du pancréas et de la peau. Les évolutions de l'incidence et de la mortalité ne concordent pas toujours. En particulier l'incidence augmente et la mortalité diminue, au moins dans les années récentes, pour la prostate, le testicule, le sein, la thyroïde et

l'encéphale et, seulement chez les femmes, pour les VADS. Pour la prostate, le sein et la thyroïde, l'augmentation de l'incidence résulte des changements de pratiques diagnostiques. La diminution de la mortalité par cancer du sein est expliquée par la généralisation du dépistage par mammographie, dont l'efficacité pour réduire la mortalité a été démontrée. L'augmentation de l'incidence du cancer de la thyroïde est limitée aux cancers papillaires dont la mortalité est très faible.

► Comportement alimentaire

41872

RAPPORT

BENETIER (C.) , BERTIN (M.) , CALAMASSI-TRAN (G.) , DUBUISSON (C.) , DUFOUR (A.) , GAUCHARD (F.) , LAFAY (L.) , LIORET (S.) , TOUVIER (M.)
LAFAY (L.) / coord. , VOLATIER (J.L.) / coord.
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. (A.F.S.S.A.). Maisons-Alfort. FRA

Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) : 2006-2007.

Maisons-Alfort : Afssa : 2009/02 : 225p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6741

<http://www.afssa.fr/Documents/PASER-Ra-INCA2.pdf>

Publiée par l'Agence française de sécurité sanitaire et alimentaire (Afssa), la deuxième étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaire (INCA 2) a été menée entre fin 2005 et avril 2007. Réalisée auprès de 4 000 Français suivis pendant 7 jours, elle permet de dresser un tableau assez réaliste des habitudes alimentaires hexagonales. Premier constat : les adultes consommeraient plus de fruits et légumes, moins de sel et moins d'alcool qu'en 1999 et les apports énergétiques quotidiens se seraient stabilisés chez l'adulte. Toutefois l'activité physique régulière reste insuffisante. Le surpoids (avec un indice de masse corporelle entre 25 et 30) toucherait 40 % des hommes et 25 % des femmes ainsi que 14 % des 3/17 ans seraient concernés (quels que soient leur âge et leur sexe). Enfin, 11,6 % des Français souffriraient d'obésité (IMC>30).

► Dépression

41621

RAPPORT

CHAN CHEE (C.) / dir., BECK (F.) / dir., SAPINHO (D.) / dir., GUILBERT (P.) / dir.
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

La dépression en France. Enquête Anadep 2005.

Saint-Denis : INPES : 2009/04 : 208p.

Cote Irdes : B6711

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>

Cet ouvrage s'appuie sur une enquête en population générale mise en oeuvre par l'INPES et qui repose sur des indicateurs internationaux validés. Face aux difficultés épidémiologiques à cerner un phénomène tel que la dépression, les auteurs présentent en détail les méthodes et leurs limites, avant d'explorer les différents facteurs sociodémographiques associés à la dépression, ainsi que le recours au soin suscité par cette pathologie. Outre la volonté de renforcer les connaissances en termes de prévalence et de facteurs associés, cette enquête met également l'accent sur les représentations et les attitudes de la population générale face à la dépression. L'ouvrage dresse ainsi un état des lieux des opinions et perceptions du public pour accompagner la mise en place d'une politique de santé publique plus efficace, car mieux comprise (Résumé d'auteur).

► Études d'ensemble

41264

RAPPORT, INTERNET

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

Statistiques sanitaires mondiales 2009.

Statistiques sanitaires mondiales.

Genève : OMS : 2009 : 149p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

Les Statistiques sanitaires mondiales 2009 contiennent la compilation annuelle par l'Organisation mondiale de la santé des données provenant de ses 193 Etats Membres et un résumé des progrès accomplis vers les objectifs et des cibles du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Cette édi-

tion comprend également une nouvelle partie consacrée aux cas notifiés de maladies infectieuses sélectionnées.

41420

RAPPORT

DANET (S.) / dir., HAURY (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 2008.***

Paris : La documentation française : 2009 :
254p., tabl., graph., carte

Cote Irdes : En ligne

[http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/
santepop2008.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm)

Cet ouvrage fournit en 2008 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le troisième 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. Il a vocation à documenter le Haut conseil de la santé publique (HCSP) installé depuis mars 2007 pour préparer l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004. 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). Il fait suite au travail d'un groupe d'experts qui, durant une année, sous l'égide de la DGS et de la DREES, a réuni à la fois ces principaux producteurs de données et des experts de chacun des thèmes retenus par la loi. Ce groupe a défini de façon opérationnelle les indicateurs pertinents et d'ores et déjà disponibles permettant le suivi des objectifs associés à la loi, tout en identifiant et précisant les besoins d'informations complémentaires. Le rapport de définition des indicateurs issu de ce travail a été rendu public en juillet 2005. 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 73 objectifs spécifiques. Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les

sources de données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple de mesure de qualité de vie pour certains états pathologiques, ou d'atteintes de santé dont la mesure est complexe dans des groupes spécifiques. Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine selon les sources disponibles) 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.

► Étudiants

41884

RAPPORT

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

***La santé des étudiants d'aujourd'hui :
l'avenir de la société de demain ! Livre blanc
des Mutuelles étudiantes régionales sur "la
santé et la protection sociale des étudiants".***

Paris : Usem : 2009 : 32p.

Cote Irdes : B6745

[http://www.usem.fr/contenu_PDF/2009/2009_
Livre_Blanc_de_USEM.pdf](http://www.usem.fr/contenu_PDF/2009/2009_Livre_Blanc_de_USEM.pdf)

Dans son livre blanc l'Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales (USEM) dresse un constat inquiétant des comportements à risque qui se développent et qui fragilisent la santé des étudiants. Après constat que les jeunes étaient de plus en plus confrontés aux problèmes de dépression, d'alcool, de drogue, etc., au cours de leurs études, les mutuelles étudiantes formulent dix propositions. Elles sont regroupées sous trois grands thèmes, avec pour objectif de réformer la santé et la protection sociale étudiante. Il s'agit donc de définir un meilleur pilotage de la santé étudiante, d'amplifier les actions de prévention et de renforcer l'accès aux soins des étudiants.

► Femmes

41668

OUVRAGE

ALLONIER (C.) , DOURGNON (P.) ,
SERMET (C.) , ROCHEREAU (T.) et al.
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche des Etudes de
l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

La santé des femmes en France.

Paris : DREES : 2009 : 285p.

Cote Irdes : B6719

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

Publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS, ce rapport, qui s'appuie sur un travail collectif de grande ampleur, présente les problèmes de santé touchant les femmes, par pathologie et par déterminant de santé. S'intéresser spécifiquement à la santé des femmes, c'est à la fois porter un regard sur les inégalités qui demeurent entre femmes et hommes et prendre en compte le clivage social grandissant au sein même de la population féminine. Cette double approche, sexuée et sociale, est mobilisée tout au long de cet ouvrage qui collige l'ensemble des données disponibles dans le champ sanitaire et social. Les auteurs – statisticiens, épidémiologistes, médecins, démographes, sociologues – ont réuni leurs compétences pour réaliser cette photographie de la santé des femmes en 2008. À partir de fiches thématiques conjuguant les approches par pathologie et par population, les problèmes de santé sont abordés en onze chapitres : données de cadrage, santé sexuelle et reproductive, périnatalité, maladies infectieuses, maladies chroniques et vieillissement, cancers, addictions et toxicomanie, santé mentale, accidents et traumatismes, santé et travail, santé et précarité. Un éclairage particulier est porté sur trois problématiques au cœur des préoccupations actuelles de santé publique : la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les violences subies par les femmes. Une synthèse vient compléter ce panorama. Au-delà des constats, ce recueil se veut un outil d'aide à la décision afin de prévenir les changements dans l'organisation des soins au carrefour des secteurs sanitaire et social et met en lumière des besoins de connaissance importants.

► Handicap

41570

OUVRAGE

STIKER (H.J.)

Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours. Soi-même, avec les autres.

Grenoble : Presses universitaire de
Grenoble : 2009 : 262p.

Cote Irdes : A3883

À la manière dont on parle de la question sociale, il est légitime de parler de la question du handicap, tant elle comporte d'enjeux fondamentaux pour les individus et la société. La traversée des quarante dernières années le montre en abondance dès lors qu'on ne se contente pas de suivre les événements, qu'ils soient législatifs, institutionnels, médiatiques ou juridiques, à leur seul plan factuel. En analysant la condition des personnes handicapées, et en s'attardant sur certaines affaires qui ont remué l'opinion publique, on rejoint les grands problèmes humains de la souffrance, de la reconnaissance mutuelle, du respect, de la lutte pour la vie épanouie, du droit à la solidarité, de l'expression de la sexualité. En scrutant les batailles théoriques, la notion de handicap se révèle complexe et riche, et finit par devenir un paradigme social général, à discuter. Des horizons nouveaux s'ouvrent grâce aux mouvements des personnes handicapées qui se sont levées pour prendre la parole en leur nom propre. Le développement des technologies, comme l'influence des instances européennes, invitent à penser des rôles et des statuts inédits. Le parcours proposé, de l'avant 1975 à l'après 2005, deux références législatives importantes, constitue une sorte d'histoire contemporaine anthropologique qui met à jour les métamorphoses, c'est-à-dire les changements d'aspects et de caractères, d'une réalité qui renvoie au défi d'être singulier avec les autres.

42164

RAPPORT

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

Rapport du groupe de travail Frais de transport des personnes en situation de handicap.

Paris : CNSA : 2009/07 : 108p.

Cote Irdes : B6753

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/rapport_frais_de_transports.pdf

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Annexes_au_rapport_transports.pdf

Ce rapport est le fruit du travail collectif d'un groupe de professionnels composé de représentants d'associations de personnes handicapées, de représentants des départements et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de directeurs d'établissements et d'associations gestionnaires d'établissements, de représentants des services de l'État concernés (DDASS, DGAS et DSS) ainsi que de représentants de la CNAMTS et de la CCMSA. Ce groupe, qui s'est réuni sept fois entre le 2 mars et le 2 juillet 2009, a tenté de répondre à la commande du cabinet du secrétariat d'État à la Solidarité qui a demandé à la CNSA de proposer, sur la base d'une enquête, un dispositif rénové et pérenne d'organisation des transports et de prise en charge des frais afférents, qui permette de prendre en compte à la fois la totalité et la diversité des situations vécues par les personnes handicapées et les familles. Il était notamment demandé au groupe d'étudier la pertinence d'intégrer les frais de transport dans le budget des établissements accueillant des personnes handicapées adultes, chaque fois que cela est possible, comme cela se fait aujourd'hui dans les établissements pour enfants. Ce rapport fera l'objet d'une note de problématique du directeur de la CNSA à l'attention du secrétariat d'État à la Famille et à la Solidarité.

► Obésité

40759

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SASSI (F.) , DEVAUX (M.) , CECCHINI (M.) ,
RUSTICELLI (E.)

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

The obesity epidemic : analysis of past and projected future trends in selected OECD countries.

L'épidémie d'obésité : analyse des tendances passées et futures dans une sélection de pays de l'OCDE.

OECD Health Working Paper; 45
Paris : OCDE : 2009/03 : 79p., tabl., fig.,
annexes

Cote Irdes : en ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT0000EFE/\\$FILE/JT03261624.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT0000EFE/$FILE/JT03261624.PDF)

Ce document fournit une vue d'ensemble des tendances passées et futures des taux de surpoids et d'obésité dans les pays de l'OCDE.

L'utilisation de données individuelles issues d'enquêtes transversales nationales a permis d'explorer les déterminants principaux et les cheminements sous-jacents à l'épidémie d'obésité, et d'identifier de possibles leviers politiques pour contrer les effets négatifs de ces tendances sur la santé. Premièrement, les projections futures confirment la tendance vers une stabilisation progressive voire une faible baisse des taux de pré-obésité, accompagnée d'une augmentation continue des taux d'obésité. Deuxièmement, les résultats suggèrent que des forces divergentes sont en jeu, poussant les taux de surpoids et d'obésité dans deux directions opposées. D'une part, la forte influence d'un environnement obésogène (les aspects de l'environnement physique, social et économique qui favorisent l'obésité) a été confirmée au cours des 20-30 dernières années. D'autre part, l'influence sur le long terme de l'évolution de l'éducation et des conditions socio-économiques a rendu les générations successives de plus en plus conscientes des risques pour la santé liés aux choix de vie, et parfois plus aptes à gérer la pression de l'environnement. Troisièmement, les distributions des taux de surpoids et d'obésité dans les pays de l'OCDE montrent de façon cohérente des disparités marquées selon l'éducation et les conditions socio-économiques chez les femmes (plus éduquées et ayant un statut socio-économique plus élevé, les femmes ont des taux considérablement plus faibles), alors que des résultats variés sont observés chez les hommes. Quatrièmement, les résultats soulignent l'étendu du surpoids et de l'obésité au sein des ménages, et suggèrent que les comportements liés à la santé en particulier ceux concernant l'alimentation et l'activité physique, jouent probablement un rôle plus important que les facteurs génétiques dans la détermination du niveau de l'IMC au sein des ménages.

41545

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SASSI (F.) , DEVAUX (M.) , CHURCH (J.) ,
CECCHINI (M.) , BORGIVONI (F.)

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

Education and obesity in four OECD countries.

Education et obésité dans quatre pays de l'OCDE.

OECD Health Working Paper; 46
Paris : OCDE : 2009/06 : 44p., tabl., graph.,
annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00002F42/\\$FILE/JT03266668.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00002F42/$FILE/JT03266668.PDF)

Une épidémie d'obésité est en train de s'étendre dans presque tous les pays de l'OCDE depuis les 30 dernières années. Les preuves existantes suggèrent fortement qu'une telle épidémie a davantage affecté certains groupes sociaux que d'autres. En particulier, l'éducation paraît être associée à une plus faible probabilité d'obésité, notamment chez les femmes. Une série d'analyses de données d'enquête de santé concernant l'Australie, le Canada, l'Angleterre et la Corée a été menée dans le but d'explorer la relation entre l'éducation et l'obésité. Les résultats de ces analyses montrent une relation généralement linéaire entre le nombre d'années d'éducation à plein temps et la probabilité d'obésité, les individus les plus éduqués ayant de plus bas taux d'obésité (la seule exception étant les hommes en Corée). Ceci suggère que les rendements marginaux de l'éducation, en termes de réduction des taux d'obésité, sont approximativement constants quelque soit le nombre d'années d'éducation. Les résultats obtenus confirment que le gradient d'obésité selon le niveau d'éducation est plus fort chez les femmes que chez les hommes. Les différences entre les genres sont faibles en Australie et au Canada, plus prononcées en Angleterre et importantes en Corée. La nature causale du lien entre l'éducation et l'obésité n'a pas encore été prouvée avec certitude ; cependant, en utilisant des données françaises, nous avons pu établir que le sens de la causalité semble aller de l'éducation vers l'obésité, puisque la force de l'association est faiblement affectée quand on tient compte d'une moindre éducation pour ceux qui sont obèses aux jeunes âges. La plupart des effets de l'éducation sur l'obésité sont directs. De petites composantes de l'effet total de l'éducation sur l'obésité sont médiées par un meilleur statut socio-économique lié à des niveaux d'éducation plus élevés, et par un meilleur niveau d'éducation des autres membres de la famille, associé au niveau d'éducation propre à l'individu. Il est probable que l'effet positif de l'éducation sur l'obésité soit déterminé par au moins trois facteurs : (a) un meilleur accès à l'information liée à la santé et une meilleure capacité à utiliser une telle information ; (b) une perception plus claire des risques associés aux choix de vie ; et, (c) un meilleur contrôle de soi et une cohérence des préférences dans le temps. Cependant, ce n'est pas seulement le niveau absolu de l'éducation acquis par un individu qui importe, mais aussi comment un tel niveau d'éducation se place par rapport à celui de l'entourage de

l'individu. Plus le niveau d'éducation relatif à son entourage est élevé, plus faible est la probabilité que l'individu soit obèse.

▮ Tabagisme

40940

RAPPORT, INTERNET
Commission Européenne. (C.E.).
Eurobarometer. Bruxelles. BEL

Survey on tobacco. Analytical report.

Sondage sur le tabac. Rapport analytique.

Bruxelles : Communauté européenne :
2009/03 : 98p.+annexes, tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf

Tobacco is the single largest cause of avoidable death; it accounts for over half a million deaths each year in the European union (EU). It is estimated that 25% of all cancer deaths and 15% of all deaths in the Union could be attributed to smoking. In order to curb this epidemic, the EU is actively developing a comprehensive tobacco control policy. This is characterised by legislative measures, support for Europe-wide smoking prevention and cessation activities, mainstreaming tobacco control into a range of other Community policies (e.g. the domains of agriculture, taxation and development) and, finally, establishing the EU as a major player in tobacco control at a global level. The current Flash Eurobarometer on Tobacco requested by the Directorate General Health and Consumers, was conducted to evaluate the EU citizens' and Norwegians' attitudes towards tobacco. In detail, the survey examined the: smoking habits and consumption of non-combustible tobacco products, exposure to tobacco smoke at home and at the workplace, status of workplace smoking restrictions, attitudes towards smoking restrictions in public places, perceived effectiveness of health warnings on tobacco packs, extent of tobacco products being bought online, purchasing of lower-priced cigarettes in other EU countries, amount of contact with potentially smuggled tobacco products. Other surveys on this topic were conducted in 2002, 2005 and 2006. Although the current survey builds on these earlier ones, it is different in several ways: Flash Eurobarometer 253 has covered different countries than the previous ones, the questionnaire has been re-designed and telephone interviews have replaced face-to-face discussions.

D Travail et santé

39419

RAPPORT

LEJEUNE (D.)

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

Rapport sur la traçabilité des expositions professionnelles : I - Résumé et rapport.

Paris : IGAS : 2008/10 : 68p.

Cote Irdes : B6578

http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/social_actu5628_tracabilite_expo_pro.pdf

A la demande de monsieur Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, monsieur Daniel Lejeune, inspecteur général des affaires sociales a été chargé de rédiger une « Note de problématique sur la traçabilité des expositions professionnelles ». Le rapporteur s'est efforcé d'appréhender le plus largement possible les expériences - françaises ou étrangères - existantes en matière de traçabilité des expositions professionnelles, d'identifier les outils existants susceptibles de contribuer à la mise en oeuvre des mesures proposées, de confronter les réflexions des experts et des acteurs de terrain, de consulter largement les partenaires sociaux et des associations. Les enseignements essentiels tirés des auditions et investigations auxquelles il a procédé figurent dans les annexes. Notamment, ces annexes présentent des expériences dont les propositions de mesures de prévention s'appuyant sur la traçabilité des expositions professionnelles pourraient s'inspirer, ou dont les conséquences des difficultés rencontrées pourraient être tirées, et décline les outils techniques et juridiques susceptibles d'être mobilisés.

41615

DOCUMENT DE TRAVAIL

POLLAK (C.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-Le-Grand. FRA

Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne.

Document de travail; 120

Noisy Le Grand : CEE : 2009/06 : 54p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/120-sante_penibilite_vie_active_comparaison_europeenne.pdf

Cet article explore l'impact de différentes stratégies d'emploi sur la satisfaction au travail et la santé perçue des seniors. Dans un contexte européen de politiques visant à accroître les taux d'emploi des seniors, la question du maintien en emploi des seniors en mauvaise santé et/ou subissant des conditions de travail pénibles est d'actualité. Les politiques de maintien en emploi reposent principalement sur des incitations financières et la restriction de l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité. Cependant, certains pays européens ont fait de la soutenabilité du travail un axe majeur de leurs stratégies d'emploi et mené des politiques d'amélioration des conditions de travail. Pour appréhender ce contexte institutionnel, une comparaison de la capacité de travail de la main-d'oeuvre vieillissante a été menée dans onze pays européens à partir d'une analyse factorielle sur données individuelles (enquête SHARE, 2004). On entend ici par capacité de travail l'état de santé subjectif des individus et leurs conditions de travail déclarées (pression physique et psychologique, latitude décisionnelle, sentiment de récompense, perspectives d'emploi). L'analyse met en évidence que les seniors des pays nordiques et continentaux sont davantage satisfaits en termes de conditions de travail et de santé que les seniors des pays méditerranéens. Ce résultat est d'autant plus marquant que l'on peut s'attendre à un effet de travailleur sain plus fort dans ce dernier groupe : cet effet de sélection conduit à avoir un échantillon de personnes en emploi plus jeune et a priori en meilleure santé. L'analyse exploratoire fait émerger des hypothèses sur la gestion différenciée de la santé en fin de carrière. Les pays ayant adopté une stratégie nordique de vieillissement actif réussissent à avoir de bonnes performances tant sur le plan des taux d'emploi que sur celui des conditions de travail. Ceci indique qu'ils parviennent à maintenir en emploi des personnes en moins bonne santé par des mécanismes de compensation. La position relative défavorable de la France révèle une intensification du travail subie également par les travailleurs âgés et qui se révèle par des conditions de travail moins bien supportées.

41648

DOCUMENT DE TRAVAIL

IRDES

FLETCHER (J.M.) , SINDELAR (J.L.) ,
YAMAGUCHI (S.)

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

Cumulative Effects of Job Characteristics on Health

Effets cumulatifs des conditions de travail sur la santé.

NBER Working Paper Series ; n° 15121

Cambridge : NBER / 2009/06 : 28p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15121>

We examine whether the 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 biologic and physiologic literature that indicate that cumulative exposure to hazards and stresses harms health. To create our analytic sample, we merge job characteristics from the Dictionary of Occupational Titles with the Panel Study of Income Dynamics dataset. We control for early and lagged health measures and a set of pre-determined characteristics to address concerns that individuals self-select into jobs. Our results indicate that individuals who work in jobs with the 'worst' conditions experience declines in their health, though 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. We also find evidence that job characteristics are more detrimental to the health of females and older workers. Finally, we report suggestive evidence that earned income, another job characteristic, partially cushions the health impact of physical demands and harsh environmental conditions for workers. These results are robust to inclusion of occupation fixed effects.

► **Conditions de vie**

40287

OUVRAGE

GAYMU (J.) / éd., FESTY (P.) / éd., POULAIN
(M.) / éd., BEETS (G.) / éd.

Future elderly living conditions in Europe.

L'avenir des conditions de vie des européens âgés.

Paris : INED : 2008 : 315p., tabl., fig., cdrom

Cote Irdes : A3825

From 2000 to 2030, the European population aged 75 and over will increase by three quarters, due to ageing of the baby-boom cohorts and improved survival up to beyond age 75. However, it could be grossly misleading to draw too many conclusions from such simplistic indicators, and to equate the increased «weight» of the elderly population with an increased «burden». The characteristics of this population will change over the coming decades as fundamentally as their numbers, essentially because the life course of the future elderly will have differed significantly from that of their predecessors, in terms of educational attainment, family life, working career, and so on. In FELICIE, the focus is on health of the elderly, and on the resources at their disposal to cope with the severe impairments liable to affect their quality of life. Not only personal resources -economic well-being and education attainment-but also the potential support of close kin, i.e. their partner, of course, and their children, if available. This leads to more specific question of care. One major conclusion of the FELICIE study is that the disabled older adults of the future will fare better, on average, than those of today, both on personal level, thanks to higher levels of education, and on a social level, thanks to the more frequent presence of their spouse and, at least potentially, their children. The conclusions are based on the experience of nine countries across Europe(north: Finland, Netherlands; west: Belgium, France, Germany, United Kingdom; south: Italy, Portugal; east: Czech Republic). In terms of both demographic and social indicators, the participating countries are fairly representative of their region (Résumé de l'éditeur).

► Retraite

41875

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DEBRAND (T.) , SIRVEN (N.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale.

What moves you to retire ? Personal, family or professional situation, or social protection systems ?

Document de travail Irdes ; 26

Paris : Irdes : 2009/06 : 22p.

Cote Irdes : DT26

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT26MotivationDepartRetraiteEurope.pdf>

L'objectif de cette recherche consiste à appréhender le processus de départ à la retraite des seniors et de mieux comprendre les différences entre les pays européens, au regard des différentes dimensions - individuelle, familiale, professionnelle, et institutionnelle - qui sont susceptibles d'influencer l'offre de travail. Pour cela, sont utilisées les données longitudinales de l'enquête SHARE (2004-2006) complétées par des séries macroéconomiques provenant de l'OCDE et décrivant trois systèmes de protection sociale (emploi, retraite et santé). L'identification des déterminants de l'emploi a été menée simultanément en termes de « stock » (la participation à l'emploi des seniors en 2004) et de « flux » (transition emploi-retraite entre 2004-2006). Des indices permettant de mesurer le rôle des différentes dimensions dans l'explication des différences entre les pays ont ensuite été développés. Les résultats sont de trois ordres : (1) les déterminants de la participation à l'emploi et du passage à la retraite sont nombreux et multidimensionnels. (2) Chaque élément de la protection sociale (Emploi Retraite et Santé) influence sur l'emploi des seniors. Il semble exister une complémentarité entre ces différents systèmes. (3) L'explication des différences entre les pays en ce qui concerne la participation à l'emploi et au passage à la retraite trouve son origine principalement dans les déterminants institutionnels. Dès lors, toute politique publique qui aurait pour but une augmentation de taux d'emploi des seniors devrait reposer ces deux postulats : premièrement, elles doivent tenir compte de la complexité des détermi-

nants de la décision des individus et de leurs interactions ; deuxièmement, les principaux facteurs de convergence au sein de l'Europe sont à rechercher dans les différences systémiques.

INÉGALITÉS DE SANTÉ

► Accès aux soins

39556

RAPPORT
Médecins du Monde Mission France.
(M.D.M.). Observatoire de l'Accès aux Soins.
(O.A.S.). Paris. FRA

Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.

Paris : Médecins du monde : 2008/10 : 257p., annexes

Cote Irdes : B6586

http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/rapport_2007_de_l_observatoire_de_l_acces_aux_soins_de_la_mission_france_de_medecins_du_monde

Ce huitième rapport annuel de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde est élaboré à partir : des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ; des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ; des témoignages recueillis auprès des patients ; des données recueillies dans une part de plus en plus importante des actions mobiles de proximité ; du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins ainsi que des rapports d'activité des missions. Les 112 équipes de la Mission France continuent à aller vers les personnes oubliées des politiques de santé, dont certaines doivent choisir entre le risque de l'arrestation, la souffrance du corps et de l'âme malmenés par la maladie, l'exil, les violences vécues au pays et la violence de la pauvreté ici. Ce rapport de données statistiques est un document de référence de la mesure de la pauvreté en France.

41276

RAPPORT
SOFTIC (S.), FONTAINE (A.)
Médecins du Monde. (M.D.M.). Paris. FRA

Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France. Rapport d'enquête.

Paris : Médecins du monde : 2009 : 41p.

Cote Irdes : B6694

http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/download/10212/80994/file/rapport_acces_aux_soins_dentairesMemoiredeDESS.pdf

Cette enquête, effectuée dans le cadre d'un stage au sein de la Coordination Mission France de Médecins du Monde, témoigne dans un premier temps du refus à l'accès aux soins dentaires opposé aux bénéficiaires des CMU et AME, puis recense dans un second temps les avis des praticiens sur les causes de ce refus et sur les éventuelles solutions à apporter.

► Effets intergénérationnels

40406

DOCUMENT DE TRAVAIL
TRANNOY (A.), TUBEUF (S.), JUSOT (F.),
DEVAUX (M.)
University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Inequality of opportunities in health in France : a first pass.

Inégalités des opportunités en santé en France : un premier examen.

HEDG Working Paper ; 08/24

York : HEDG : 2008/10 : 40p., fig., tabl.

Cote Irdes : R1738

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_24.pdf

Cet article analyse le rôle des enfants et des antécédents familiaux pour expliquer l'état de santé des personnes âgées. Il explore également l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé en utilisant les données françaises de SHARE.

► Inégalités sociales de santé

39564

COMMUNICATION
ROLLAND (C.), MANTOVANI (J.), PASCAL (J.),
AFRITE (A.), MEMBRADO (M.), LANG (T.)
Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.).
Marseille. FRA

Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE).

Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008. : Marseille, 2008/10/16-17

Marseille : ORS : 2008 : 5p.

Cote Irdes : R1724

Les recherches sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins. Mais des travaux empiriques montrent que le système de soins peut également contribuer à les renforcer. L'objectif du projet INTERMEDE est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin – patient qui peuvent expliquer des prises en charge différenciées pouvant contribuer in fine à la construction d'écarts d'état de santé. INTERMEDE associe une approche qualitative et quantitative. La phase qualitative, objet de la présente communication, vise à tester la faisabilité d'un recueil sociologique aux différents temps de la consultation de médecine générale, de fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative et de produire des résultats originaux sur les interactions médecin patient observées. Elle s'est déroulée chez 11 médecins généralistes de trois régions françaises, où 242 consultations ont été observées dont 48 ont été suivies d'un entretien avec le patient et le médecin (enregistrés et transcrits).

39761

RAPPORT , INTERNET
KELLY-IRVING (M.), DELPIERRE (C.),
LAUWERS (V.), MEMBRADO (M.),
ROLLAND (C.), MANTOVANI (J.), CLEMENT (S.),
HELARDOT (V.), DOURGNON (P.),
CASES (C.), AFRITE (A.), JUSOT (F.),
POLTON (D.), LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.),
DESPRES (C.)
LANG (T.) / dir.

L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ?

Le cas de l'obésité.

Toulouse : Inserm U558 : 2008/05 : 321p., tabl.

Cote Irdes : C, R1729

L'objectif du présent travail de recherche est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin - patient qui peuvent expliquer, au-delà de différences sociales dans l'émergence de la demande de santé et de soins de la part du patient, des prises en charge différenciées pouvant contribuer in fine à des écarts d'état de santé. Le projet INTERMEDE vise à répondre à la double question suivante : Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitement (de réponse du système de soins) selon les catégories sociales, qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ? Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin - patient qui les génèrent ? La médecine générale de ville a été choisie comme lieu d'observation de cette interaction, pour deux raisons. D'une part on peut penser qu'en médecine de ville, l'aspect relationnel, plus que dans le cadre de la médecine hospitalière, est un aspect essentiel et que les décisions de prise en charge sont susceptible de dépendre de cette dimension d'interaction. D'autre part, la médecine générale touche l'ensemble de la population et permet donc de raisonner en termes de continuum d'inégalités sociales et non de cibler une population particulière. Il était nécessaire d'inscrire cette observation des pratiques autour d'un objet concret. Le surpoids et l'obésité ont été choisis.

41348

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

Tackling Health Inequalities: 10 Years On – A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years.

S'attaquer aux inégalités de santé : 10 ans déjà. Passage en revue des développements en matière de lutte contre les inégalités de santé en Europe au cours de ces dix dernières années.

Londres : Department of Health : 2009 : 140p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098936

This report reviews developments in health inequalities over the last 10 years across government - from the publication of the Acheson report on health inequalities in November 1998 to the announcement of the post-2010 strategic review of health inequalities in November 2008. It covers developments across government on the wider social determinants of health, and the role of the NHS. It provides an assessment of developments against the Acheson report, reviews a range of key data sets covering social, economic, health and environmental indicators, and considers lessons learned and challenges for the future.

41357

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
DUCLOS (J.Y.) , ECHEVIN (D.)
Université Laval. Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.). Québec. QC. CAN

Health and Income: a Robust Comparison of Canada and the US.

Etat de santé et revenu : une comparaison solide entre le Canada et les Etats-Unis.

CIRPEE Working Paper 09-09

Laval : CIRPEE : 2009 : 18p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://132.203.59.36/CIRPEE/cahierscirpee/2009/files/CIRPEE09-09.pdf>

This paper uses sequential stochastic dominance procedures to compare the joint distribution of health and income across space and time. It is the first application of which we are aware of methods to compare multidimensional distributions of income and health using procedures that are robust to aggregation techniques. The paper's approach is more general than comparisons of health gradients and does not require the estimation of health equivalent incomes. We illustrate the approach by contrasting Canada and the US using comparable data. Canada dominates the US over the lower bi-dimensional welfare distribution of health and income, though not generally in terms of the uni-dimensional distribution of health or income. The paper also finds that welfare for both Canadians and Americans has not unambiguously improved during the last decade over the joint distribution of income and health, in spite of the fact that the unidimensional distributions of income have clearly improved during that period.

41413

FASCICULE

GOTTELY-FAYET (J.), GAUTHIER (H.)
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).
Québec. CAN, Ministère du Travail - des
Relations Sociales - de la Famille et de la
Solidarité. (M.T.R.F.S.). Service des Droits
des Femmes et de l'Égalité. (S.D.F.E.). Paris.
FRA

***Vers l'égalité entre les hommes et les
femmes ? Comparaison Europe - Amérique
du Nord.***

Québec : ISQ : 2009/05 : 109p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3881

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2009/egalite_Femmes_Hommes.pdf

Cette publication est issue d'une collaboration entre l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) et le Service des droits des femmes et de l'égalité, du ministère français du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. L'ouvrage comporte près de 40 indicateurs, groupés en 7 chapitres : démographie, santé, éducation, marché du travail, articulation des temps de vie, niveau de vie et vie politique. Les comparaisons portent sur un large éventail de pays. Ainsi, le Canada et les États-Unis, pour l'Amérique du Nord, et les pays de l'Union européenne, pour l'Europe, se sont ajoutés au Québec et à la France. Quel est le statut réel des femmes dans nos sociétés développées ? Les importantes avancées législatives ont-elles été traduites dans les faits ? Les progrès accomplis ont-ils été homogènes partout ? Y a-t-il des domaines où ceux-ci ont été plus rapides que dans d'autres ? Certains pays seraient-ils à la pointe des progrès, d'autres accusent-ils des retards ? Telles sont quelques-unes des questions auxquelles tente de répondre cet ouvrage.

41546

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
BREKKE (K.) , KVERNDOKK (S.)
University of Oslo. Health Economics
Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo.
NOR

***Health inequality in Nordic welfare states -
more inequality or the wrong measures ?***

*Les inégalités de santé dans les pays nordiques
- plus d'inégalités ou des mauvaises mesures ?*

Working paper 2009; 4

Oslo : HERO : 2009 : 15p., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.hero.uio.no/publicat/2009/2009_4.pdf

Several empirical papers have indicated that the health inequalities in the Nordic welfare states seem to be at least as high as health inequalities in other European countries even if the Nordic states have a more egalitarian income structure. This is in contrast to standard economic theory that predicts that income equality should lead to health equality everything else equal. We argue that there may be a straightforward explanation why Nordic countries appear to have a steeper health gradient than other countries. Health and income are related, and the correlation between income and health will be weaker the more noise there is in terms of other determinants of income. If the Nordic countries have succeeded in reducing the impacts of other determinants of income, like social class, then the correlation between income and health will be stronger in the Nordic countries. This story also holds for other measures of health inequality. However, if the causality is running from income to health, there may be a reason why health inequality is higher in more egalitarian states based on cognitive stress theory. We argue however, that even in this case the difference between Nordic states and the rest of Europe may be a result of poor measures.

41911

DOSSIER DOCUMENTAIRE, INTERNET
Cultures et Santé. Bruxelles. BEL

Les inégalités sociales de santé.

Bruxelles : Cultures et Santé : 2009 : 17p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cultures-promosante.be/pdf/DossierThematique/DT_InegalitesSociales.pdf

La sélection bibliographique qui suit regroupe d'abord quelques références de documents récents qui permettent de cerner la question des inégalités de santé dans son ensemble. Ensuite, le dossier répertorie des monographies et articles d'analyse ou de réflexion classés en trois sous-thèmes : Diagnostic des inégalités sociales de santé (Comment les inégalités sociales de santé se mesurent-elles ? Comment sont-elles évaluées ?), Origines et causes des inégalités de santé (Comment les inégalités de santé se créent-elles ? Qu'est-ce qui les déterminent ?) et Politiques et actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé (Comment peut-on remédier à ces inégalités ? Quelles sont les actions à mettre en place pour les réduire ?).

► Pauvreté

40025

OUVRAGE

DU CHEYRON (P.) / coord., GELOT (D.) / coord., DELEVOYE (J.-P.) / préf.

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.). Paris. FRA / éd., Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA / éd.

Droit et pauvreté : contributions issues du séminaire ONPES, DREES-MIRE, 2007.

Paris : Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité, Paris : Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, Paris : Ministère du budget des comptes publics et de la fonction publique : 2008 : 207p.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/livre_entier_web.pdf

Les travaux rassemblés conjointement par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) et la Mission recherche de la DREES, posent les questions des relations entre droit et pauvreté et celle de l'accès au droit.

41417

FASCICULE

DAMON (J.)

Lutter contre la pauvreté. Perspectives face à la crise.

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

Paris : La documentation Française : 2009/02 : 111p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3878

Lutter contre la pauvreté est devenu une priorité de politique publique. En France, l'objectif de réduction d'un tiers de la pauvreté en cinq ans a été récemment fixé. Dans l'Union européenne, les politiques dites d'inclusion sociale visent également une diminution de la pauvreté. À l'échelle internationale, les objectifs du millénaire pour le développement assignent aux États une ambition d'éradication du dénuement extrême. À ces trois échelles, aux problèmes parfois difficilement comparables, se posent des questions similaires de définition, de délimitation et de mise en œuvre de dispositifs et de prestations aptes à atteindre de tels buts. De quoi parle-t-on ? De qui parle-t-on ? Que fait-on ? Dans une conjoncture

assombrie par la crise économique, ce dossier propose un panorama des approches, en insistant sur les transformations récentes attachées à la logique de fixation d'objectifs quantifiés en matière de lutte contre la pauvreté. Ces éclairages variés aident à la compréhension du phénomène et des réponses qui y sont apportées, en même temps qu'ils apportent des éléments instructifs sur les pré-occupations et orientations liées à la crise et à son impact sur la pauvreté.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

► Centres d'examens de santé

41209

OUVRAGE

DUPRE (C.), GUEGUEN (R.), GUTTON (S.)
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 2006-2007.

Saint-Etienne : CETAF : 2009/04 : 98p., tabl., graph., fig., carte

Cote Irdes : A3865

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 des années 2006 et 2007 dans les centres d'examens de santé. Les indicateurs présentés sont réunis en quatre domaines : consommation de produits psycho-actifs, recours aux soins, santé cardio-vasculaire et qualité de vie.

► Champagne-Ardenne

39566

COMMUNICATION

MAGNIEZ (C.), TONNELIER (F.), OSWALT (N.), LUCAS (V.), CASTEL TALLET (M.A.)
Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.).
Marseille. FRA

Quelles zones « fragiles » pour l'accès aux soins en Champagne-Ardenne ?

Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé

2008. : Marseille, 2008/10/16-17
Marseille : ORS : 2008 : 6p.
Cote Irdes : R1725

Cette étude a été réalisée en 2007 à la demande de la Mission régionale de santé de Champagne-Ardenne. La démarche comportait trois étapes. La première recherchait un découpage territorial adapté aux besoins, cohérent avec les déplacements des patients pour les secteurs ambulatoire et hospitalier. Une analyse factorielle des correspondances et une classification ascendante hiérarchique réalisées sur ces déplacements ont permis la détermination d'un zonage pertinent. La deuxième étape évaluait l'offre et les besoins de soins sur le zonage déterminé. L'offre a été analysée grâce aux densités de professionnels de santé de proximité et les besoins grâce à la méthode d'évaluation des besoins de soins de l'URCAM. La dernière étape consistait en un croisement entre indicateurs d'offre et de besoins de soins mais aussi en la réalisation d'une typologie des territoires, prenant en compte des critères d'offre et de besoins ainsi que des données sociodémographiques. Ces deux analyses ont permis d'identifier une liste de zones « fragiles » et « très fragiles ». Les principales données datent de 2005.

D Milieu urbain

41418

CHAPITRE
DEBRAND (T.) / dir., ALLONIER (C.), LUCAS (V.), PIERRE (A.)
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA

L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles. Une analyse à partir de l'enquête décennale de santé (2003).

Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles.

Paris : Editions de la DIV : 2009/05 : 108-146
Cote Irdes : R1753, R1753bis, B6704

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/doc_1_Annexes_B_cle2a21ed.pdf

Cette étude se limite à l'analyse de l'état de santé perçu, parmi les quelque 15 000 individus enquêtés résidant dans une zone urbaine abritant des Zus. L'étude exploite aussi des

données socioéconomiques agrégées plus détaillées sur les quartiers, pour mesurer leur liaison éventuelle avec l'état de santé des individus qu'ils abritent.

41612

RAPPORT
Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances. (A.C.S.E.). Paris. FRA

Résultats de l'enquête sur les Ateliers Santé Ville au 31 décembre 2008.

Paris : ASCE : 2009/04/30 : 105p., tabl., annexes

Cote Irdes : B6739

http://www.lacse.fr/ressources/files/pol_ville_new/Enquete_ASV_-_Rapport_final.pdf

Une enquête exhaustive sur les ateliers santé ville (ASV) a été menée à l'initiative de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). Désormais disponibles, les résultats de cette enquête (réalisée par la société Kynos) donnent une vision d'ensemble de la démarche ASV au 31 décembre 2008. Parmi les 237 ASV identifiés à cette date, 230 ont répondu à l'enquête, ce qui représente un taux de réponse de 97%. Outre des données générales sur l'état des ASV au 31 décembre 2008, l'enquête aborde notamment la question de leur financement, de leur fonctionnement, de leur articulation avec les dispositifs de la politique de la ville et du droit commun, de l'implication des professionnels, des démarches et thèmes concernés, ainsi que la population touchée. L'Acsé met en oeuvre sur le territoire national des actions visant à l'intégration des populations immigrées et issues de l'immigration résidant en France. Elle concourt à la lutte contre les discriminations et à l'intégration qu'elle place au cœur des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) et développe des programmes destinés aux habitants des quartiers : éducation, formation, accès à l'emploi et à l'activité économique, santé, prévention de la délinquance ou encore développement du lien social.

► Pays-de-la-Loire

40939

RAPPORT, INTERNET

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

Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays-de-la-Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2.

Nantes : ORS : 2009/03 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2009panel_vague2.pdf

Ce document présente les réseaux professionnels sur lesquels s'appuient les médecins généralistes pour organiser le parcours de soins de leurs patients. Elle en étudie la diversité, l'importance des échanges et la satisfaction des généralistes. Elle dresse en particulier un état de lieux sur l'opinion et l'implication des généralistes vis-à-vis des réseaux de santé et du dispositif du médecin traitant, mis en place au cours de la dernière décennie pour entre autres favoriser et formaliser les échanges entre les professionnels.

► Statiss

40686

OUVRAGE

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire. (D.R.A.S.S.). Service statistique. Nantes. FRA, Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Statistiques et indicateurs de la santé et du social STATISS 2008 : les régions françaises.

Nantes : DRASS : 2008 : 73p.

Cote Irdes : C, S51/1

STATISS 2008 présente un résumé des données essentielles, disponibles dans chaque Direction régionale des affaires sanitaires et sociales au niveau département et région à la date du 1er janvier 2007. Base de la chaîne STATISS, il permet de réaliser le memento les «régions françaises» et d'alimenter le service Internet du Ministère. Ce service offre la synthèse des mémentos de l'ensemble des

régions et propose toutes les comparaisons avec les données France.

► Variabilité des pratiques

42147

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BURKE (M.A.), FOURNIER (G.M.), PRASAD (K.)

University of Michigan. Robert H. Smith School of Business. College Park, MD. USA

Geographic Variations in a Model of Physician Treatment Choice with Social Interactions.

Influence du lieu de soins dans la modélisation des choix thérapeutiques des médecins en fonction de leur réseau social.

FRB of Boston Working Paper; No. 09-4

New York : Social Science Electronic Publishing : 2009/05 : 35p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1432488

Location-specific norms of behavior are a widespread phenomenon. In the case of medical practice, numerous studies have found that geographic location exerts a strong influence on the choice of treatments and procedures. This paper shows how the presence of social influence on treatment decisions can help to explain this phenomenon. We construct a theoretical model in which physicians' treatment choices depend on patients' characteristics and on the recent choices of nearby peer - either because there are local knowledge spillovers or because physicians want to conform to local practice patterns. In our model, regional differences in the patient mix give rise to geographically divergent treatment pattern - the treatment a patient receives depends on where she lives. Investigation of Florida data reveals significant geographic variation in treatment rates consistent with the predictions of our model. Implications for patient welfare are explored.

► Médecin traitant

41007

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
NAIDITCH (M.), DOURGNON (P.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping.

La réforme du médecin traitant : une lecture politique de l'expérience française en matière de médecin référent.

Document de travail Irdes ; 22

Paris : Irdes : 2009/03 : 15p.

Cote Irdes : DT22

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGatekeeping.pdf>

Since January 2005 France is exploring a new scheme termed -preferred doctor- (médecin traitant) which can be considered as an innovative version of Gate Keeping in order to reduce the excess of postulated excess in health consumption, more especially access to specialist care. This paper describes the political process which lead to its implementation, tries to relate some of the scheme specific features with its results after one year implementation and tries to catch a glimpse for the next steps of the reform. In order to measure the scheme impact on the patient treatment pathway and on physician income, we used a sample of 7198 individual from the 2006 French health, Health Care and Insurance Survey (ESPS), including health, socioeconomic and insurance status and through a set of questions relating to patient's understanding of the scheme and different data bases of the national sickness fund as well as different studies done by regulatory agencies.

► Pratiques médicales

39518

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
MOUSQUES (J.) , RENAUD (T.) , SCEMAMA (O.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

A refutation of the practice style hypothesis :

the case of antibiotics prescription by french general practitioners for acute rhinopharyngitis.

Une réfutation de l'hypothèse de style de pratique : le cas de la prescription d'antibiotiques pour la rhinopharyngite aiguë par les médecins généralistes français.

Document de travail Irdes ; 18

Paris : Irdes : 2008/10 : 23p.

Cote Irdes : DT18

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT18RefutationPracticeAntibioticPrescriptionRhinopharyngitis.pdf>

Many researches in France or abroad have highlighted the medical practice variation (MPV) phenomenon, or even the inappropriateness of certain medical decisions. There is no consensus on the origin of this MPV between preference-centred versus opportunities and constraints approaches. This study principal purpose is to refute hypothesis which assume that physicians adopt for their patient a uniform practice style for each similar clinical decision beyond the time. More specifically, multilevel models are estimated: First to measure variability of antibiotics prescription by French general practitioners for acute rhinopharyngitis, a clinical decision making context with weak uncertainty, and to tests its significance; Second to prioritize its determinants, especially those relating to GP or its practice setting environment, by controlling visit or patient confounders. The study was based on the 2001 activity data, added by an ad hoc questionnaire, of a sample of 778 GPs arising from a panel of 1006 computerized French GPs.

41602

RAPPORT
BONNAUD (F.) , MEYRIGNAC (M.) , FUMEY (A.)
Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. (U.R.M.L.) . Paris. FRA ,
Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. (C.A.R.M.F.). Paris. FRA

Le devenir des médecins libéraux de 50 ans et plus.

Paris : UMRL d'Ile-de-France : 2009 : 23p., graph.

Cote Irdes : en ligne

http://www.urml-idf.org/urml/enquete/090505_enquete_50ans-et-plus.pdf

Cette étude pilotée par la commission conditions d'exercice et démographie de l'URML Ile-de-France, poursuivait les objectifs sui-

vants : Objectiver les intentions des médecins libéraux de 50 ans et plus quant à leur mode d'exercice pour les années à venir ; Recueillir des informations portant sur les motivations et les trajectoires de ces professionnels en fin d'activité ; Identifier les motivations à la cessation d'activité précoce ; Comprendre les mécanismes conduisant certains médecins à poursuivre leur activité médicale après 65 ans ; Identifier les mesures qui inciteraient les médecins à travailler après 65 ans.

41880

RAPPORT
DESPRES (C.)
GUILLAUME (S.), COURALET (P.E.)
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Paris. FRA

Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens.

Paris : La Documentation française: 2009/07 : 99p.

Cote Irdes : B6743, R1757

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000303/0000.pdf>

Cette étude répond à une demande du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU). Il s'agit de produire de nouvelles connaissances concernant le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) dans le cadre du 4ème rapport d'évaluation de la loi créant la CMU. Le rapport rend compte des résultats d'une opération de testing menée entre décembre 2008 et janvier 2009 à Paris. Les données produites s'appuyant sur un testing permettront également d'affiner cette méthode et de mesurer le taux de refus sur un territoire plus important que lors de la dernière étude commandée par le fonds CMU en 2005.

Relations médecin/malade

41253

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
GODAGER (G.)
University of Oslo. Health Economics Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo. NOR

Birds of a Feather Flock Together: A Study of Doctor-Patient Matching.

Qui se ressemble s'assemble : étude du duo médecin-patient.

Working paper 2009; 3

Oslo : HERO : 2009 : 24p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.hero.uio.no/publicat/2009/2009_3.pdf

In this paper we study individuals' choice of general practitioners (GPs) utilizing revealed preferences data from the introduction of a regular general practitioner scheme in Norway. Having information on relevant travel distances, we compute decision makers' travel costs associated with different modes of travel. Choice probabilities are estimated by means of nested logit regression on a representative sample of Oslo inhabitants. The results support the general hypothesis that patients prefer doctors who resemble themselves on observable characteristics: Individuals prefer GPs having the same gender and similar age. Specialist status of GPs was found to have a smaller effect on choice probabilities than other attributes such as matching gender. When travel costs are calculated by means of taxi prices, the estimated willingness to pay for specialist status of a GP amounts to € 0.89 per consultation, whereas the estimated willingness to pay for having a GP with the same gender amounts to respectively € 1.71 and € 3.55 for female and male decision makers, respectively.

Rémunérations

42141

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

Medicare Physician Payments: Fees Could Better Reflect Efficiencies Achieved When Services Are Provided Together

Les rémunérations des médecins du Medicare : les honoraires pourraient mieux refléter les améliorations de l'efficacité lorsque les services sont fournis simultanément.

Washington : GAO : 2009/02 : 30p., fig., annexes.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gao.gov/new.items/d09647.pdf>

Medicare's physician fees may not always reflect efficiencies that occur when a physician performs multiple services for the same patient on the same day, and some resources

required for these services do not need to be duplicated. In response to a request from Congress, GAO examined (1) the Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) efforts to set appropriate fees for services furnished together and (2) additional opportunities for CMS to avoid excessive payments when services are furnished together. GAO examined relevant policies, laws, and regulations; interviewed CMS officials and others; and analyzed claims data to identify opportunities for further savings.

HÔPITAL

Études d'ensemble

40857

OUVRAGE

AFRITE (A.), ARNAULT (S.), AUDE (J.), CLERC (M.-E.), COLLET (M.), COM-RUELLE (L.), CORDIER (M.), EXERTIER (A.), FENINA (A.), FIZZALA (A.), LEROUX (I.), LOMBARDO (P.), MAY (L.), MERMILLIOD (C.), MEZZAROBBA (M.), MOUQUET (M.C.), PICHETTI (S.), VALDELIEVRE (H.), VILAIN (A.), VILLERET (S.), YILMAZ (E.)

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

Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2006.

Paris : Drees : 2009 : 93p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, B6662, R1743

<http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2006/es2006.htm>

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

Investissement hospitalier

40958

RAPPORT, INTERNET

RECHEL (B.), WRIGHT (S.), EDWARDS (N.), DOWDESWELL (B.), MCKEE (M.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles.
BEL

Investing in hospitals of the future.

Investir dans les hôpitaux du futur.

European Observatory on Health Systems and Policies Series; 16

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2008 : 284p., fig., index

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E92354.pdf>

Despite considerable investments in health facilities worldwide, little systematic evidence is available on how to plan, design and build new facilities that maximize health gain and ensure that services are responsive to the legitimate expectations of users. This book brings together current knowledge about key dimensions of capital investment in the health sector. A number of issues are examined, including new models of long-term care, capacity planning, the impact of capital investment on the health care workforce, markets and competition, systems used for procurement and financing, the whole lifecycle of health facilities, facility management, the wider impact of capital investment on the local community and economy, how care models can be translated into capital asset solutions, and issues of therapeutic and sustainable design.

Management hospitalier

41582

DIPLOMES

BELORGEY (N.)

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.). Formation Doctorale Sciences de la Société. Paris. FRA

Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethnographique du nouveau management public.

Thèse de Doctorat. EHESS Sociologie.

Paris : EHESS : 2009/01 : 595p., tabl.

Cote Irdes : B6707

http://nb.zeserveur.net/hoprubrique.php?id_rub=18

Les pouvoirs publics français tentent depuis le milieu des années 1970 environ de « maîtriser les dépenses de santé », notamment dans les hôpitaux. En particulier, depuis le début des années 1980, ils expérimentent de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005). Ils ont également de plus en plus recours aux outils du Nouveau management public (NMP), cette doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, différenciation entre les secteurs public et privé (notamment par la mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques. Au-delà de leur théorie, en quoi consistent en pratique ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pour répondre à cette question, l'enquête a procédé par deux voies d'entrée ethnographique, l'une partant des institutions décisionnelles pour « descendre » vers les hôpitaux et leurs patients, l'autre ancrée dans ceux-ci pour « monter » vers celles-là. Autrement dit, pour reprendre les catégories de la science politique anglo-saxonne, il s'agit de l'étude d'une policy par une approche à la fois top-down et bottom-up. La voie descendante est partie d'une agence typique du NMP, rattachée au ministère de la santé. Elle s'est prolongée par des consultants privés qui interviennent pour son compte dans des hôpitaux, pour enfin aboutir dans des services de soin. La voie ascendante est partie d'usagers du système de santé et de services de soin pour remonter vers l'agence ministérielle. L'enquête s'est concentrée en plus de celle-ci sur trois cabinets de conseil, trois services de soin (dont deux services d'urgence, cette spécialité étant particulièrement révélatrice des tensions de l'institution hospitalière), deux services administratifs, et les patients d'un réseau de soin ville-hôpital ; au total, elle s'est intéressée à une dizaine de cabinets de conseil et à une vingtaine d'établissements pour leurs services administratifs ou de soin ; elle a recueilli formellement 110 entretiens et ses observations ont se sont échelonnées sur quatre ans. Cette double voie d'entrée ethnographique, descendante et ascendante, a été complétée par des données quantitatives : deux questionnaires conçus inductivement, l'un destiné à des patients (n=154), l'autre à des soignants (n=105), ainsi que le retraitement de bases de données médico-administratives recensant les pas-

sages dans certains services d'urgence (au total, 1,8 million de passages). La combinaison de ces sources permet de voir l'ensemble d'une politique publique en actes, depuis ses intentions jusqu'à ses effets sur les cibles de l'action, soignants (c'est-à-dire médecins et paramédicaux) ainsi que patients, en passant par ses instruments : outils de gestion et acteurs intermédiaires. Cette enquête s'inscrit dans un questionnement théorique qui relève à la fois de la sociologie politique, plus particulièrement celle de l'action publique, et de la sociologie économique, puisqu'elle s'appuie notamment sur les manières de compter des acteurs : tous font des comptes, mais ne comptabilisent pas les mêmes choses ni de la même façon, ce qui est à l'origine d'une grande partie de leurs conflits (D'après le résumé de l'auteur).

► Performance

40400

RAPPORT

COM-RUELLE (L.), OR (Z.), RENAUD (T.)

AMBROISE (C.) / coll., MAREK (A.) / coll.

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

FRA

Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature.

Paris : Irdes : 2008/09 : 152p.

Cote Irdes : R1734

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1734.pdf>

Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers dans de grandes unités est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens et l'ampleur de la relation entre volume d'activité et qualité des soins font toujours l'objet de débats. Ce rapport dresse un examen complet et systématique de la littérature portant sur la relation entre le volume d'activité dans les établissements de santé et les résultats des soins. Au total, 175 articles ont été évalués selon un protocole standard. Par ailleurs, ce rapport étudie aussi les concepts d'économie industrielle pour en comprendre les mécanismes sous-jacents du lien entre volume d'activité et résultats.

Planification hospitalière

40416

DOSSIER DE PRESSE

Ministère des Sports et de la Santé. Paris.
FRA

1ère phase du Plan Hôpital 2012 : Au coeur de la modernisation du paysage hospitalier français.

Paris : Ministère des Sports et de la Santé :
2009/01/30 : 9p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/PlanHopital2012-1.pdf>

Ce dossier de presse présente les grandes orientations du Plan Hôpital 2012.

Tarification hospitalière

41008

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
OR (Z.) , RENAUD (T.)

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

Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital : enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.

Document de travail Irdes ; 23

Paris : Irdes : 2009/03 : 25p.

Cote Irdes : DT23

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>

Après avoir exposé les principes économiques constitutifs de la T2A et identifié les variables structurelles modulant son impact, les auteurs présentent ses avantages et effets pervers potentiels. Le détour par les expériences étrangères – aux États-Unis, en Angleterre et en Australie – offre un éclairage intéressant. Malgré des architectures et applications différentes de ce mode de paiement, ces pays – tout comme la France – sont confrontés aux mêmes risques en termes de garanties de la qualité des soins et d'équité d'accès. Un focus est en outre fait sur un des principaux défis de la T2A : la question de la fixation des tarifs.

41207

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

Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France.

Document de travail Irdes ; 25

Paris : Irdes : 2009/05 : 31p.

Cote Irdes : DT25

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT25EcartCoûtHospitaliers.pdf>

Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises. La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficacité égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Cette analyse de la littérature montre que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts. Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.

42079

RAPPORT

ABALLEA (P.), DELAHAYE-GUILLOCHEAU (V.), GATIER (J.)

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

Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale.

Paris : IGAS : 2008/12 : 202p.

Cote Irdes : B6754

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000354/0000.pdf>

Le passage à la facturation directe dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale a donné lieu à des reports successifs dans le cadre des dernières Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). La dernière échéance définie par la LFSS de 2008 avait prévu une mise en oeuvre de ce dispositif au 1er janvier 2009. Le projet n'ayant pas encore abouti, les ministres en charge respectivement, de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ont demandé à l'été 2008 à l'IGAS et à l'IGF de conduire une mission d'évaluation de ce projet. Les travaux de la mission ont porté sur une analyse du contexte de la réforme et de ses objectifs, des causes des difficultés rencontrées et de l'état actuel du projet. Enfin, au vu d'une appréciation bénéfiques/risques, la mission formule des propositions aux pouvoirs publics sur la suite de ce projet.

leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénomène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryn-Béhar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local. (Résumé de l'auteur).

► Pharmaciens

41278

RAPPORT

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

Les pharmaciens : statistiques au 1er janvier 2009.

Paris : Ordre National des Pharmaciens : 2009 : 241p.

Cote Irdes : S46/1

Ce document publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1er janvier 2009.

PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

► Conditions de travail

40028

OUVRAGE

ESTRYN-BEHAR (M.)

Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2008/09 : 383p., ann.

Cote Irdes : C, A3839

Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément

MÉDICAMENTS

► Biomédicaments

41781

FASCICULE

LEGRAIN (Y.)

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

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Les biomédicaments : des opportunités à

saisir pour l'industrie pharmaceutique.

Paris : Editions des journaux officiels :
2009/06 : 149p.

Cote Irdes : P111/2

<http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/doclon/09061717.pdf>

Faisant appel aux connaissances sur le vivant, les biomédicaments répondent à d'importants besoins qui, jusqu'ici, ne pouvaient être satisfaits par leurs homologues classiques. Leur développement bouleverse l'approche traditionnelle : du médicament pour tous, on passerait au médicament pour chacun. Le Conseil économique, social et environnemental étudie aussi dans cet avis l'organisation originale de la recherche/production du biomédicament et les nouvelles stratégies des laboratoires pharmaceutiques.

► Chimiothérapie

40247

RAPPORT, INTERNET
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.).
Boulogne Billancourt. FRA

Situation de la chimiothérapie des cancers en 2007.

Boulogne Billancourt : INCA : 2008/12 : 22p.,
tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/situationchimiotherapieanticancereuse2007.pdf>

Ce document recense et analyse les évolutions récentes de la pratique de la chimiothérapie « intra-veineuse » des cancers dans les établissements de soins en France. Il ne couvre évidemment pas l'ensemble des pratiques de chimiothérapie et notamment la chimiothérapie orale, qui concerne certes les établissements de soins mais aussi et surtout les traitements réalisés au domicile des patients, eux aussi heureusement en pleine expansion. Il repose sur l'analyse de la situation en 2007 et intègre à l'observation des pratiques actuelles une mise en perspective des dispositions destinées à garantir qualité, sécurité, rapidité et équité d'accès à ces thérapeutiques innovantes pour l'ensemble des patients traités dans les établissements de soins. Il est destiné à favoriser une vision partagée de la situation de cette pratique de soins dans le contexte de l'évolution des besoins, des pratiques, et de l'espoir légitime porté par le flux d'innovations offertes aux patients traités pour ces affections.

► HCCAM

39859

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

Avis sur le médicament, adopté le 25 septembre 2008 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Paris : HCAAM : 2008/09/25 : 13p., tabl.,
graph.

Cote Irdes : B6607

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_250908.pdf

Comme lors des travaux de juin 2006 le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie s'est attaché essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Ses analyses n'ont pas porté sur les autres aspects de ce secteur industriel et commercial qui constitue une importante contribution à l'économie nationale, et notamment son apport en investissements, en emplois, en exportations et en recherche-développement de molécules innovantes.

► Innovation pharmaceutique

40408

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

Des médicaments sûrs, innovants et accessibles: une vision nouvelle du secteur pharmaceutique.

Bruxelles : Commission des Communautés
Européennes : 2008 : 17p.

Cote Irdes : En ligne

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0666:FIN:FR:PDF>

Pour relever les défis qui se posent au secteur pharmaceutique, la présente communication souligne la vision que la Commission a de l'avenir du secteur et vise à enclencher un processus permettant de progresser. Des objectifs concrets sont proposés sur la base de trois fondements: continuer de progresser vers un marché unique et durable des produits pharmaceutiques; profiter des opportunités et des défis liés à la mondialisation; faire profiter les patients européens du progrès scientifique et restaurer le rôle de l'Union européenne en tant que lieu idéal de l'innovation pharmaceutique. La vision de la Commission consiste à garantir que les citoyens européens puissent

profiter de plus en plus d'une industrie pharmaceutique compétitive produisant des médicaments sûrs, innovants et accessibles. Beaucoup d'initiatives ont été prises dans ce sens: très récemment, eHealth a été inclus dans la communication «Marchés porteurs: une initiative pour l'Europe» de la Commission qui a pour objectif de supprimer les obstacles à l'accélération du développement du marché. Les cinq propositions législatives d'accompagnement (sur les contrefaçons, l'information aux patients et le contrôle de sécurité) représentent d'autres étapes importantes pour parvenir à cette vision, alors que d'autres objectifs concrets sont énumérés en annexe

► Marché du médicament

41783

RAPPORT

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Mémento du médicament 2009.

Paris : FNMF : 2009 : 10p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6721

http://www.mutualite.fr/content/download/197892/3667304/file/memento_2009.pdf

Ce document de 10 pages, publié annuellement par la Mutualité française, passe en revue l'évolution du marché du médicament et son financement par les organismes complémentaires. En 2008, sur un marché de 30 milliards d'euros, le poids des médicaments remboursables représentait 26,8 milliards. Les ventes de médicaments prescrits et remboursables ont diminué de 2,7 % en valeur et de 6,8 % en nombre de boîtes. Si les ventes de génériques ont augmenté de 10,3 % en 2008, elles marquent le pas par rapport aux années précédentes (+ 22 % en 2007). Et les génériques ne représentent encore que 12,7 % du marché total du médicament. La prescription de génériques a permis d'éviter 1,3 milliard d'euros de dépenses en 2008, mais 400 millions d'euros d'économies sont encore réalisables en 2008. Plus inquiétant, comme l'explique Laure Lechertier, responsable du département Politique du médicament à la Mutualité française, le Mémento illustre, avec l'exemple des statines, «le phénomène de report au sein d'une classe thérapeutique des prescriptions de médicaments génériqués vers des médicaments encore protégés par brevet, plus coûteux et non substituables». Et pourtant, comme l'a souligné la HAS, dans les différents avis de la commission de la transparence relatifs aux statines, le rapport bénéfice-risque de ces

nouveaux médicaments est équivalent à celui des molécules substituables. «Ce phénomène s'explique essentiellement par la pression de la visite médicale des laboratoires pharmaceutiques, qui assurent une promotion intense de leurs produits encore sous brevet auprès des médecins», analyse Laure Lechertier. De plus, ce mouvement constaté pour les anticholestérols est «transposable à de nombreuses classes thérapeutiques». Autre enseignement du Mémento médicament : malgré une tendance à la baisse, les dépenses de médicaments vasodilatateurs, dont le service médical rendu est insuffisant, se sont encore élevées à près de 254 millions d'euros en 2008. La Mutualité française réclame donc, comme le préconise la HAS, un remboursement de ces traitements. Le Mémento médicament 2009 répertorie les 10 premières molécules remboursées par les mutuelles l'an passé. Parmi celles-ci, on note la percée en 5e position du Gardasil®, le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) responsable de certains cancers du col de l'utérus. Une place qui s'explique là aussi par la forte promotion réalisée par le laboratoire fabricant. «Au total, la vaccination anti-HPV a représenté pour les mutuelles un ticket modérateur de 43 millions d'euros en 2008, soit environ 1 % des remboursements de médicaments.» La Mutualité française craint que la montée en puissance de ce vaccin ne détourne les jeunes femmes du frottis de dépistage. C'est pourquoi, elle insiste sur la nécessité pour les mutuelles de «continuer à diffuser des messages incitant à la prévention et au dépistage des lésions précancéreuses par frottis».

► Médicaments génériques

39612

RAPPORT

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Bilan de 25 ans de politique du médicament générique : propositions pour une politique plus ambitieuse.

Paris : FNMF : 2008/10 : 64p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6591

http://www.mutualite.fr/content/download/188109/3478022/file/Etude_medicament_generique_64p.pdf

Dans cette étude, la Mutualité Française, démontre que le marché des génériques reste encore insuffisamment développé en France comparé aux autres pays européens, notamment en Allemagne et au Royaume-Uni. Elle

estime les perspectives d'économies pour la collectivité à 493 millions d'euros pour 2008. L'enjeu de ces prochaines années, affirme la Fédération, sera l'élargissement du répertoire des groupes génériques et la lutte contre les stratégies de contournement mises en place par l'industrie pharmaceutique. La Mutualité française propose en conséquence, la création d'un répertoire des équivalents thérapeutiques par l'Afssaps et l'Assurance maladie, permettant «aux praticiens d'identifier les traitements qui, à efficacité égale, engagent une dépense moindre pour la collectivité et le patient». Elle appelle à la création d'une base de données publique par le Comité économique des produits de santé pour une plus grande visibilité sur les dates d'expiration des brevets et à l'élargissement du répertoire aux médicaments sans spécialité de référence, comme le paracétamol. Enfin, elle espère une baisse de prix des génériques en jouant sur les leviers du prix fabriquant hors taxe et de la marge du pharmacien.

► Pharmacovigilance

41405

OUVRAGE
BOUKRIS (S.)
EVEN (P.) / préf.

Ces médicaments qui nous rendent malades : sauver des vies, faire des économies.

Paris : Le Cherche Midi : 2009 : 282p.

Cote Irdes : A3873

http://www.cherche-midi.com/theme/detail-Ces_medicaments_qui_nous_rendent_malades-9782749113920.html

Un médicament peut être un remède ou un poison. Prendre un médicament n'est pas un geste anodin. Les effets secondaires et indésirables des médicaments constituent un réel problème de santé. En France, on estime que le nombre de décès dus aux médicaments se situe entre 8 000 et 13 000 par an, soit deux à trois fois plus que les accidents de la route ! On compte plus de 130 000 hospitalisations chaque année imputables aux médicaments. La durée d'hospitalisation est d'environ 9 jours, ce qui signifie que les effets secondaires sont graves. Les médicaments constituent un immense marché mondial qui aiguise l'appétit des grandes multinationales. Les Français sont les plus grands consommateurs de médicaments en Europe. Plus la consommation est élevée et plus les risques d'accidents ou de décès augmentent. Depuis les affaires des

statines, du Viox, de l'Acomplia et du Zyprexa, qui ont occasionné le retrait de plusieurs médicaments, on se pose des questions sur les objectifs des firmes pharmaceutiques, sur les moyens de contrôle et de régulation de cette puissante industrie, sur l'indépendance et la rigueur des « experts », sur l'information et la formation des médecins prescripteurs. Le médicament n'est pas une marchandise comme une autre, il touche à un besoin essentiel : la santé. Et la santé est notre préoccupation à tous.

► Prix

41580

DIPLOMES
BERGUA (L.)

Déterminants de l'écart de prix entre médicaments référents et similaires.

Mémoire de master 2 Recherche en santé publique. Option Economie de la santé.

Paris : Irdes : 2009 : 39p.

Cote Irdes : B6706

Dans le cadre de recherches sur le prix des médicaments, ce mémoire d'intéresse à l'écart de prix entre le premier médicament commercialisé dans une classe thérapeutique (médicament référent) et les suivants (médicaments similaires). Sur une base de 663 médicaments similaires répartis en 31 groupes thérapeutiques, cette étude a cherché l'existence d'un écart de prix entre référents et similaires et construit un modèle de régression multiniveau pour déterminer les variables responsables de cet écart de prix. L'écart de prix moyen constaté était de +99 % du prix de référence, la majorité des présentations étant plus chères que leur référent. L'ASMR, le fait d'être une forme à libération prolongée ou modifiée, l'année de commercialisation, le nombre de DDD dans le conditionnement, le TFR et le nombre d'indications jouent un rôle dans l'écart de prix mais n'en expliquent qu'une petite partie, l'essentiel de la variabilité étant capturée par le groupe thérapeutique. La concurrence des génériques et des similaires entre eux n'a aucune incidence sur l'écart de prix. Au niveau du groupe, l'année de commercialisation du référent, son prix et le délai de commercialisation entre le premier et le dernier arrivé sur le marché sont des déterminants de l'écart de prix mais ne suffisent pas à expliquer un effet groupe aussi important.

► Recherche pharmaceutique

40522

RAPPORT

Pricewaterhousecoopers. Neuilly-sur-Seine.
FRA

Pharma 2020 : La R & D virtuelle. Quelle voie prendrez-vous ?

Neuilly-sur-Seine : Pricewaterhousecoopers :
2008/06 : 20p., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.pwc.fr/pharma_20202.html

D'ici 2020 la durée des processus R&D pourra être réduite de 2/3, les taux de succès pourront augmenter de façon spectaculaire et le coût des essais cliniques pourra être réduit de façon significative, selon l'étude publiée par PricewaterhouseCoopers «Pharma 2020: Virtual R&D, which path will you take? ». Les nouvelles technologies créeront une meilleure connaissance des mécanismes biologiques des maladies et l'évolution de « l'homme virtuel » permettant aux chercheurs de prévoir les effets des nouveaux médicaments en cours de développement avant même que ceux-ci ne soient testés sur l'être humain. Ce phénomène combiné à l'évolution actuelle de l'environnement réglementaire et socio politique permettra à l'industrie pharmaceutique de faire face à un des défis majeurs des dix prochaines années.

TECHNOLOGIES et INFORMATIQUE MÉDICALES

► Radiothérapie

40244

RAPPORT

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.).
Boulogne Billancourt. FRA

Situation de la radiothérapie en 2007. Chiffres clés issus des données de l'Observatoire de la radiothérapie 2006-2007.

Boulogne Billancourt : INCA : 2008 : 15p.,
tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/observatoireradiotherapie2007.pdf>

Ce document présente une synthèse des éléments clés sur la radiothérapie au 31 décembre 2007, à partir du recueil des données de 2006 et 2007 de l'observatoire de radiothéra-

pie. Une première partie est consacrée à la situation de la radiothérapie externe, avec une présentation des équipements, de l'activité et des ressources humaines dédiées à sa réalisation. Cet état des lieux permet de disposer d'une photographie initiale sur le positionnement des centres de radiothérapie au regard des critères d'agrément. La seconde partie du document concerne l'activité de curiethérapie.

► Systèmes d'information

41864

RAPPORT

GAGNEUX (M.)

Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé - Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé.

Paris : Ministère de la santé : 2009/05/03 :
38p.

Cote Irdes : B6736

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000345/0000.pdf>

Les difficultés de mise en oeuvre du dossier médical personnel ont contribué à mettre en évidence les faiblesses de la gouvernance du système d'information de santé : réticences psychologiques et culturelles chez certains professionnels de santé, complexité d'organisation du système de santé et rigidités de sa gouvernance ont été des freins à la pleine utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé. Tel est le constat du présent rapport qui présente douze propositions visant à poser un nouveau cadre de gouvernance et de régulation, compte tenu des réformes structurelles en préparation ou mises en oeuvre (création de agences régionales de santé, réforme de la gouvernance hospitalière, mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital, plan d'investissement «hôpital 2012», programme de relance du DMP et des systèmes d'informations partagés de santé...).

► Télémedecine

40360

RAPPORT

SIMON (O.), ACKER (D.)

Ministère de la Santé et des Sports.
(M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Direction de
l'Hospitalisation et de l'Organisation des
Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA

La place de la télémedecine dans l'organisation des soins.

Paris : Mssps : 2008/11 : 160p., tabl., fig.,
cartes, ann.

Cote Irdes : B6633

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

Ce rapport concerne l'organisation des soins par la télémedecine, acte médical à distance tel qu'il est défini dans la loi du 14 août 2004. Après avoir défini le cadre déontologique et juridique de la télémedecine et son impact sur l'exercice professionnel (1), le rapport fera l'état des lieux des réalisations et des projets en France, en Europe et dans le Monde (2), analysera les enjeux à court et moyen termes, en déclinant les besoins par grands types de pathologies et par modes d'activité de soins (3), identifiera les principaux freins à son développement (4), fera des recommandations pour que sa mise en œuvre soit la plus efficiente possible afin d'apporter une réponse adaptée aux attentes des patients et des professionnels de santé (5).

40365

RAPPORT, INTERNET

LUCAS (J.)

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

La télémedecine. Les préconisations de l'Ordre national des médecins.

Paris : CNOM : 2009/01 : 21p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/telemedecine2009.pdf>

L'histoire de la médecine démontre que, à toute époque, les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques, afin d'améliorer l'exercice de leur art au service de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. La diffusion de ces technologies a toujours conduit à de nouvelles façons d'exercer la médecine. La télémedecine, qui n'est que l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'exercice de la médecine, apparaît

donc aujourd'hui comme l'un des moyens de faire face à de nouveaux besoins. Faire face aux défis qui doivent désormais être relevés par notre système de santé, contribuer à une amélioration d'un accès équitable aux soins, à leur coordination, à leur qualité en termes d'expertise, au maintien dans leur lieu de vie et en autonomie de patients âgés ou atteints de pathologies chroniques. Sous ce double aspect, le développement de l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé jouera à la fois sur les pratiques médicales et sur l'organisation du système de soins. C'est la raison pour laquelle le Conseil national de l'ordre des médecins développe dans ce Livre Blanc son analyse de ce nouveau mode de pratique et, plus encore, les conditions nécessaires pour garantir la qualité de la médecine et le respect des droits des patients, ce qui est le propre de la déontologie médicale qu'il a la charge de faire respecter. A cet égard, le Conseil national de l'ordre des médecins souligne d'emblée que les nouvelles technologies ne sont que des outils supplémentaires au service de la médecine qui est elle-même au service des malades. Tout en considérant la télémedecine comme l'un des moyens de faire face aux défis posés à notre système de santé, l'Ordre souligne que sa mise en œuvre doit être exclusivement guidée par des besoins et une nécessité justifiés. La pratique de la télémedecine ne saurait venir contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient. Aucune technologie ne peut venir remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine. C'est pourquoi, aux yeux de l'Ordre, la place de la télémedecine dans notre système de santé doit être définie en étroite concertation avec les médecins et les autres professionnels de santé, avec le concours des patients et de leurs représentants. Cette concertation doit s'élargir vers les industriels spécialisés et les organisations qui les représentent afin de vérifier l'adéquation et la fiabilité des dispositifs envisagés avec l'état de l'art technologique.

► Téléradiologie

41059

RAPPORT, INTERNET

Les Entreprises des Systèmes d'Information
Sanitaires et Sociaux. (L.E.S.I.S.S.).
Neuilly sur Seine, Groupement Industriel
de l'InterconneXion et des Systèmes
Electroniques. (G.I.X.E.L.). Paris. FRA

Téléradiologie : Pour un déploiement rapide et efficient de solutions sécurisées. Livre

blanc GIXEL-LESSIS

Neuilly sur Seine : LESSIS : 2009/04 : 17p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lesiss.org/publications/20090415telerad/Attachment00022654/LBT%E9%E9radiologieLe6Gixel0409.pdf>

Dans un contexte budgétaire tendu, les risques de désertification médicale et d'inégalité de traitement des patients deviennent très préoccupants. Ces risques, qui n'épargnent pas plus les grandes villes que les zones rurales, peuvent être maîtrisés en repensant les organisations en concertation avec les professionnels de la santé. La téléradiologie, qui constitue une déclinaison de la télésanté, peut constituer un soutien technologique au service de la collectivité, tout en s'insérant dans le développement d'une économie numérique exportatrice pour notre pays.

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

► Allemagne

41585

CHAPITRE

IMMERGUT (E.)

KERVASDOUE (J. de) / dir.,

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Le système de santé allemand : impasse ou révolution ?

Carnet de santé de la France en 2009 : économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod : 2009 : 135-169., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Ac3884Ac

<http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178>

Une partie du Carnet de santé de la France 2009 montre dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres pays avec les meilleurs experts des pays concernés. Ce chapitre porte sur la réforme du système de santé allemand.

► Australie

41659

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HURLEY (E.) , MCRAE (S.G.) , BIGG (I.) et al.

Australian Government. National Health and Hospital Reform Commission. Canberra. AUS

The Australian health care system : the potential for efficiency gains. A review of the literature.

Le système de santé australien : un potentiel pour un accroissement de son efficacité. Une revue de la littérature

Canberra : Australian Government : 2009 : 66p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.nhhrc.org.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/A5665B8B9EAB34B2CA2575CB00184FB9/\\$File/Potential%20Efficiency%20Gains%20-%20NHRC%20Background%20Paper.pdf](http://www.nhhrc.org.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/A5665B8B9EAB34B2CA2575CB00184FB9/$File/Potential%20Efficiency%20Gains%20-%20NHRC%20Background%20Paper.pdf)

A key component of performance is efficiency. Other dimensions of performance include quality, effectiveness and equity. This paper reviews the available literature on the efficiency of the Australian health care system and the potential areas where gains might be made. The reform directions proposed in this Interim Report seek to improve efficiency in a variety of ways. These include: Using activity-based funding to drive the efficient delivery of services and other key outputs in the health system, including clinical education; Using economic assessments of the cost effectiveness of interventions to ensure funding goes to those interventions that will deliver the best outcomes for a given level of resources; Performance-based payments to encourage the achievement of high quality outcomes; and a rebalancing of the type of interventions delivered so that fewer people become ill and to ensure that when people need care they can receive the most appropriate service.

► États-Unis

41586

CHAPITRE
MARMOR (T.R.)
KERVASDOUE (J. de) / dir.,
Fédération Nationale de la Mutualité
Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Action et politique des soins médicaux aux États-Unis : promesse et dangers de la réforme.

Carnet de santé de la France en 2009 :
économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod : 2009 : 135-169., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : Ac3884Ac

<http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178>

Une partie du Carnet de santé de la France 2009 montre dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres pays avec les meilleurs experts des pays concernés. Ce chapitre porte sur la réforme du système de santé américain.

► Finlande

40123

OUVRAGE, INTERNET
VUORENKOSKI (L.)
MLADOVSKY (P.) / éd., MOSSIALOS (E.) /
éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
DNK, Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Observatoire Européen des
Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles.
BEL

Finland : health system review.

Finlande : point sur le système de santé.

Bruxelles : European Observatory on Health
Systems and Policies : 2008 : X+170p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91937.pdf>

The Health Care Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide an analytical description of each health care system and of reform initiatives in progress or under development. [Contents] 1. Introduction. 2. Organizational structure. 3. Financing. 4. Planning and regulation. 5. Physical and human resources. 6. Provision of services. 7. Principal health care reforms. 8. Assessment of the health system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

40961

RAPPORT, INTERNET
PORTER (M.), TEPERI (J.),
VUORENKOSKI (L.), BARON (J.F.)

The Finnish Health Care System : A Value- Based Perspective.

*Le système de santé finnois : perspective basée
sur la valeur*

Helsinki : Sitra : 2009 : 115p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.isc.hbs.edu/pdf/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009.pdf

This report applies a value-based framework of health care delivery in order to provide a holistic view of the current state of Finnish health care. This report consists of three parts. Section 2 presents a brief overview of the general principles of value-based care delivery. Sections 3 to 7 then utilize these principles to analyze the Finnish health care system as it looks today. While the text aims to cover the essential features of the Finnish system, special attention is paid to aspects that are crucial from a value-based perspective. Finally, Section 8 proposes a set of general conclusions and recommendations for Finland.

► Grèce

41590

CHAPITRE, COMMUNICATION
KONSTANTINOS (E.)
Mutuelle Générale de l'Education Nationale.
(M.G.E.N.). Paris. FRA, Groupe d'Histoire
Sociale. (G.H.S.). Paris. FRA
Alternatives Economiques. Paris. FRA

L'adaptation du système de sécurité sociale aux grands défis actuels : la cas de la Grèce.

Protection sociale et mutualité en Europe : quelle voie pour une approche solidaire de la santé ?

6e Rencontres européennes de la MGEN. :
Paris, 2008/01/30

Paris : Alternatives économiques : 2009 :
39-50

Cote Irdes : A3885

Cet ouvrage rassemble les communications présentées aux sixièmes rencontres de la MGEN sur le thème : Protection sociale et mutualité en Europe. Il pointe sur les convergences existant dans les différents pays de l'Union européenne, pour mettre en oeuvre une politique de santé capable de juguler

l'évolution des dépenses en préservant une certaine égalité sociale. Ce chapitre porte sur la réforme de l'assurance maladie en Grèce.

appropriate to achieving greater accountability among providers, funders and users of health care.

► Nouvelle-Zélande

42122

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

OECD Economic Survey on New Zealand.
Etude économique sur la Nouvelle-Zélande.

OECD Economic Survey
Paris : OCDE : 2009/04 : 151p., tabl., graph.,
fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_2649_34569_42539359_1_1_1_1,00.html

New Zealand spends less per capita on its health care system than many OECD countries, and its health outcomes are satisfactory. Yet, as elsewhere in the OECD, trends in demography, technology and costs are exerting mounting pressures on spending, jeopardising fiscal sustainability. The fiscal framework in New Zealand, which imposes budget constraints on health and other spending, provides a foundation for cost control. However, structural reforms are also needed. Health care spending rebounded over the last decade in the context of a strong economy and fiscal position. The government shifted toward quality and equity objectives, and the experiment with the generally unpopular “quasi-market” competition ended. But large boosts to hospital wages and primary care subsidies have failed to elicit commensurate gains in quantity or quality of output. The new government has pledged to address these shortcomings while avoiding further major restructuring of the sector. Another concern is to safeguard health care delivery in the face of looming workforce shortages. As a high immigration country with large and poor minorities, New Zealand is striving to promote more equal health outcomes. Improved access to care and more efficient management of chronic conditions—the big clinical challenge of an ageing society—is being sought through an emphasis on primary and preventive care, and a better performing hospital sector. A number of needs have been identified to achieve these goals. These include bolstering efficiency incentives, improving information flows, clarifying institutional roles and introducing checks and balances

► Ouzbékistan

40377

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

**Primary care quality management in
Uzbekistan : Primary care in the WHO
European Region.**

*Qualité dans la gestion des soins primaires en
Ouzbékistan : les soins primaires dans la région
Europe de l'OMS.*

Copenhague : Bureau Régional de l'OMS
pour l'Europe : 2008 : 88p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91927.pdf>

This report on primary care quality management describes the Uzbek governments' efforts to improve service delivery at the first level of care, supplemented with evidence compiled through the development and application of tools tailored to primary care. What does quality care mean at this level and what are the strategies, mechanisms and tools to ensure that it can be maintained, assessed and improved? The report shows that the involvement not only of national policy-makers but also, and first and foremost, of the stakeholders on the ground who actually provide and organize primary care can result in improvements in quality by an incremental process of creating and adopting a culture of quality control and assurance. This process goes beyond having guidelines, regulations and strategies in place; it entails adopting a transparent approach which acknowledges that only empowered and motivated health care staff working in teams can bring about real improvements, and that all health care workers (family doctors, nurses, midwives and others) are equally important in the drive to attain better health for the population. The centrality of the patient, and of his or her needs and inputs into this process of improving the quality of primary care, should also be emphasized.

► Pays-Bas

39005

RAPPORT

VASSELLE (A.), CAZEAU (B.)

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

Rapport d'information sur le système de santé aux Pays-Bas.

Paris : La documentation française :
2008/07 : 49p.

Cote Irdes : B6559

<http://www.senat.fr/rap/r07-471/r07-4711.pdf>

Les rapporteurs de ce rapport se sont rendus aux Pays-Bas, du 25 au 27 mars 2008, pour y étudier les évolutions de la protection sociale néerlandaise et la réforme du système de santé. Listes d'attente de plus en plus longues, hausse non maîtrisée des dépenses, cette situation a amené le pays à mettre en place, le 1er janvier 2006, un nouveau mode de prise en charge des dépenses de santé donnant une place prépondérante aux sociétés d'assurance, dans le cadre d'une délégation de service public. Ce rapport présente les caractéristiques générales du système de protection sociale néerlandais (retraite, dispositifs liés à l'emploi, couverture contre le risque santé) ; il présente l'organisation de la couverture du risque maladie (règles de prise en charge, encadrement de l'intervention des sociétés d'assurance, recherche de l'efficacité du système de santé). Il note par ailleurs qu'une assurance spécifique est en charge des soins les plus lourds (Résumé d'auteur).

40364

RAPPORT , INTERNET

HARBERS (M.M.), VAN DER VILK (E.A.),
KRAMERS (P.G.N.), KUUNDERS (M.M.A.P.),
ELIYAHU (H.), ACHTERBERG (P.W.)
National Institute for Public Health and the
Environment. (R.I.V.M.). Bilthoven. NLD

Dare to Compare ! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI).

*Osons comparer ! Evaluation des performances
du secteur de la santé des Pays-Bas à l'aune
des indicateurs de santé de la Communauté
européenne.*

Bilthoven : RIVM : 2008 : 303p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rivm.nl/bibliotheek/
rapporten/270051011.pdf](http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf)

Following a period of stagnation in the 1990s, the life expectancy of Dutch women has been increasing since 2000. The average age of 82 years is now following the trend for the average age of women in the 27 European Union (EU) Member States. As in other EU countries, women in the Netherlands live longer than men but they are slightly less healthy when compared to other countries. In the Netherlands, a relatively high number of women die from cancer and diseases of the respiratory system, such as COPD. More and more women are dying from lung cancer in the Netherlands - partly because of the high percentage of women who smoke in this country. The above are some of the conclusions drawn from an RIVM study, which compares the health of people in the Netherlands with that of other EU countries. One reason for conducting this study was prompted by the 2006 Minister of Health, Welfare and Sport who wanted to return the Netherlands back to the top five European countries regarding public health. The comparisons also show that the Netherlands is one of the best countries regarding mortality from cardiovascular disease and accidents. The life expectancy of Dutch men is in line with life expectancy in the 15 more affluent 'old' EU countries. This life expectancy is higher than the average of the new Member States in the current 27 EU countries. Dutch men reach an average age of 78 years. This is the first time that Dutch public health has been internationally compared based on the ECHI shortlist. The shortlist is a set of more than eighty European health indicators on, e.g., disease, lifestyle and prevention. The report also focuses on the health of young and old people and includes an analysis of the availability, comparability and quality of the data necessary for international comparisons.

41587

CHAPITRE

OKMA (K.G.H.)

KERVASDOUE (J. de) / dir.,
Fédération Nationale de la Mutualité
Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Nouveaux changements concernant l'assurance maladie néerlandaise : mandat individuel ou assurance sociale ?

Carnet de santé de la France en 2009 :
économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod : 2009 : 171-196., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : Ac3884Ac

[http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-
France-2009-politiques/dp/2100530178](http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178)

Une partie du Carnet de santé de la France 2009 montre dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres pays avec les meilleurs experts des pays concernés. Ce chapitre porte sur la réforme du système de santé néerlandais.

► Royaume-Uni

41588

CHAPITRE

KLEIN (R.)

KERVASDOUE (J. de) / dir.,

Fédération Nationale de la Mutualité

Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Stabilité et évolution du service national de santé britannique.

Carnet de santé de la France en 2009 : économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod : 2009 : 171-196., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Ac3884Ac

<http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178>

Une partie du Carnet de santé de la France 2009 montre dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres pays avec les meilleurs experts des pays concernés. Ce chapitre porte sur la réforme du système de santé britannique.

► Slovénie

40366

RAPPORT , INTERNET

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

Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK

Primary care quality management in Slovenia : Primary care in the WHO European Region.

Gestion de la qualité des soins primaires en Slovénie : les soins primaires dans la région Europe de l'OMS.

Copenhague : Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe : 2008 : 83p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.euro.who.int/document/E91926.pdf>

This report on primary care quality management describes the Slovenian governments' and health system stakeholders' efforts to improve service delivery at the first level of care,

supplemented with evidence compiled through the development and application of tools tailored to primary care. What does quality care mean at this level and what are the strategies, mechanisms and tools to ensure that it can be maintained, assessed and improved? The report also shows that the involvement not only of national policymakers but also, and first and foremost, of the stakeholders on the ground who actually provide and organize primary care can result in improvements in quality by an incremental process of creating and adopting a culture of quality control and assurance. This process goes beyond having guidelines, regulations and strategies in place; it entails adopting a transparent approach which acknowledges that only empowered and motivated health care staff working in teams can bring about real improvements, and that all health care workers (family doctors, nurses, midwives and others) are equally important in the drive to attain better health for the population. The centrality of the patient, and of his or her needs and inputs into this process of improving the quality of primary care, should also be emphasized.

► Turquie

42123

RAPPORT, INTERNET

Organisation de Coopération et de

Développement Economiques. (O.C.D.E.).

Paris. FRA

OECD Reviews of Health Systems : Turquie.

Etude de l'OCDE sur le système de santé en Turquie.

Paris : OCDE : 2009/02 : 141p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_2649_34569_42539359_1_1_1_1,00.html

This comprehensive review of Turkey's health care system shows that health status has improved rapidly in Turkey in recent decades, partly as a result of higher health spending. It describes the introduction of an ambitious Health Transformation Programme in 2003 which brought universal health insurance to Turkey in 2008 and has begun the process of public hospital reforms and the rolling out of family-practitioner services throughout the country. Challenges remain, however, including completing the Health Transformation Programme and ensuring that the new health system provides value for money and stays af-

fordable. This report analyses these challenges and sets out policy suggestions aimed at addressing them.

PRÉVISION - ÉVALUATION

Évaluation économique

40398

RAPPORT

BOURGUEIL (Y.), LE FUR (P.),
MOUSQUES (J.), YILMAZ (E.)

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

**La coopération entre médecins généralistes
et infirmières pour le suivi des patients
diabétiques de type 2. Evaluation médico-
économique de l'expérimentation ASALEE.**

Paris : Irdes : 2008/12 : 143p., tabl., graph.

Rapport Irdes ; 1733

Cote Irdes : R1733

[http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/
rap1733.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf)

Cette recherche évalue l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les infirmières ont pour rôle principal de gérer les données informatisées (dossier patient et rappels informatiques) et de dispenser des consultations d'éducation thérapeutique. La méthode d'évaluation est rétrospective, avant/après, contrôlée. L'évaluation de l'efficacité repose sur la mesure de l'amélioration, sur une année, des taux de réalisation des examens recommandés et du contrôle de l'équilibre glycémique (HbA1c). L'évaluation des coûts repose sur la comparaison de l'évolution sur deux années consécutives des coûts directs. Cette expérimentation de coopération s'avère être efficace sans dépense significativement majorée pour l'Assurance Maladie. L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement démontré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

Innovations technologiques

40311

RAPPORT, INTERNET

SORENSEN (C.), DRUMMOND (M.),
KRISTENSEN (F.B.), BUSSE (R.)

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

DNK, European Observatory on Health
Systems and Policies. Brussels. BEL ,

Observatoire Européen des Systèmes et
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

**How can the impact of health technology
assessments be enhanced?**

*Comment accroître l'impact de l'évaluation des
technologies de santé ?*

Copenhague : OMS, Bureau régional de
l'Europe : 2008 : 26p., tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_
epb_5.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_epb_5.pdf)

L'évaluation des technologies de santé est un outil important qui permet de disposer des informations nécessaires pour réglementer efficacement la diffusion et l'utilisation de ces technologies. Les principaux aspects politiques relatifs à l'utilisation des évaluations des technologies de santé se répartissent en trois domaines : a) les organismes, décideurs et autres parties intéressées, b) les méthodes et processus employés ; et c) les modalités de mise en oeuvre des résultats de ces évaluations. L'impact des évaluations des technologies de santé peut être renforcé : si les principales parties intéressées (par exemple les patients, les prestataires et les industriels) jouent un rôle suffisamment actif ; les décideurs s'engagent au préalable à utiliser les rapports d'évaluation (et que les évaluations répondent à leurs besoins) ; si les ressources nécessaires à la mise en oeuvre des décisions sont disponibles ; si la transparence des processus d'évaluation et de décision est garantie ; si la collaboration existe et que les connaissances et les compétences se transmettent entre les institutions.

Santé publique

41422

OUVRAGE

RAWLINS (M.) / préf.

National Institute for Clinical Excellence.
(N.I.C.E.). Londres. GBR

Methods for the development of NICE public

health guidance.

Méthodes pour le développement des recommandations du Nice relatives à la santé publique

Londres : NICE : 2009 : 282p., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf>

This manual describes the methods used by the Centre for Public Health Excellence (CPHE) in NICE to develop public health guidance. NICE's methods and processes for developing public health guidance are based on a clear set of values and principles. The range of activities and topics covered is inclusive. It is based on a conceptual framework for public health. This comprises four vectors – population, environment, society and organisations – linked to human behaviour. They explain the patterns of potentially preventable diseases. Social differences in the population are linked to patterns of mortality and morbidity. These differences manifest themselves in a number of key areas including : - conditions and diseases such as cardiovascular disease, cancer, obesity, diabetes, vaccine-preventable infections - behaviours such as smoking, drug or alcohol misuse, sexual activity, physical activity - other factors affecting health such as environment, work, housing and transport - accidents and injuries - child and maternal health, mental health, oral health. In any of these areas, public health activities may be direct (for example, providing contraceptive services or smoking cessation services) or indirect (for example, creating safe open spaces for physical activity as part of general work to upgrade the environment). Traditional public health issues (such as ensuring the health of pregnant and breastfeeding women) and other issues associated with the wider determinants of health are all covered. In summary, NICE public health guidance considers a variety of approaches, from health promotion and public education campaigns, through uptake of immunisation and screening to activities such as community development.

MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

► Dépenses de santé

41384

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
VAN ELK (R.) , MOT (E.), FRANCES (P.H.)
Netherlands Bureau for Economic Policy
Analysis. (C.P.B.). La Hague. NLD

Modelling health care expenditures.

Overview of the literature and evidence from a panel time series model.

Une modélisation des dépenses de santé. Vue globale de la littérature et données issues d'un modèle de panel de séries temporelles.

CPB Discussion Paper; 121

La Hague : CPB : 2009/02 : 37p., fig.

Cote Irdes : En ligne

Health care expenditures in industrial countries have been growing rapidly over the past forty years. This rapid growth jeopardizes the sustainability of public budgets and causes an increasing interest in the determinants of health care expenditures. The first purpose of this paper is to give an up to date overview of the literature on health care expenditures. Secondly, this paper tries to contribute to the existing literature by investigating the impact of several factors on health care expenditures in an empirical analysis using an error-correction model. Additional to the 'usual suspects' for rising health care expenditures, we pay attention to a somewhat neglected driving factor, which is the increase in the relative price of health care compared to other goods and services. We find that the increasing price of health care helps to explain the increase in real health care expenditures. However, the use of health care in volume terms is negatively affected by the increasing price. This effect seems to be stronger in periods of cost containment policy. Consistent with most recent findings in the literature, we find that income and ageing are important drivers of health care expenditures.

Microéconomie

41784

OUVRAGE
CAMERON (A.C.), TRIVEDI (P.K.)

Microeconometrics using Stata.

La microéconométrie avec Stata.

Texas : Stata Press : 2009 : 692p., tabl.,
index

Cote Irdes : Ug6

<http://www.stata.com/bookstore/mus.html>

This book is an outstanding introduction to microeconometrics and how to do microeconomic research using Stata. Aimed at students and researchers, it covers topics left out of microeconometrics textbooks and omitted from basic introductions to Stata. Cameron and Trivedi provide the most complete and up-to-date survey of microeconomic methods available in Stata. Early in the book, Cameron and Trivedi introduce simulation methods and then use them to illustrate features of the estimators and tests described in the rest of the book. While simulation methods are important tools for econometricians, they are not covered in standard textbooks. By introducing simulation methods, the authors arm students and researchers with techniques they can use in future work. The authors address each topic with an in-depth Stata example, and they reference their 2005 textbook, *Microeconometrics: Methods and Applications*, where appropriate. They also show how to use Stata's programming features to implement methods for which Stata does not have a specific command. Although the book is not specifically about Stata programming, it does show how to solve many programming problems. These techniques are essential in applied microeconometrics because there will always be new, specialized methods beyond what has already been incorporated into a software package. Cameron and Trivedi's choice of topics perfectly reflects the current practice of modern microeconometrics. After introducing the reader to Stata, the authors introduce linear regression, simulation, and generalized least-squares methods. The section on cross-sectional techniques is thorough, with up-to-date treatments of instrumental-variables methods for linear models and of quantile-regression methods. The next section of the book covers estimators for the parameters of linear panel-data models. The authors' choice of topics is unique: after addressing the standard random-effects and fixed-effects methods, the authors also describe mixed linear models—a method used in many areas outside of econometrics.

Modélisation

40372

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ALBOUY (V.), DAVEZIES (L.), DEBRAND (T.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Dynamic estimation of health expenditure : a new approach for simulating individual expenditure.

*Une estimation dynamique de la dépense de
santé : une approche nouvelle pour simuler la
dépense individuelle.*

Document de travail Irdes ; 20

Paris : Irdes : 2009/01 : 29p.

Cote Irdes : DT20

[http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/
WorkingPapers/DT20DynamicEstimationOfHealth
Expenditure.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT20DynamicEstimationOfHealthExpenditure.pdf)

This study compares estimates of outpatient expenditure computed with different models. Our aim is to predict annual health expenditures. We use a French panel dataset over a six year period (2000-2006) for 7112 individuals. Our article is based on the estimations of five different models. The first model is a simple two part model estimated in cross section. The other models (models 2 to 5) are estimated with selection models (or generalized tobit models). Model 2 is a basic sample selection model in cross section. Model 3 is similar to model 2, but takes into account the panel dimension. It includes constant unobserved heterogeneity to deal with state dependency. Model 4 is a dynamic sample selection model (with lagged adjustment), while in model 5, we take into account the possible heteroskedasticity of residuals in the dynamic model.

41400

OUVRAGE
GOULD (W.), PITBLADO (J.), SRIBNEY (W.)

Maximum likelihood estimation with stata.

*Estimation avec probabilité maximale au moyen
de Stata.*

Texas : Stata Press : 2006 : X-290p., tabl.,
index

Cote Irdes : Ug5

<http://www.stata.com/bookstore/mle.html>

Maximum Likelihood Estimation with Stata is written for researchers in all disciplines who need to fit models using maximum likelihood estimation. This edition offers a wealth of ma-

terial about the ml command, updated to include new features introduced in Stata 9.

42102

OUVRAGE
SNIJDERS (T.A.B.), BOSKER (R.J.)

Multilevel analysis : an introduction to basic and advanced multilevel modeling.

Analyse multiniveau : une introduction à la modélisation multiniveau de base et avancée.

Londres : Sage Publications : 1999 : 266p., graph., index

Cote Irdes : Ug7

The main methods, techniques and issues for carrying out multilevel modeling and analysis are covered in this book. The book is an applied introduction to the topic, providing a clear conceptual understanding of the issues involved in multilevel analysis and will be a useful reference tool. Information on designing multilevel studies, sampling, testing and model specification and interpretation of models is provided. A comprehensive guide to the software available is included. Multilevel Analysis is the ideal guide for researchers and applied statisticians in the social sciences, including education, but will also interest researchers in economics, and biological, medical and health disciplines.

42124

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

A note on adapting propensity score matching and selection models to choice-based samples.

Note sur l'adaptation de la méthode d'appariement sur score de propension et sur les modèles de sélection dans le cas d'échantillons non représentatifs.

NBER Working Paper Series ; n° 15179
Cambridge : NBER : 2009/07 : 40p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w15179>

The probability of selection into treatment plays an important role in matching and selection models. However, this probability can often not be consistently estimated, because of choice-based sampling designs with unknown sampling weights. This note establishes that the selection and matching procedures can be implemented using propensity scores fit on

choice-based samples with misspecified weights, because the odds ratio of the propensity score fit on the choice-based sample is monotonically related to the odds ratio of the true propensity scores.

► Techniques d'enquête

40535

OUVRAGE
DE SINGLY (F.)

L'enquête et ses méthodes : le questionnaire.

L'enquête et ses méthodes.

Paris : Armand Colin : 2005 : 128p., tabl.

Cote Irdes : A3843

Ce volume répond à deux questions indissociables : à quoi servent les enquêtes par questionnaire ? Comment produire de « bons chiffres » ? Grâce à de nombreuses enquêtes, il permet d'acquérir une double compétence : d'une part, celle de la sociologie explicative, avec la recherche des déterminants sociaux des comportements ; d'autre part, celle des règles de la formulation des questions, le choix de l'échantillon, le codage, et surtout les principes de lecture des tableaux statistiques. Tous ces actes mêlent réflexion théorique sur l'objet étudié et décision empirique. Et ce sont ces allers et retours entre les deux niveaux qui forment le raisonnement sociologique. Cette édition entièrement revue, illustrée d'enquêtes récentes, s'adresse plus particulièrement aux étudiants en sciences sociales, mais également aux chargés d'études, aux travailleurs sociaux, aux cadres des collectivités locales.

40536

OUVRAGE
BLANCHET (A.), GHIGLIONE (R.),
MASSONAT (J.), TROGNON (A.)

Les techniques d'enquête en sciences sociales.

Paris : Dunod : 2000 : 197p.

Cote Irdes : A3844

Pour répondre aux besoins des étudiants en sociologie et psychologie et de tous les praticiens de l'enquête, ce manuel expose avec clarté et rigueur les principales techniques d'enquête utilisées dans les sciences sociales. Questionnaires, interviews, sondages sont couramment utilisés pour l'analyse des faits de société. Il ne se passe pas de semaine sans qu'un journal quotidien ou hebdomadaire

ne livre ce que pensent, disent, font ou ressentent les Français. Tout se passe comme si l'on extrayait directement des informations préexistantes. Or ces données sont d'abord fabriquées par le regard de l'observateur, l'écoute de l'interviewer, ou les questions de l'enquêteur. Observer, interviewer, questionner sont en fait de véritables techniques que ce manuel permet de comprendre et de maîtriser. A partir de leur expérience de pédagogues et de chercheurs, et en s'appuyant sur les travaux menés dans les équipes du C.N.R.S. (C.R.E.P.C.O. à Aix-en-Provence et G.R.P. à Paris VII) et à l'université de Nancy II (C.R.C.), les auteurs ont réalisé un véritable ouvrage d'initiation à la maîtrise des techniques d'enquête.

40537

OUVRAGE
BERTHIER (N.)

Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés.

Paris : Armand Colin : 2008 : 352p., tabl.

Cote Irdes : A3845

Le premier objectif de cet ouvrage est de permettre l'acquisition des savoir-faire de base en matière d'enquête en sciences sociales. Son plan suit le déroulement naturel d'une enquête sociologique depuis la décision initiale jusqu'à la rédaction du rapport; il a ainsi l'occasion d'aborder les différentes techniques en les replaçant dans le cadre général. L'outil statistique fait partie de la démarche puisque l'enquête s'appuie sur des observations multiples. Les exposés seront systématiquement suivis d'exercices d'application de niveaux de difficultés variés.

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

► Portrait sociale de l'Insee

39560

OUVRAGE
JAUNEAU (Y.), BEFFY (M.), PERELMUTER (D.), DEBAUCHE (E.), CHARNOZ (P.), GOMBAULT (V.), GRELICHE (N.), ACCARDO (J.), GUEDES (D.), HERPIN (N.), PUJOL (J.), AMAR (E.), BONNEFOY (V.), MARICAL (F.), MIROUSE (B.), RAYNAUD (E.), BRIANT (P.), ROUGERIE (C.), DJIDER (Z.), MARBOT (C.), AFSA (C.), MARCUS (V.),

BOUHIA (R.)

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

France, portrait social. Edition 2008.

Paris : Insee : 2008/11 : 273p.

Cote Irdes : A3797

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=FPORSOC08>

Comme chaque année, l'Insee propose dans « France, portrait social » le bilan des évolutions économiques et sociales observées au cours de l'année écoulée. Cette édition 2008 s'intéresse plus particulièrement aux employeurs de salariés à domicile, à la mortalité précoce de différentes catégories de métiers, ainsi qu'à l'évolution du sentiment de bien-être tout au long de la vie. S'ajoute à ces thèmes d'actualité, une trentaine de fiches thématiques. Elles présentent une sélection d'indicateurs du domaine social accompagnés de commentaires et de définitions. Des comparaisons européennes complètent l'ensemble.

► Vieillesse de la population

40465

FASCICULE, INTERNET
SANDERSON (W.), SCHERBOV (S.)
Population Reference Bureau. (P.R.B.).
Washington DC. USA

Rethinking age and ageing.

Repenser l'âge et le vieillissement.

Population Bulletin

Washington : Population Reference Bureau :
2008/12 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.prb.org/pdf08/63.4aging.pdf>

This Population Bulletin illustrates how to use new measures of population aging that take into account changes in longevity over time and place. First, we discuss the surprising history of life expectancy change within the last 150 years. Because of increases in life expectancies, it is misleading to compare those who are chronologically age 40 today with people who were 40 a century ago. Second, we introduce the concept of "prospective age" as a way to compare people who live in periods and places where life expectancies differ. Finally, we build on the concept of prospective age in developing alternative definitions of median age, the elderly population, and old-age dependency ratios.

► Études prospectives

40547

RAPPORT, INTERNET
BESSON (E.)

Premier Ministre. Secrétariat d'Etat chargé de la Prospective, de l'Evaluation des Politiques Publiques et du Développement de l'Economie Numérique. Paris. FRA

France 2025 : dix défis stratégiques pour la France.

Paris : Secrétariat d'Etat chargé de la prospective et de l'évaluation des politiques publiques : 2009/01 : 45p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/EB_10defisFrance2025_jan09.pdf

Ce document est une introduction aux rapports des huit groupes de travail réunis dans le cadre de « France 2025 » : « dix défis pour la France ». Pendant plusieurs mois, parlementaires, partenaires sociaux, hauts fonctionnaires, experts et représentants de la société civile ont examiné huit sujets majeurs pour l'avenir de notre pays : la mondialisation et ses conséquences ; l'organisation de l'appareil productif français ; le développement des capacités créatrices françaises ; la protection contre les nouveaux risques ; le renouvellement du « vivre ensemble » ; la gestion des ressources rares ; l'impact des innovations technologiques sur la vie quotidienne ; enfin, l'avenir de l'État et des services publics.

► Indicateurs économiques

41626

RAPPORT
REDOULES (O.), FOURNIER (J.M.),
LEBLANC (P.), LALANNE (G.), PIONNIER
(P.A.), SIMON (O.), ACCARDO (J.),
BELLAMY (V.), CONSALES (G.), FESSEAU
(M.), LE LAIDIER (S.), RAYNAUD (E.),
MEOT (T.)

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

L'économie française : Comptes et dossiers - Edition 2009 : Rapport sur les comptes de la Nation de 2008.

Paris : INSEE : 2009/06 : 204p.

Références

Cote Irdes : A3886

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=ECOFRA08>

« L'économie française - Comptes et dossiers » présente chaque année une synthèse des mouvements des économies française et mondiale. Appuyé sur les comptes de la Nation, cet ouvrage analyse les principaux événements intervenus en 2008. Des encadrés apportent un éclairage particulier sur la nature de la crise, l'intervention des banques centrales et des États, l'impact du prix du pétrole et du cours de l'euro sur la croissance, les évolutions du pouvoir d'achat notamment. Cette édition comprend en outre trois dossiers sur des sujets majeurs : le partage des fruits de la croissance de 1950 à 2008, les inégalités entre ménages, l'industrie automobile française depuis les années 1950. Des fiches thématiques résument enfin sous divers angles l'essentiel des comptes des ménages, des entreprises ou des administrations (Résumé d'auteur).

► Services à la personne

39153

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

Tableaux de l'économie Française - Edition 2008.

Paris : INSEE : 2008/09 : 203p.

Insee - Références

Cote Irdes : A3782

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=TEF08>

Les Tableaux de l'Économie Française (TEF) propose comme chaque année une synthèse des données essentielles de la France économique et sociale d'aujourd'hui. À travers cinq grands domaines - territoire-population, emploi-revenus, conditions de vie-société, économie-finances et système productif, l'ouvrage offre 88 fiches sous forme de doubles pages traitant chacune d'un thème particulier. Pour chaque thème, les informations les plus récentes sont fournies, notamment sur les 27 pays de l'Union européenne, ainsi qu'au niveau mondial. Un commentaire éclaire les chiffres présentés dans les tableaux et les graphiques, plusieurs définitions précisent les termes employés et une liste de publications spécialisées sur le thème est également proposée.

42224

OUVRAGE
DEVETTER (F.X.), JANY-CATRICE (F.),
RIBAUT (T.)

Les services à la personne.

Paris : La Découverte : 122p.

Repères

Cote Irdes : A3916

Ni un secteur, ni vraiment nouveaux, les services à la personne sont un champ de forces en tension. À la fois instruments de la politique d'emploi et de politique sociale, ils déstabilisent les compromis du « modèle français ». C'est par le prisme de l'emploi que cet ouvrage propose d'explorer la socioéconomie des services à la personne. Combien d'emplois ? Quelles évolutions ? Quelle qualité de l'emploi ? Pour quel service ? Les activités concernées s'effectuent souvent dans le cadre d'un rapport social où prestataire et usager, ou client, sont en interaction. Cette singularité rend indispensable une approche qui ne transforme pas le service à la personne en un banal produit. L'aide à domicile auprès des personnes âgées est l'archétype d'une telle approche. Elle pose la question de la compatibilité entre le caractère authentiquement professionnel de la prestation et la grande fragilité économique et sociale dans laquelle se trouve souvent le salarié qui l'effectue. Peut-on penser la professionnalisation des salariés sans interroger la qualité des services rendus, ni la nature des conditions de travail et d'emploi ? Au-delà de simples enjeux sectoriels, ces questions engagent de véritables choix de société.

Le présent ouvrage est une édition revue et augmentée du Glossaire de l'économie paru en 1992. Les entrées devenues obsolètes sous l'effet des mutations économiques considérables intervenues depuis une dizaine d'années ne figurent plus dans l'édition de 2006. En revanche, de nombreux termes nés, entre autres, de l'expansion de l'ingénierie financière, ont été introduits. Ce glossaire revêt un caractère essentiellement empirique et ne saurait prétendre couvrir de façon exhaustive un domaine aussi vaste que l'économie. En plus de l'économie générale, il reprend des termes de divers domaines plus spécialisés, comme le développement, la gestion, les assurances, les statistiques, etc.

42101

OUVRAGE
PIRIOU (J.P.)

Lexique de sciences économiques et sociales.

Paris : La Découverte : 2007 : 126p.

Cote Irdes : Ub277 (2007)

http://www.editionsdecouverte.fr/catalogue/index-Lexique_de_sciences_economiques_et_sociales__-9782707150868.html

La précision, l'ampleur, la clarté et la rigueur scientifique des quelques 1 400 entrées de ce lexique en font un instrument de travail aujourd'hui sans équivalent. Ce dictionnaire en petit format de poche regroupe de façon précise les termes sur lesquels l'économiste, apprenti ou chevronné, a besoin de précision. Les termes sociologiques ne sont pas sacrifiés.

DOCUMENTATION INFORMATIQUE

► Glossaires et lexiques

42121

REPertoire
ROCHARD (M.)
PRIOUX (R.) / Préf.

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

OECD Economics Glossary : English/French.

Glossaire économique de l'OCDE : anglais/français.

Paris : OCDE : 2006 : 562p.

Cote Irdes : Ub567

► Revues à comité de lecture

39867

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
Comité National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.). Groupe d'Analyse et de Théorie Economique. (G.A.T.E.). Ecully. FRA

Catégorisation des revues 2008 en économie et en gestion.

Categorization of journals in economics and management.

Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique : 2008/06 : 40p.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.gate.cnrs.fr/IMG/pdf/RankingCNRS_2008.pdf

La section 37 du Comité National de la Recherche Scientifique présente dans ce document sa liste mise à jour en juin 2008 des revues à comité de lecture dans le champ de l'économie et de la gestion (version 2.1). Cette liste distingue par domaine scientifique quatre catégories de revues ; ces catégories sont ordonnées. Une première version de cette liste avait été publiée en juillet 2004 (version 1.0). Une seconde version largement restructurée, étendue à quelques 600 revues, a été publiée en octobre 2007 (version 2.0). La présente édition n'introduit que peu de modifications et précise les conditions des mises à jour régulières de la liste.

RÉGLEMENTATION

► Code européen de la santé

42109

OUVRAGE

LAUDE (A.) / dir., TABUTEAU (D.) / dir.

Code européen de la santé.

Paris : Editions de santé : 2009 : 2227p.,
index

Cote Irdes : Ud566

http://www.editionsdesante.fr/services/livres/e-docs/00/00/11/1C/document_ouvrage.phtml

Le champ de la santé, traditionnellement régi par les législations et les politiques nationales, est de plus en plus, structuré par les réglementations européennes. Ce premier code européen de la santé rassemble les textes à vocation sanitaire émanant du Conseil de l'Europe ou des instances communautaires. Prévention, bioéthique, recherche, sécurité sanitaire, santé et environnement, santé et protection du consommateur, institutions européennes de la santé, droits des patients, professionnels de santé, établissements de santé, produits de santé, produits alimentaires, milieux physiques, protection sociale contre la maladie. Les textes réunis couvrent l'ensemble des domaines de l'action sanitaire et sont éclairés par les commentaires et analyses de jurisprudence d'universitaires et spécialistes de ces questions.

► Droits des malades

42107

OUVRAGE

PAIN-MASBRENIER (M.T.), NICOLEAU (P.)

Guide pratique des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 : comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers.

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2009 : 271p.

Cote Irdes : Ud565

La loi n° 2002-2, du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a transformé en profondeur les pratiques dans les établissements et services de ce secteur. De son côté la loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a bouleversé le rôle de chacun à l'hôpital en instituant de nouveaux droits en faveur de la personne malade. Cette première étude comparée de ces deux textes fondamentaux apporte un éclairage neuf sur les pratiques dans les différents établissements concernés.

► **Index des auteurs**

A

ABALLEA (P.)	58
ACCARDO (J.)	73, 74
ACHTERBERG (P.W.)	67
ACKER (D.)	63
AFRITE (A.)	47, 55
AFSA (C.)	73
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. (A.F.S.S.A.)	39
Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances. (A.C.S.E.)	51
ALBOUY (V.)	71
ALLONIER (C.)	41, 51
Alternatives Economiques	26, 65
AMAR (E.)	73
AMBROISE (C.)	56
ANNE (D.)	23
ARNAULT (S.)	55
ASSAYAG (D.)	26
Assemblée Nationale	21, 25, 31
Association des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.)	17
Association Internationale de la Mutualité. (A.I.M.)	24
AUDE (J.)	55
Australian Government	64

B

BARON (J.F.)	65
BECK (F.)	39
BEETS (G.)	45
BEFFY (M.)	73
BELLAMY (V.)	74
BENETIER (C.)	39
BENSAHEL (H.)	22
BERGUA (L.)	61
BERTHIER (N.)	73
BERTIN (M.)	39
BERTRAND (D.)	30
BESSON (E.)	74
BICHOT (J.)	28
BIGG (I.)	64
BONNAUD (F.)	53
BONNEFOY (V.)	73
BORGOVONI (F.)	42
BOSKER (R.J.)	72
BOUHIA (R.)	73
BOUKRIS (S.)	61

BOURGUEIL (Y.)	69
BOUT (B.)	31
BOYER (V.)	31
BOZIO (A.)	27
BRAS (P.L.)	20, 26
BREKKE (K.)	49
BRIANT (P.)	73
BRLORGEY (N.)	55
Bureau Régional de l'Europe	18, 19, 25, 68
BURKE (M.A.)	52
BUR (Y.)	25
BUSSE (R.)	69

C

Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. (C.A.R.M.F.)	53
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.)	41
CALAMASSI-TRAN (G.)	39
CAMERON (A.C.)	71
CASES (C.)	47
CASTEL TALLET (M.A.)	50
CAZEAU (B.)	67
CECCHINI (M.)	42
CECCHI-TENERINI (R.)	30
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	26
Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.)	23, 28, 44
Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Économiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.) ..	48
Centre pour la Recherche Économique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.)	27
Centre Technique d'Appui et de Formation d es Centres d'Examens de Santé. (C.E.T.A.F.)	50
CHAN CHEE (C.)	39
CHARBONNEL (B.)	30
CHARNOZ (P.)	73
CHOQUET (M.)	38
CHURCH (J.)	42
CLEMENT (S.)	47
CLERC (M.-E.)	55
Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.)	17
COLLET (M.)	55
Comité National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.)	75
Commission de la sécurité des consommateurs. (C.S.C.)	30
Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.)	67

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.).....	59
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.).....	25
Commission Européenne. (C.E.).....	43
COM-RUELLE (L.).....	21, 37, 38, 55, 56, 57
Conférence Nationale de la Santé. (C.N.S.).....	18
CONSALES (G.).....	74
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.).....	27
Conseil Economique et Social. (C.E.S.).....	58
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	63
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.).....	58
Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels.....	32
CORDIER (M.).....	55
COURALET (P.E.).....	54

D

DALICHAMPT (M.).....	36
DAMON (J.).....	50
DANET (S.).....	40
DAVEZIES (L.).....	71
DEBAUCHE (E.).....	73
DEBRAND (T.).....	46, 51, 71
DELAHAYE-GUILLOCHEAU (V.).....	58
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).....	23, 51
DELEVOYE (J.-P.).....	50
DELPIERRE (C.).....	47
Department of Health. (D.O.H.).....	48
DE SINGLY (F.).....	72
DESPRES (C.).....	47, 54
DEVAUX (M.).....	42, 47
DEVETTER (F.X.).....	75
Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).....	40, 41, 50, 52, 55
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.).....	42
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.).....	63
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).....	18
Direction générale du travail.....	32
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire. (D.R.A.S.S.).....	52
DJIDER (Z.).....	73
DOOR (J.P.).....	25

DOURGNON (P.).....	37, 41, 47, 53
DOWDESWELL (B.).....	55
DOYON (F.).....	38
DROZ (J.P.).....	38
DRUMMOND (M.).....	69
DUBUISSON (C.).....	39
DU CHEYRON (P.).....	50
DUCLOS (J.Y.).....	48
DUFOUR (A.).....	39
DUPRE (C.).....	50

E

ECHEVIN (D.).....	48
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.).....	55
EDWARDS (N.).....	55
ELIYAHU (H.).....	67
ESTRYN-BEHAR (M.).....	58
ETIENNE (J.C.).....	31
European Observatory on Health Systems and Policies.....	18, 19, 25
EVEN (P.).....	61
EXERTIER (A.).....	55

F

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.).....	22, 60, 64, 65, 67, 68
FENINA (A.).....	55
FERLIE (E.).....	19
FESSEAU (M.).....	74
FESTY (P.).....	45
FIZZALA (A.).....	55
FLETCHER (J.M.).....	45
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.....	23, 24, 54
FONTAINE (A.).....	47
FOUBISTER (T.).....	25
FOURNIER (G.M.).....	52
FOURNIER (J.M.).....	74
FRANSES (P.H.).....	70
FUMEY (A.).....	53

G

GAGNEUX (M.)	62
GATIER (J.)	58
GAUCHARD (F.)	39
GAUTHIER (H.)	49
GAYMU (J.)	45
GELOT (D.)	50
GEOFFROY (L.)	30
GODAGER (G.)	54
GOMBAULT (V.)	73
GOMEL (B.)	28
GOTTELY-FAYET (J.)	49
GOULD (W.)	71
GRELICHE (N.)	73
GRIGNON (M.)	26
Groupe d'Analyse et de Théorie Economique. (G.A.T.E.)	75
Groupe d'Histoire Sociale. (G.H.S.)	26, 65
Groupement Industriel de l'InterconneXion et des Systèmes Electroniques. (G.I.X.E.L.)	63
GUEDES (D.)	73
GUEDJ (F.)	26
GUEGUEN (R.)	50
GUILBERT (P.)	39
GUILLAUME (S.)	54
GUTTON (S.)	50

H

HARBERS (M.M.)	67
HAURY (S.)	40
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.)	20
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.)	59
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)	22
Health Economics Research Programme. (H.E.R.O.)	38, 54
HECKMANN (J.J.)	72
HELARDOT (V.)	47
HERMESSE (J.)	24
HERPIN (N.)	73
HILL (C.)	38
HURIET (C.)	17
HURLEY (E.)	64
HYDE (P.)	19

I

IMMERGUT (E.)	64
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	44, 58
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.)	58
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.)	49
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)	21, 26, 46, 53, 56, 57, 69, 71
Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.)	37, 38
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.)	36, 38
Institut Montaigne	28
Institut national de la consommation. (I.N.C.)	30
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	73, 74
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.)	39
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)	38, 59, 62

J

JACQUAT (D.)	25
JANY-CATRICE (F.)	75
JAUNEAU (Y.)	73
JUSOT (F.)	37, 47

K

KAMBIA CHOPIN (B.)	26
KELLY-IRVING (M.)	47
KERVASDOUE (J. de)	5, 22, 64, 65, 67, 68
KLEIN (R.)	68
KLEIN (T.)	26
KNAI (C.)	18
KONSTANTINOS (E.)	65
KRAMERS (P.G.N.)	67
KRISTENSEN (F.B.)	69
KUUNDERS (M.M.A.P.)	67
KVERNDOKK (S.)	49

L

LAFAY (L.)	39
LALANNE (G.)	74
LANG (T.)	47
LAUDE (A.)	76
LAUWERS (V.)	47
LAXALT (J.M.)	29
LEBLANC (P.)	74
LE FUR (P.)	69
LEGRAIN (Y.)	58
LE GUEN (N.)	38
LEJEUNE (D.)	44
LE LAIDIER (S.)	74
LE MENN (J.)	29
LENGAGNE (P.)	37, 38
LEROUX (I.)	55
Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux. (L.E.S.I.S.S.)	63
LEYMARIE (N.)	38
L'HORTY (Y.)	23
LIORET (S.)	39
LOMBARDO (P.)	55
LOMBRAIL (P.)	47
LUCAS (J.)	63
LUCAS (V.)	50, 51

M

Macif Prévention	30
MAGNIEZ (C.)	50
MALLET (J.C.)	30
MANTOVANI (J.)	47
MARBOT (C.)	73
MARCUS (V.)	73
MAREK (A.)	56
MARICAL (F.)	73
MARINI (P.)	24
MARMOR (T.R.)	65
MARMOT (M.)	48
MAY (L.)	55
MCKEE (L.)	19
MCKEE (M.)	18, 55
MCRAE (S.G.)	64
Médecins du Monde. (M.D.M.)	46, 47
MEMBRADO (M.)	47
MEOT (T.)	74
MERMILLIOD (C.)	55

MEYRIGNAC (M.)	53
MEZZADRI (A.M.)	22
MEZZAROBBA (M.)	55
MILON (A.)	21
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)	18, 25, 30, 40, 41, 55, 57, 63
Ministère du Logement et de la Ville. (M.L.V.)	23
Ministère du Travail - des Relations Sociales - de la Famille et de la Solidarité. (M.T.R.F.S.)	32, 49, 50, 52
MIROUSE (B.)	73
Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.)	67
MLADOVSKY (P.)	65
MOSSIALOS (E.)	19, 25, 65
MOT (E.)	70
MOUQUET (M.C.)	55
MOUSANNIF (A.)	38
MOUSQUES (J.)	53, 69
Mutuelle Générale de l'Education Nationale. (M.G.E.N.)	26, 65

N

NAIDITCH (M.)	53
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.)	45, 72
National Institute for Clinical Excellence. (N.I.C.E.)	69
National Institute for Public Health and the Environment. (R.I.V.M.)	67
Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.)	70
NEVEU (X.)	38
NICOLEAU (P.)	76
NOLTE (E.)	18

O

OBRADOVIC (I.)	30
Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.)	46
Observatoire des Retraites	28
Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé	18, 19, 25, 55, 65, 69
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)	30

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.)	50
Observatoire national des zones urbaines sensibles. (O.N.Z.U.S.)	51
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.)	52
Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.)	37, 47, 50
Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.)	31
Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. (O.P.E.P.S.)	21
OKMA (K.G.H.)	67
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	42, 66, 68, 75
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)	18, 19, 25, 39, 55, 65, 66, 68, 69
OR (Z.)	20, 21, 56, 57
OSWALT (N.)	50

P

PAIN-MASBRENIER (M.T.)	76
PAPANICOLAS (I.)	19
PASCAL (J.)	47
PERELMUTER (D.)	73
PERRONNIN (M.)	26
PETRIE (D.)	20
PICHETTI (S.)	55
PIERRE (A.)	51
PIKETTY (T.)	27
PINVILLE (M.)	25
PIONNIER (P.A.)	74
PIRIOU (J.P.)	75
PITBLADO (J.)	71
POLLAK (C.)	44
POLTON (D.)	47
Population Reference Bureau. (P.R.B.)	73
PORTER (M.)	65
POULAIN (M.)	45
POUVOURVILLE (G. de)	20, 26
PRASAD (K.)	52
Premier Ministre	74
Présidence de la République	17
Pricewaterhousecoopers	62
PRIOUX (R.)	75
PUJOL (J.)	73

R

RAO (D.S.)	20
RAWLINS (M.)	69
RAYNAUD (E.)	73, 74
RECHEL (B.)	55
REDOULES (O.)	74
RENAUD (T.)	53, 56, 57
RIBAULT (T.)	75
Robert H. Smith School of Business	52
ROCHARD (M.)	75
ROCHEREAU (T.)	41
ROLLAND (C.)	47
ROUGERIE (C.)	73
RUSTICELLI (E.)	42

S

SANDERSON (W.)	73
SAOUT (C.)	30
SAPINHO (D.)	39
SASSI (F.)	42
SCEMAMA (O.)	53
SCHERBOV (S.)	73
Secrétariat d'Etat chargé de la Prospective, de l'Evaluation des Politiques Publiques et du Développement de l'Economie Numérique	74
Sénat	21, 24, 29, 31, 67
SERMET (C.)	41
SERVERIN (E.)	28
Service des Droits des Femmes et de l'Egalité. (S.D.F.E.)	49
SIMON (O.)	63, 74
SINDELAR (J.L.)	45
SIRVEN (N.)	46
SMITH (P.C.)	19
SNIJDERS (T.A.B.)	72
SOFTIC (S.)	47
SORENSEN (C.)	69
SRIBNEY (W.)	71
STIKER (H.J.)	41

T

TABUTEAU (D.).....	20, 26, 29, 76
TANG (K.K.).....	20
TEPERI (J.).....	65
THELOT (B.).....	36
THOMSON (S.).....	25
TODD (P.E.).....	72
TONNELIER (F.).....	50
TOUVIER (M.).....	39
TRANNOY (A.).....	47
TRIVEDI (P.K.).....	71
TRUYON (T.).....	26
TUBEUF (S.).....	47

W

WRIGHT (S.).....	55
------------------	----

Y

YAMAGUCHI (S.).....	45
YILMAZ (E.).....	55, 69

U

Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.).....	17
Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales. (U.S.E.M.).....	40
Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.).....	52
Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. (U.R.M.L.).....	53
United States General Accounting Office. (G.A.O.)....	54
Université Laval.....	48
University of Michigan.....	52
University of Oslo.....	49, 54
University of Queensland.....	20
University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.).....	47

V

VALDELIEVRE (H.).....	55
VAN DER VILK (E.A.).....	67
VAN ELK (R.).....	70
VASSELLE (A.).....	67
VILAIN (A.).....	55
VILLERET (S.).....	55
VOLATIER (J.L.).....	39
VUORENKOSKI (L.).....	65

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

▶ **A.C.S.E. (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances)**

209, rue de Bercy
75585 Paris cedex 12
Tél. : 01 40 02 77 01
Email : contact@lacse.fr
<http://www.lacse.fr/dispatch.do>

▶ **A.F.S.S.A. (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments)**

BP19
27/31, av. du Gal Leclerc
94701 Maisons-Alfort
Tél. : 01 49 77 13 50
Fax : 01 49 77 26 12
Email : wb.internet@afssa.fr
<http://www.afssa.fr/>

▶ **A.I.M. (Association Internationale de la Mutualité)**

50, rue d'Arlon
1000 Bruxelles
Belgique
Tél. : 00 32 2 234 57 00
Fax : 00 32 2 234 57 08
Email : aim.secretariat@aim-mutual.org
<http://www.aim-mutual.org>

▶ **Alternatives Economiques**

28 rue du Sentier
75002 Paris
Tél. : 01 44 88 95 90

▶ **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
<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/>

▶ **Australian Government Publishing Service**

GPO Box 84
Camberra Act 2601
Australie

C

▶ **C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)**

Remplace le Commissariat Général du Plan)
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Tél. : 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/>

▶ **C.E.E. (Centre d'Etude de l'Emploi)**

Immeuble Le Descartes 1
29, promenade Michel-Simon
93166 Noisy-Le-Grand cedex
Tél. : 01 45 92 68 97
Fax : 01 49 31 02 44
<http://www.cee-recherche.fr>

▶ **C.E.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.I.R.P.E.E. (Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi)**

Institut d'économie appliquée-HEC
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
CANADA H3T 2A7
<http://www.cirpee.org/>

▶ **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
<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. : Standard 01 72 60 10 00
 Tél. : Service Documentation : 01 72 60 10 20
<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.O.P. (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)**
 4, Avenue Ruysdaël
 75379 Paris Cedex 08
 Tél. : 01 56 21 34 34
 Fax : 01 56 21 34 99
<http://www.ordre.pharmacien.fr>
- ▶ C.N.S. (Conférence Nationale de la Santé)**
 Direction générale de la santé
 Secrétariat de la Conférence nationale de santé
 14, avenue Dusquesne
 75007 Paris
- ▶ 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.R. (Conseil d'orientation des retraites)**
 113, rue de Grenelle
 75007 Paris
<http://www.cor-retraites.fr/>
- ▶ C.P.B. Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis**
 CPB Library
 P.O. Box 80510
 2508 GM The Hague
 Pays-Bas
 Tél. : +3170-3383425
- Email : bibliotheek@cpb.nl
<http://www.cpb.nl/eng/>
- ▶ C.S.C. (Commission de la sécurité des consommateurs)**
 Immeuble Atrium
 5 Place des Vins de France
 75573 Paris cédex 12
 Tél. : 01 53 44 22 80
<http://www.securiteconso.org/>
- ▶ Cherche Midi Editeur**
 23, rue du Cherche Midi
 75006 Paris
 Tél. : 01 42 22 71 20
 Fax : 01 45 44 08 38
<http://www.cherche-midi.com/>
- ▶ Communauté européenne**
 Commission des communautés européennes
 Office des publications
 B-1049 Bruxelles
 Belgique
 Tél. : 00 32 2 299 11 11
 Email : info-info-opoce@cec.eu.int
 ou Email : publications@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/contact/index_fr.htm
- ▶ Cultures et Santé**
 Rue d'Anderlecht 148
 B-1000 Bruxelles
 Tél. : +32 2 502 93 06
<http://www.cultures-promosante.be/>

D

- ▶ D.G.T.P.E. (Direction Générale du Trésor et de la Politique Économique.)**
 Ministère de l'Économie et des Finances.
 139 rue de Bercy
 75572 Paris cédex 1
<http://www.dgtpe.minefi.gouv.fr/>
- ▶ D.O.H. (Department of Health)**
 Customer services
 Richmond House
 79 Whitehall
 London SW1A 2NS
 Royaume-Uni

Tél. : 00 44 020 7210 4850
Email : dhmail@dh.gsi.gov.uk
[http:// www.doh.gov.uk/](http://www.doh.gov.uk/)

E

Documentation Française (La)

(sur place)
Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
Tél. : 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Documentation Française (La)

(par correspondance ou par fax)
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
Tél. : 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Dunod (Editions)

5, rue Laromiguière
75005 Paris
Tél. : 01 40 46 35 00
Fax : 01 40 46 49 95
Email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

D.R.A.S.S. Pays de Loire (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)

6 rue René Viviani
BP 86218
44062 Nantes cedex 2
Tél. : 02 40 12 80 00

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

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 56 80 68
Fax : 01 40 56 81 40
<http://www.travail.gouv.fr/>

E.H.E.S.S. (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) éditions

131, bd Saint-Michel
75005 Paris
Tél. : 01 40 46 70 80
Fax : 01 44 07 08 89
Email editions-vente@ehess.fr
<http://www.editions.ehess.fr/>

Editions de l'Aube

Le Moulin du Château
BP32
84240 La-Tour-d'Aigues
Tél. : 04 90 07 46 60
Fax : 04 90 07 53 02
<http://www.aube.lu/web3/pages/1024/frameset.html>

Editions de la DIV

D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)
194 avenue du Président Wilson
93217 Saint-Denis La Plaine
Tél. : 01 49 17 46 18
Fax : 01 49 17 47 01
<http://www.ville.gouv.fr/>

Editions de santé

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

Editions des Journaux Officiels

26 rue Desaix
75727 Paris cedex 15
Tél. : 01 40 58 75 00
Email : info@journal-officiel.gouv.fr
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

Editions Jacob-Duvernet

134 rue du Bac
75007 Paris
Tél. : 01 42 22 63 65

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
<http://www.pressens.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>

F

- ▶ **F.N.M.F. (Fédération Nationale de la Mutualité Française)**
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
Tél. : 01 40 43 30 30
Email : webmail@mutualite.fr
<http://www.mutualite.fr/>
- ▶ **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 90
<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

G

- ▶ **G.A.O. (US General Accounting Office)**
441 G Street NW, Room LM
Washington DC 20548
Etats-Unis
Tél. : 00 1 202 512 6000
Fax : 00 1 202 512 6061
<http://www.gao.gov/>

- ▶ **G.A.T.E., (Groupe d'Analyse et de Théorie Économique)**
UMR 5824 du CNRS
93 chemin des Mouilles
69130 Écully
B.P. 167
69131 Écully Cedex
Tél. : 04 72 86 60 60
E-mail : gate@gate.cnrs.fr
<http://www.gate.cnrs.fr>

H

- ▶ **H.A.S. (Haute Autorité de santé)**
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : 01 55 93 70 00
Fax : 01 55 93 74 00
Email : contact.web@has-sante.fr
(webmaster)
Email : contact.presse@has-sante.fr (contact presse)
Email : contact.revues@has-sante.fr (contact revues)
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5
- ▶ **H.C.A.A.M. (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie)**
Adresse postale :
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
14 avenue Duquesnes
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 56 00
Fax : 01 40 56 59 55
Locaux HCAAM:
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
7 rue Saint-Georges - 5ème étage
75009 Paris
<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/hcaam.htm>

- ▶ H.C.S.P. (Haut Comité de la Santé Publique)**
 Adresse postale
 14, avenue Duquesne
 75350 Paris 07 SP
 Bureaux
 18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
 75014 Paris
 Tél. : 01 40 56 79 80
 Tél. : ADSP : 01 40 56 79 56
 Fax : 01 40 56 79 49
<http://hcspe.ensp.fr/hcspe/explore.cgi/accueil>
 - ▶ H.E.D.G. (Health, Econometrics and Data Group)**
 C.H.E. (Centre for Health Economics)
 University of York
 York YO10 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.E.R.O. (Health Economics Research Programme)**
 University of Oslo
 Institute of Health Management and Health Economics
 P.O. Box 1089
 Blindern
 NO-0317 Oslo
 Norvège
<http://www.hero.uio.no/eng.html>
 - ▶ I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques)**
 133, boulevard Davout
 75020 Paris cedex
 Tél. : 01 56 06 20 00
 Fax : 01 56 06 21 99
<http://www.ined.fr>
 - ▶ I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et 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
 - ▶ I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)**
 12 rue du Val d'Osne
 94415 St Maurice cedex
 Tél. : 01 41 79 67 00
 Fax : 01 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>
 - ▶ I.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
 Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>
 - ▶ I.R.E.B. (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons)**
 19, av Trudaine
 75009 Paris
 Tél. : 01 48 74 82 19
 Fax : 01 48 78 17 56
 Email : ireb@ireb.com
<http://www.ireb.com>
- # I
- ▶ 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.cohesionsociale.gouv.fr/>
 - ▶ InCA (Institut National du Cancer)**
 52, avenue André-Morizet
 92513 Boulogne-Billancourt cedex
 Tél. : 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.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>

▶ **Inserm Unité 558 « Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps »**

Faculté de médecine Purpan
37, allées Jules Guesdes
31073 Toulouse
Tél. : 05 61 14 59 63

Email : u558@cict.fr

▶ **Institut Montaigne**

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris
Tél. : : 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28

Email : info@institutmontaigne.org

<http://www.institutmontaigne.org/site/page.php>

L

▶ **L.E.E.M. (Les Entreprises du Médicament)**

(Ex SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)
88, rue de la Faisanderie
75016 Paris
Tél. : 01 45 03 88 88

<http://www.leem.org>

▶ **L.E.E.M. Editions**

Siège social :

15 rue Rieux

92100 Boulogne-Billancourt

Email : contact@leem-services.com

<http://www.leem-services.com>

▶ **L.E.S.I.S.S. (Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux)**

120 avenue Charles de Gaulle

92200 Neuilly sur Seine

Tél. : 01 72 92 06 38

Fax : 01 72 92 05 99

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

▶ **La Découverte et Syros (Editions)**

9 bis, rue Abel Hovelacques

75013 Paris

Tél. : 01 44 08 84 00

Fax : 01 44 08 84 17

Email : ladecouverte@ladecouverte-syros.com

<http://www.editionsladecouverte.fr>

M

▶ **M.S.S.P.**

=> Voir Ministère chargé de la santé

▶ **Médecins du Monde**

62, rue Marcadet

75018 Paris

Tél. : 01 44 92 15 15

Email : medmonde@medecinsdumonde.org

<http://www.medecinsdumonde.org>

▶ **Ministère chargé de la Santé**

8, av. de Ségur

75007 Paris

Tél. : 01 40 56 60 00

Fax : 01 40 56 54 25

<http://www.sante.gouv.fr>

▶ **Ministère du Budget des Comptes Publiques et de la Fonction Publique**

139, rue de Bercy

75572 Paris cedex 12

Tél. : 01 40 04 04 04

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/>

- Ministère du Logement et de la Ville**
 Délégation Interministérielle à la ville
 194 avenue du Président Wilson
 93210 Saint-Denis-La Plaine
 Tél. : 01 49 17 46 46
- Ministère du travail, des relations sociales de la Famille et de la solidarité**
 Délégation à l'Information et et la Communication)
 8, av. de Ségur
 75350 Paris 07 SP
 Tél. : 01 40 56 55 18
 Fax : 01 40 56 44 88
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/travail/>
- O.F.D.T. (Office Français des Drogues et des Toxicomanies)**
 3, av. du Stade de France
 93218 St Denis La Plaine cedex
 Tél. : 01 41 62 77 16
 Fax : 01 41 62 77 00
 Email : information@ofdt.fr
<http://www.drogues.gouv.fr>
- 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)

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.I.C.E. (National Institute for Clinical Excellence)**
 MidCity Place
 71 High Holborn
 Londres WC1V 6NA
 Royaume-Uni
 Tél. : 00 44 20 7067 5800
 Fax : 00 44 7067 5801
 Email : nice@nice.org.uk
<http://www.nice.org.uk>
- O.C.D.E. (Organisation de Coopération et de Développement Economique)**
 2, rue André-Pascal
 75116 Paris cedex
 Tél. : 01 45 24 82 00
 Fax : 01 45 24 18 15
<http://www.oecd.org/>
- O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)**
 Bureau régional de l'Europe
 8, Scherfigsvej
 2100 Copenhagen
 Danemark
 Tél. : 00 45 39 17 17 17
 Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>
- O.R.S. P.A.C.A. (Observatoire Régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur)**
 23, rue Stanislas Torrents
 13006 Marseille
 Tél. : 04 91 59 89 00
 Fax : 04 91 59 89 24
 Email : accueil@orspaca.org
<http://www.orspaca.org/>
- O.R.S. des Pays de la Loire (Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire)**
 Hôtel de la Région
 1, rue de la Loire
 44966 Nantes cedex 9
 Tél. : 02 51 86 05 60
 Fax : 02 02 51 86 05 61
 Email : accueil@orspaysdelaloire.com
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>
- Observatoire des Retraites**
 16-18 rue Jules César
 75012 Paris
 Tél. : 01 71 72 12 00

O

- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé / European Observatory on Health Care Systems and Policies**
 (ex : Observatoire européen des systèmes de santé / European Observatory on Health Care Systems)
 Rue de l'Autonomie, 4
 B - 1070 Bruxelles
 Belgique
 Tél. : +32 2 525 09 35
 Fax: +32 2 525 09 36
<http://www.euro.who.int/observatory>

- Presses Universitaire de Grenoble**
 BP 47
 38040 Grenoble cedex 9
 Tél. : 04 76 82 56 51 - 52
 Fax : 04 76 82 78 35
 Email : pug@pug.fr
<http://www.pug.fr/index.asp>
- PricewaterHouseCoopers**
 63, rue de Villiers
 92200 Neuilly-sur-Seine
 Tél. : 01 56 57 58 59
 Fax : 01 56 57 58 60

P

- Palgrave Macmillan**
 Palgrave Orders Department
 Palgrave Macmillan
 Houndmills
 Basingstoke
 Hampshire RG21 6XS
 Royaume Uni
 Tél. : 01256-302866
 Fax: 01256-330688
 Email: orders@palgrave.com
<http://www.palgrave.com/home/index.asp>
- Population Reference Bureau**
 1875 Connecticut Avenue, NW
 Suite 520
 Washington, DC 20009-5728
 Etats Unis
 Tél. : 800-877-9881; 202-483-1100
 Fax: 202-328-3937
 Email: popref@prb.org

R

- R.I.V.M. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / Public health environment and nature)**
 Centre for Public Health Forecasting
 PO Box 1
 Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
 3720 BA Bilthoven
 Pays-Bas
 Tél. : 00 31 30 374 91 11
 Fax: 00 31 30- 274 29 71
 Email : info@rivm.nl
<http://www.rivm.nl/>

S

- Presses de l'EHESP**
 CS 74312
 35043 Rennes Cedex
 Tél. : 02 99 54 90 98
 Fax 02 99 54 22 84
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.pressessciences-po.fr
<http://www.pressessciencespo.fr/>
- Sage Publications Ltd**
 1 Oliver's Yard
 55 City Road
 London EC1Y 1SP
 Royaume-Uni
 Tél. : 00 44 20 7324 8500
<http://www.sagepub.co.uk/>
- Secrétariat d'Etat chargé de la prospective et de l'évaluation des politiques publiques**
 Premier Ministre
 Hôtel de Broglie
 35, rue Saint-Dominique
 75007 Paris

U

- ▶ **Secrétariat d'Etat chargé des Aînés**
55, rue Saint-Dominique
75007 Paris

- ▶ **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
<http://www.senat.fr>

- ▶ **Sitra**
Finnish Innovation Fund
Itämerentori 2,
P.O. Box 160
FI-00181 Helsinki,
Finlande
<http://www.sitra.fi>

- ▶ **Social Science Electronic Publishing**
2171 Monroe Avenue, Suite 3
Rochester, NY 14618
Etats-Unis
<http://www.ssrn.com/>

- ▶ **Springer Publishing Company**
11 West 42nd Street, 15th Floor
New York, NY 10036
Etats-Unis
Email : contactus@springerpub.com
<http://www.springerpub.com/>

- ▶ **Stata Press**
4905 Lakeway Drive
College Station
Etats-Unis

- ▶ **U.R.M.L. d'Ile de France (Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France)**
12, rue Cbanis
75014 Paris
Tél. : 01 40 64 14 70
Fax : 01 40 64 14 89
Email : secretariat@urml-idf.org
<http://www.urml-idf.org>

- ▶ **U.S.E.M. (Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales)**
116, rue du Bac
75007 Paris
Tél. : 01 44 18 37 87
Fax : 01 44 18 94 75
<http://www.usem.fr>

- ▶ **University of Queensland**
School of Economics
Level 6, Colin Clark Building (39)
St Lucia
Brisbane Qld 4072
Australie
<http://www.uq.edu.au/economics/>

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

Directrice de la publication	Catherine Sermet
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Promotion-diffusion	Sandrine Béquignon - Anne Evans
Mise en page	Franck-Séverin Clérembault
