

# Quoi de neuf, Doc ?

**Mai-juillet / May-July 2011, n° 3**

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

Bibliographic bulletin in Health Economics  
**IRDES Documentation Center**

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :  
<http://www.irdes.fr/Publications/Qnd/QuoiNeufDoc2011MaiJuinJuillet.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

## Presentation

The bibliographic bulletin '*Quoi de neuf, Doc?*' aims to regularly inform all persons interested in health economics.

The bibliographic notices are taken from IRDES documentary base. Most of them are available for consultation on the French National library for Public Health's website, of which IRDES is one of its numerous data providers (<http://www.bdsp.tm.fr>).

The bulletin consists of:

- a table of contents in English,
- a section presenting the bibliographic notices with a thematic classification,
- an author index,
- a publisher address book.

The documents presented in this bulletin are available for consultation at IRDES documentation center (see back cover) or be ordered directly from their respective publishers (see contact information in the Publishers address book).

**Requests for photocopies or scans of documents will not be answered.**

## Présentation

Le bulletin bibliographique « *Quoi de neuf, Doc ?* » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.

Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'Irdes. Elles sont, pour la plupart, accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'Irdes est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).

Le bulletin se compose de :

- un sommaire,
- une partie présentant les notices bibliographiques classées par thèmes,
- un index des auteurs cités,
- un index des éditeurs.

Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'Irdes (voir dernière page de couverture) ou commandés directement auprès de l'éditeur (coordonnées disponibles dans le carnet d'adresses des éditeurs).

**Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.**

### Quoi de neuf, Doc ?

*Publication of the Institute for research and information in health economics*

Publication de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

**Publication Director**

Yann Bourgueil

**Directeur de la publication**

**Editor-in-Chief**

Marie-Odile Safon

**Rédactrice en chef**

**Associate Editors**

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

**Rédactrices adjointes**

**Layout Template**

Franck-Séverin Clérembault

**Maquette**

**Page Setting**

Damien Le Torrec

**Mise en page**

**Distribution**

Sandrine Béquignon, Anne Evans

**Promotion-diffusion**

Irdes • 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • ISSN : 1148-2605

# Sommaire

**Quoi de neuf, doc ?**  
**mai-juin-juillet 2011, n° 3**

Table of contents (in English).....6

Présentation ----- 2

Comment lire une notice .....10

Index des auteurs.....129

Carnet d'adresse des éditeurs.....139

## Références bibliographiques

### ► POLITIQUE DE SANTE .....13

Conflits d'intérêt .....	13
Coordination sanitaire / sociale .....	13
Droits des patients.....	14
Gestion du risque.....	14
Handicap.....	15
Histoire .....	15
Performance .....	16
Plan cancer.....	17
Politique sociale .....	17
Réformes.....	19
Santé mentale .....	19
Sécurité sanitaire .....	20
Sociologie de la santé.....	20
Soins intégrés.....	22
Soins transfrontaliers .....	23

### ► PROTECTION SOCIALE.....25

Accidents du travail .....	25
Assurance maladie .....	25
Assurance privée .....	26
Financement.....	26
Fonds d'assurance maladie .....	28
Protection complémentaire .....	28
Retraite .....	31

### ► PREVENTION .....33

Diabète .....	33
Education thérapeutique.....	33
Grippe H1N1.....	34
Lutte anti alcool .....	35
Lutte anti tabac.....	35
Maladies professionnelles .....	36
Obésité .....	36
Promotion de la santé .....	37
Réseaux ville-santé .....	37
Surveillance épidémiologique .....	38
Vieillesse.....	38

### ► ECONOMIE DE LA SANTE .....40

Aide médicale d'Etat.....	40
Coûts de la maladie.....	41
Dépenses de santé.....	41
Dispositifs médicaux.....	42
Innovations médicales.....	43
Reste à charge .....	44
Risque moral.....	45

### ► ETAT DE SANTE .....46

Affections de longue durée.....	46
Capital santé.....	46
Crise économique.....	47
Données d'ensemble.....	47
Maladies chroniques.....	48
Mortalité évitable .....	48
Santé des enfants .....	49
Santé perçue .....	49

Suicide.....	50		
Tabagisme .....	50		
Travail et santé.....	51		
<b>PERSONNES AGEES .....</b>	<b>55</b>		
Aidants familiaux.....	55		
Capital social .....	55		
Dépendance .....	56		
EHPAD .....	58		
Maladie d'Alzheimer .....	58		
Participation sociale .....	58		
Politique de la vieillesse.....	59		
Soins à domicile.....	59		
Soins de longue durée .....	60		
<b>INEGALITES DE SANTE.....</b>	<b>61</b>		
Accès aux soins .....	61		
Discrimination.....	61		
Inégalités sociales de santé.....	62		
Justice sociale.....	65		
Migrants.....	65		
Milieu urbain .....	66		
Non recours .....	66		
Pauvreté.....	68		
<b>GEOGRAPHIE DE LA SANTE .....</b>	<b>70</b>		
Agences régionales de santé .....	70		
Arrêts de travail .....	70		
Diagnostic local.....	70		
Disparités régionales.....	71		
Distances d'accès.....	71		
Ile-de-France .....	72		
Milieu urbain .....	73		
Programmes régionaux de santé .....	74		
Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	75		
Systèmes d'information .....	76		
<b>SOINS PRIMAIRES .....</b>	<b>77</b>		
Démographie médicale.....	77		
Dossiers médicaux .....	79		
Liste d'attente .....	79		
Pratique médicale .....	79		
Rémunération.....	80		
Qualité des soins .....	81		
<b>HOPITAL .....</b>	<b>82</b>		
Chirurgie ambulatoire .....	82		
Comptabilité hospitalière .....	82		
Durée du séjour.....	83		
Etude d'ensemble .....	83		
Gestion des ressources humaines.....	84		
Hôpital privé .....	85		
Hospitalisation à domicile .....	85		
Hospitalisations évitables .....	86		
Performance .....	86		
Réformes.....	87		
Systèmes d'information.....	88		
<b>PROFESSIONS DE SANTE .....</b>	<b>89</b>		
Coopération interprofessionnelle.....	89		
Formation médicale .....	89		
Nouveaux métiers .....	90		
Sages-femmes .....	91		
<b>MEDICAMENTS .....</b>	<b>92</b>		
Antibiotiques .....	92		
Antipsychotiques .....	93		
Automédication.....	93		
Conflits d'intérêt.....	94		
Contrefaçon .....	94		
Industrie pharmaceutique .....	95		
Innovation médicale.....	96		
Médicaments anti-cancéreux .....	96		
Médicaments orphelins .....	97		
Médicaments pédiatriques.....	98		
Pharmacovigilance .....	98		
Prix .....	100		
Médicaments psychotropes.....	101		
Recherche pharmaceutique .....	101		
<b>TECHNOLOGIE MÉDICALE .....</b>	<b>103</b>		
Innovations médicales.....	103		
Technologie de l'information en santé.	103		
Télémédecine .....	103		
<b>SYSTEME DE SANTE ETRANGERS .....</b>	<b>105</b>		
Allemagne .....	105		
Angleterre.....	105		
Australie.....	106		
Etats-Unis.....	106		
Europe .....	107		
Italie.....	108		
Royaume-Uni.....	108		
Suisse .....	109		

<b>PREVISION .....</b>	<b>111</b>	<b>ECONOMIE GENERALE .....</b>	<b>120</b>
Dépistage.....	111	Conditions de travail .....	120
Maîtrise des coûts.....	111	Performance .....	120
Politique publique .....	112	Recueil de données.....	121
Systèmes d'information .....	114		
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>115</b>	<b>DOCUMENTATION.....</b>	<b>122</b>
Coût de la vie humaine .....	115	Données longitudinales.....	122
Econométrie .....	115	Internet.....	122
Indicateurs de développement humain	116	Répertoire de médicaments .....	122
Politique publique .....	116	Ressources électroniques .....	123
Statistiques .....	117	Technologies de l'information .....	123
<b>DEMOGRAPHIE .....</b>	<b>118</b>	<b>REGLEMENTATION .....</b>	<b>125</b>
Espérance de vie sans incapacité.....	118	Droit hospitalier .....	125
Logement .....	118	Médecine du travail.....	125
Violence.....	119	Médicaments .....	125

**Prochain numéro : fin octobre 2011**



# Table of contents

**Quoi de neuf, Doc?**  
**May-June-july 2011, n°3**

Presentation .....	2
Reading a notice .....	10
Author index .....	129
Publishers address book.....	139

---

## Bibliographic notices

---

<b>HEALTH POLICY .....</b>	<b>13</b>	Alcohol control programs .....	35
Conflicts of interest.....	13	Tobacco control programs .....	35
Coordination health / social.....	13	Occupational risks.....	36
Patients rights .....	14	Obesity.....	36
Risk management.....	14	Health promotion.....	37
Disability.....	15	Health cities networks .....	37
History .....	15	Health surveillance .....	38
Performance.....	16	Ageing.....	38
National cancer control programme ...	17	<b>HEALTH ECONOMICS .....</b>	<b>40</b>
Social policy.....	17	Social security benefits .....	40
Reforms.....	19	Health care costs .....	41
Mental health.....	19	Health expenditures.....	41
Patient safety.....	20	Medical devices.....	42
Sociology of health .....	20	Medical innovations .....	43
Integrated care.....	22	Out-of-pocket spending.....	44
Cross-border care.....	23	Moral hazard.....	45
<b>SOCIAL PROTECTION .....</b>	<b>25</b>	<b>HEALTH STATUS .....</b>	<b>46</b>
Occupational injuries.....	25	Long-term diseases .....	46
Health insurance.....	25	Health capital .....	46
Private insurance.....	26	Economic crisis .....	47
Financing .....	26	Global data.....	47
Health insurance funds.....	28	Chronic diseases.....	48
Supplementary health insurance.....	28	Amenable morbidity .....	48
Pension schemes .....	31	Children health .....	49
Income of active solidarity.....	32	Self-assessed health .....	49
<b>PREVENTION .....</b>	<b>33</b>	Suicide .....	50
Diabetes .....	33	Smoking.....	50
Disease management.....	33	Occupational health.....	51
H1N1 influenza .....	34	<b>ELDERLY .....</b>	<b>55</b>

Informal care .....	55	Reforms .....	87
Social capital .....	55	Information systems .....	88
Dependency .....	56		
Home for the aged.....	58	<b>HEALTH PROFESSIONS .....</b>	<b>89</b>
Alzheimer disease .....	58	Interprofessional collaboration.....	89
Social participation .....	58	Medical training .....	89
Aging policy .....	59	New professions.....	90
Home care .....	59	Midwives.....	91
Long-term care.....	60		
		<b>PHARMACEUTICALS .....</b>	<b>92</b>
<b>HEALTH INEQUALITIES.....</b>	<b>61</b>	Antibiotics .....	92
Affordability of health care.....	61	Antipsychotics.....	93
Discrimination.....	61	Self-medication.....	93
Social health inequalities.....	62	Conflicts of interest .....	94
Social justice .....	65	Counterfeit medicines.....	94
Migrants .....	65	Pharmaceutical industry.....	95
Urban area.....	66	Medical innovation .....	96
Non take-up.....	66	Cancer drugs .....	96
Poverty .....	68	Orphan drugs.....	97
		Pediatrics drugs.....	98
<b>GEOGRAPHY OF HEALTH .....</b>	<b>70</b>	Drug safety.....	98
Regional health agencies .....	70	Pricing .....	100
Sickness absence.....	70	Psychoactive drugs.....	101
Local diagnostic .....	70	Pharmaceutical research.....	101
Regional disparities.....	71		
Distances .....	71	<b>MEDICAL TECHNOLOGIES .....</b>	<b>103</b>
Ile-de-France.....	72	Medical innovations .....	103
Urban area.....	73	E-health .....	103
Health regional programs .....	74	Telemedicine .....	103
Provence-Alpes-Côte d'Azur .....	75		
Information systems .....	76	<b>FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS ...</b>	<b>105</b>
		Germany.....	105
<b>PRIMARY HEALTH CARE SYSTEMS.....</b>	<b>77</b>	England.....	105
Medical demography.....	77	Australia.....	106
Medical records.....	79	United States .....	106
Waiting lists .....	79	Europe .....	107
Medical practice.....	79	Italy.....	108
Payment .....	80	United Kingdom.....	108
Quality of care .....	81	Switzerland.....	109
<b>HOSPITAL.....</b>	<b>82</b>		
Ambulatory surgery .....	82		
Hospital accounting.....	82		
Length of stay.....	83		
Global study.....	83		
Human resources management.....	84		
Private hospital .....	85		
Home care hospital based .....	85		
Avoidable admissions .....	86		
Performance.....	86		



<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>EVALUATION</b> ..... 111</li> <li>Screening.....111</li> <li>Cost containment.....111</li> <li>Public policy.....112</li> <li>Information systems.....114</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>ECONOMY</b> ..... 120</li> <li>Working conditions ..... 120</li> <li>Performance ..... 120</li> <li>Statistical data collection ..... 121</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>METHODOLOGY</b> ..... 115</li> <li>Human life cost .....115</li> <li>Econometrics.....115</li> <li>Human development index .....116</li> <li>Public policy.....116</li> <li>Statistics.....117</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>DOCUMENTATION</b>..... 122</li> <li>Longitudinal data..... 122</li> <li>Internet..... 122</li> <li>Drug directory ..... 122</li> <li>Online resources ..... 123</li> <li>Information technologies..... 123</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>DEMOGRAPHY</b> ..... 118</li> <li>Disability free life expectancy .....118</li> <li>Housing .....118</li> <li>Violence .....119</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>LAW</b>..... 125</li> <li>Hospital law..... 125</li> <li>Occupational medicine..... 125</li> <li>Drugs ..... 125</li> </ul>

**Next issue: End of October 2011**

<b>Reading a notice</b>		<b>Comment lire une notice ?</b>
Author(s)	LEEUW (E.J.J.)	Auteur(s)
Original title	<b><i>The sane revolution: health promotion: backgrounds, scope, prospects</i></b>	Titre original
French title	La révolution raisonnable : promotion de la santé : fondements, perspectives	Titre français
Publisher	<i>Assen : Van Gorcum</i>	Editeur
Pagination	1989 ; 130 p. réf. Bibl.	Pagination
Language	Langue : ENG	Langue de publication
Abstract	Cet ouvrage cherche à définir de nouveaux modèles ponctuels effectués dans les pays industrialisés : États-Unis, Pays-Bas	Résumé
Internal references	Réf. 6579 ; A1100	Références internes à l'Irdes

### **Meaning of abbreviations**

### **Signification des abréviations**

<b>And other authors</b>	<b>et al. (et alii)</b>	<b>et d'autres auteurs</b>
<b>Volume number</b>	<b>vol.</b>	<b>numéro de volume de la revue</b>
<b>Journal number</b>	<b>n°</b>	<b>numéro de la revue</b>
<b>Includes tables</b>	<b>tabl.</b>	<b>présence de tableaux</b>
<b>Includes charts</b>	<b>graph.</b>	<b>présence de graphique</b>
<b>Bibliographic references quoted at the end of text</b>	<b>réf.</b>	<b>références bibliographiques citées à la fin du texte</b>
<b>Bibliographic references quoted</b>	<b>réf. bibl.</b>	<b>références bibliographiques citées</b>

Références bibliographiques

*Bibliographic notices*



## Politique de santé/Health policy

---

### Conflits d'intérêt Conflicts of interest

---

46140

RAPPORT

SAUVE (J.M.), MIGAUD (D.), MAGENDIE (J.C.)

Présidence de la République. Commission de Réflexion pour la Prévention des Conflits d'Intérêts dans la Vie Publique. Paris. FRA

***Pour une nouvelle déontologie de la vie publique - Rapport de la Commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique.***

Paris : Commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique : 2011/01; 121p.

Cote Irdes : B6983

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000051/0000.pdf>

Instituée par décret n°2010-1072 du 10 septembre 2010, la Commission s'attache tout d'abord à identifier les principes qui fondent la prévention des conflits d'intérêts et à élaborer une définition de la notion de « conflits d'intérêts ». Elle dresse ensuite un état des lieux de l'ensemble des dispositifs existants en France en matière de prévention des conflits d'intérêts, qui fait apparaître que les mécanismes ne sont pas assez coordonnés et sont surtout répressifs. Enfin, à partir de ce constat, la Commission envisage les mesures susceptibles d'être adoptées pour prévenir de tels conflits. Elle veille notamment à définir des dispositifs adaptés pour les membres du Gouvernement, les responsables d'entreprises publiques et d'établissements publics, ainsi que les fonctionnaires exerçant les plus hautes responsabilités. Elle envisage en outre une refonte des institutions actuellement en charge

du contrôle de la déontologie dans la vie publique, afin de mettre en cohérence la prévention des conflits d'intérêts, leur traitement et leurs conséquences.

---

### Coordination sanitaire / sociale Coordination health / social

---

46983

RAPPORT

BLOCH (M.A.), HENAUT (L.), SARDAS (J.C.), GAND (S.)

Ecole des Mines. Centre de Gestion Scientifique. Paris. FRA

Fondation Paul Benetot. Paris. FRA,

Fondation de l'Avenir. Paris. FRA

***La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles.***

Paris : Fondation de l'Avenir : 2011; 240p.

Cote Irdes : B7005

[http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude\\_coordination\\_cgs\\_fpb\\_fev2011\\_.pdf](http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_fev2011_.pdf)

Cette étude scientifique réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech pour le compte de la Fondation Paul Benetot propose un état des connaissances internationales sur le sujet, une analyse inédite de la structuration de la coordination en France, et des solutions qui mériteraient d'être développées en termes de dispositifs et de compétences professionnelles

---

**Droits des patients**  
*Patients rights*

---

46615

RAPPORT

BRUN (N.), HIRSCH (E.), KIVITS (J.) et al.  
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).  
Paris. FRA

***Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé ».***

Paris : Ministère chargé de la Santé, Paris : La documentation Française : 2011/02; 46p.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000098/index.shtml>

Le présent rapport fait partie des trois missions confiées dans le cadre du dispositif « 2011, année des patients et de leurs droits » dont le thème principal porte sur le droit des patients et de leurs proches dans les établissements de santé. Le rapport s'intéresse à la place des patients dans le système de santé, aux nouveaux comportements (usage de l'Internet) et aux nouvelles attentes concernant la gestion de leur santé. Un chapitre est consacré à l'éducation thérapeutique et aux programmes d'accompagnement pour les personnes atteintes d'une maladie chronique. Le rapport fait également le point sur les transformations liées aux nouvelles technologies de la santé, dont la télémédecine.

45928

OUVRAGE

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

***Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé.***

Paris : IGAS : 2010; 88p.  
Cote Irdes : C, en ligne  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a inscrit à son programme de travail une mission d'évaluation consacrée à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Dans le cadre

de cette mission, l'usager a été considéré, d'une part comme un « consommateur » qui souhaite exercer de manière éclairée son droit au « libre choix » d'un établissement, d'autre part comme un « citoyen » qui, doté d'un mandat de représentation, intervient pour améliorer la qualité des prises en charge. La question de l'information du patient sur son cas personnel n'entre pas dans le cadre de ce rapport.

---

**Gestion du risque**  
*Risk management*

---

46147

RAPPORT

BOCQUET (P.Y.), PELTIER (M.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

***Mission sur la gestion du risque.***

Paris : Igas : 2010/12; 102p.  
Cote Irdes : B6976  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000039/0000.pdf>

Par une lettre de mission du 19 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'une mission sur la gestion du risque. Cette mission intervient dans le contexte de mise en oeuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires « HPST », qui prévoit l'élaboration sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) d'un programme régional de gestion du risque (PRGDR) pluriannuel, révisable chaque année. La première partie du rapport est consacrée à l'évolution de la notion de gestion du risque et au cadre actuel de mise en oeuvre de cette politique; la seconde partie est consacrée à la contribution des ARS à la gestion du risque et la troisième partie reprend les recommandations de la mission à propos du dispositif général de pilotage de la gestion du risque et de la mise en oeuvre du PRGDR sous l'égide des ARS.

---

## Handicap Disability

---

45908

OUVRAGE

ANCET (P.), BARREYRE (J.Y.), BLOCH (M.A.), et al.  
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.  
(E.H.E.S.P.). Rennes. FRA

### **Handicaps et innovation : le défi de compétence.**

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010; 288p., tabl.  
Cote Irdes : C, A4152

L'immense diversité des situations de handicaps, l'évolution rapide des techniques et des connaissances scientifiques et médicales exigent des compétences et des efforts de formation appuyés sur la recherche scientifique et internationale. Pour relever ce défi, il a été proposé de créer au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en santé publique (EHESP) un pôle pluridisciplinaire de recherche, d'expertise et de formation dans le domaine du Handicap. Denis Chastenot, chercheur mis à disposition de l'EHESP par le CNRS, a procédé pendant dix-huit mois à une recherche concernant les enjeux et les défis du handicap en France. Il en présente ici le rapport. Celui-ci dresse un état des lieux de la réalité du handicap en France. Il analyse la situation actuelle et précise les évolutions majeures et les besoins en compétences et connaissances qui devront orienter les contenus de formation de cadres et des dirigeants. Dans ce contexte d'un projet propre à l'EHESP, et à la demande officielle de la Direction générale des affaires sociales (DGAS) une analyse du Centre **technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI)** dans toutes ses dimensions a été réalisée au printemps 2009, pour évaluer sa situation et la faisabilité d'une reprise de ses activités par l'EHESP. Ceci a permis de mesurer, selon le rapport, l'intérêt particulier que représente son centre de documentation sur les handicaps, « unique en France et reconnu » ainsi que ses missions sur la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap, et de la santé (CIF) de l'OMS. Des travaux de recherches, des

analyses, des réflexions de chercheurs et des acteurs du monde du handicap ainsi que des témoignages de personnes confrontées au handicap ont également contribué à l'enrichissement de ce rapport.

---

## Histoire History

---

46980

OUVRAGE

AMEISEN (J.C.), BERCHE (P.), BROHARD (Y.)

### **Une histoire de la médecine. Ou le souffle d'Hippocrate.**

Paris : Editions la Martinière, Paris : Université Paris Descartes : 2011; 222p.  
Cote Irdes : A4169

Les 45 médaillons qui ornent la façade du centre universitaire de la rue des Saints-Pères à Paris sont à l'origine de cet ouvrage. Ils fixent les personnages essentiels et les grandes étapes de l'aventure médicale, de l'Antiquité à la Renaissance. A travers trois grandes thématiques (la découverte du corps, la découverte du monde invisible, l'univers intérieur : les mondes de l'esprit), les auteurs évoquent l'évolution de la pensée médicale, observent ses tâtonnements et les progrès effectués au cours du temps, et mettent en avant les grandes ambitions de la médecine contemporaine (Extrait de la 4<sup>e</sup> de couverture).

46938

OUVRAGE, INTERNET

World Health Organization. (W.H.O.).  
Regional Office for Europe. Copenhagen. DNK / Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen. DNK

### **Soixante ans d'OMS en Europe.**

Copenhague : Bureau régional de l'OMS de l'Europe : 2010; V+59p., ill.  
Cote Irdes : C, en ligne  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/110229/E93470.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/110229/E93470.pdf)

L'ouvrage retrace l'histoire du Bureau Régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe depuis sa création jusqu'en 2010. Destiné à garder vivace et à transmettre l'histoire de ce Bureau et de ses travaux capitaux, il couvre l'époque de cinq directeurs régionaux et de milliers d'employés dévoués, sans parler des centaines de programmes et de politiques que ceux-ci ont contribué à élaborer et à mettre en oeuvre. Un ouvrage antérieur couvrait les 40 premières années en détail; ce livret est davantage axé sur les 20 dernières années. Il retrace 60 années de travail du Bureau Régional en vue d'améliorer l'état de santé de la population sur le vaste territoire où il exerce sa mission (Résumé de l'éditeur).

---

## Performance Performance

---

46793  
OUVRAGE, INTERNET

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

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

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

Cambridge: Cambridge University Press : 2009;  
748p., tabl., index  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>

In a world where there is increasing demand for the performance of health providers to be measured, there is a need for a more strategic vision of the role that performance measurement can play in securing health system improvement. This volume meets this need by

presenting the opportunities and challenges associated with performance measurement in a framework that is clear and easy to understand. It examines the various levels at which health system performance is undertaken, the technical instruments and tools available, and the implications using these may have for those charged with the governance of the health system. Technical material is presented in an accessible way and is illustrated with examples from all over the world. Performance Measurement for Health System Improvement is an authoritative and practical guide for policy makers, regulators, patient groups and researchers.

46462  
RAPPORT, INTERNET

NOLTE (E.)  
Rand Europe. Cambridge. GBR

### **Une comparaison internationale de la qualité des soins. Une revue de la littérature.**

*International benchmarking of healthcare quality. A review of the literature.*

Technical Report; n°738  
Santa Monica : Rand corporation : 2011; 48p., fig., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2010/RAND\\_TR738.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2010/RAND_TR738.pdf)

There is growing interest in the systematic assessment and international benchmarking of quality of care provided in different healthcare systems, and major work is under way to support this process through the development and validation of quality indicators that can be used internationally. Recognising that cross-national data comparison remains a challenge, there is now a considerable body of data that allow for comparisons of healthcare quality in selected areas of care. The report includes a description of existing indicators that could be used to compare healthcare quality in different countries, along with a discussion of specific problems in making comparisons at this level of detail. This is illustrated with case studies of two measures widely used for international comparisons: avoidable mortality and cancer survival. These show both the potential power



of cross-national comparisons and some of the difficulties in drawing valid interpretations from the data. The report focuses on the three quality domains identified as important by the NHS Next Stage Review High Quality Care for All, namely effectiveness of care, patient safety and patient experience. It is however important to recognise that access is an important additional component of quality which may be a key determinant of differences in outcome between different countries. Thus comparing quality across countries is only a first step to then assess the causes underlying those differences and determining what actions may be appropriate to take to improve health outcomes.

---

### Plan cancer National cancer control programme

---

46546  
RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).  
Paris. FRA, Institut National du Cancer.  
(I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA

#### ***Plan cancer 2009-2013. 2<sup>ème</sup> rapport d'étape au président de la République.***

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2010/12; 124p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Deuxieme\\_rapport\\_d\\_etape\\_plan\\_cancer.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Deuxieme_rapport_d_etape_plan_cancer.pdf)

Le rapport d'étape au président de la République présente l'état des lieux de la mise en oeuvre du Plan cancer 2009-2013 en décembre 2010. Faisant suite au premier rapport d'étape rendu public en juin 2010, il comprend les éléments suivants : la présentation de la gouvernance du Plan cancer 2009-2013 ; la synthèse de l'état d'avancement du Plan au 15 décembre 2010 ; les chiffres-clés du cancer en 2010 ; le rapport des actions engagées en 2009 et 2010 ; les données de pilotage établies à décembre 2010, comprenant les indicateurs de résultats par mesure, l'état d'avancement de chacune des actions et le bilan 2009 de l'exécution budgétaire. Un lexique des sigles et acronymes

utilisés dans le rapport figure en dernière partie du document.

---

### Politique sociale Social policy

---

46526  
OUVRAGE  
AUDIER (S.)

#### ***La pensée solidariste : aux sources du modèle social républicain.***

Le lien social.  
Paris : Presses Universitaires de France : 2010;  
340p.  
Cote Irdes : A4150

L'avènement de la Sécurité sociale est le fruit d'une histoire complexe, marquée par un long travail intellectuel. Au coeur de la légitimation de l'Etat social se trouve en effet l'idée de solidarité. Celle-ci n'est pas née ex nihilo : elle a été défendue par des réformateurs sociaux et des hommes politiques, républicains et socialistes, soucieux de légitimer une intervention sans précédent des pouvoirs publics pour la protection sociale des citoyens. Avec la diffusion de l'idée de solidarité, c'est toute une vision du monde qui a été promue dans le débat public afin de fonder le combat contre l'insécurité sociale. Tout indique qu'elle n'a pas perdu de son actualité. Aussi est-il temps de redécouvrir l'ampleur de la réflexion qui a été menée, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, pour aboutir à la doctrine dite du solidarisme. C'est en son nom que bien des réformes sociales, qui anticipent l'Etat-providence, seront menées : lois sur les accidents du travail, l'assurance maladie, les retraites, l'impôt progressif. La solidarité est même devenue le mot clé pour définir la politique de la III<sup>e</sup> République : il s'agissait, pour les « solidaristes » d'inventer une conception qui s'imposerait comme une voie nouvelle entre le libéralisme des « économistes » et le collectivisme des « socialistes ». L'ambition de ce livre, en exhumant une multitude de textes oubliés, est de montrer la cohérence et l'originalité de la doctrine solidariste, tout en

soulignant les évolutions et les controverses qui ont marqué sa genèse. Le grand intérêt du solidarisme tient avant tout à son choix de réformer en profondeur la société dans tous ses domaines, depuis la vie dans l'entreprise jusqu'à l'éducation, depuis la nation jusqu'à la coopération internationale. La redécouverte du solidarisme est ainsi celle d'un projet de société visant à réaliser au mieux les idéaux de la République (4e de couverture).

46525  
OUVRAGE

***Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau.***

Paris : Editions Eska : 2011; 259p.  
Cote Irdes : A4149

En développant une recherche mettant en avant les considérations éthiques et l'exigence de justice qui doivent motiver les politiques sociales, Maryse Gadreau grandement contribué à renouveler une économie du social et tout particulièrement une économie de la santé trop focalisées sur les comportements stratégiques et la recherche de l'efficacité. Figure marquante du paysage académique, **Maryse Gadreau a dirigé près d'une centaine de thèses, mémoires de recherche et habilitations à diriger les recherches.** Membre actif de nombreuses sociétés savantes et projets scientifiques, membre fondateur **d'un réseau de chercheurs à l'origine de l'Association d'économie sociale (AES)**, elle a alimenté un projet alternatif au main stream en économie, valorisant l'ouverture de la discipline aux autres sciences sociales. Cet ouvrage ne constitue pas seulement un hommage à l'oeuvre de Maryse Gadreau. Il est avant tout un projet intellectuel qui vise à alimenter, à partir des thèmes de recherche et des travaux de Maryse Gadreau, les débats politiques, éthiques et socio-économiques actuels en matière de santé et de politiques sociales. En reprenant une ou plusieurs des publications de Maryse Gadreau, chaque contributeur a accepté de développer son propre éclairage sur la « marchandisation » de la santé, la démocratie

sanitaire, la profession médicale, les enjeux du vieillissement, la réforme hospitalière, les **réseaux de soins**, l'accroissement des inégalités de recours aux soins ..., tout en situant son propos dans le cadre du thème central de l'ouvrage: efficacité et justice en matière de santé et de **politiques sociales**. **Ce projet n'est donc pas un ouvrage de « mélanges » puisqu'il est animé par un seul fil conducteur décliné en quatre chapitres. L'État-social face au marché (1), pratiques professionnelles et coordination collective (2), l'exigence de justice dans les politiques de santé (3) et de nouvelles règles pour les politiques hospitalières (4).**

45911  
OUVRAGE

BRESSON (M.), MAALLA M'JID (N.), BRIXI (O.), et al.

***Interventions sociales et rôle de l'Etat. Regards croisés : Algérie, Allemagne, France, Israël, Maroc, Palestine, Suisse.***

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010; 174p.  
Cote Irdes : C, A4131

Cet ouvrage est issu du colloque international organisé par l'université Paris-13 et l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS) « les interventions sociales et le rôle de l'Etat » qui s'est tenu à Bobigny les 18 et 19 septembre 2008. Ce colloque a eu comme objectifs d'initier une réflexion sur les différents modèles d'intervention de l'Etat dans les politiques sociales à partir de la question du sentiment d'injustice tel qu'il s'exprime à travers les grands textes fondateurs, et d'autre part promouvoir un dialogue entre des nations existantes ou en cours de construction qui se connaissent souvent mal et dont les rapports, malgré d'incontestables proximités historiques et culturelles, sont perturbés par des conflits de territoire, d'idéologie, et des luttes de pouvoir. Une quinzaine d'articles sont présentés en trois parties : 1. Les rapports État/société : quelques configurations ; 2. Les rapports complexes entre l'Etat et les Organisations non gouvernementales (ONG) ; 3. Le social à l'épreuve de l'économique.

---

## Réformes Reforms

---

46786

RAPPORT

PAUL (C.), ROLLAND (J.M.)  
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des  
Affaires Sociales. Paris. FRA

### ***Rapport d'information sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.***

Paris : Assemblée Nationale : 2011/03; Pages : 211p.  
Cote Irdes : B7003  
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3265.pdf>

L'objectif de ce rapport d'évaluation de la mise en oeuvre de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires est de vérifier que les mesures réglementaires nécessaires pour l'application du texte ont bien été prises. Le taux de publication de l'ensemble des mesures réglementaires d'application, hors ordonnances et arrêtés, est de 64 %, mais il cache de grandes disparités entre les différents titres de la loi. Le jugement technique porté par les co-rapporteurs est donc partagé.

---

## Santé mentale Mental health

---

46972

OUVRAGE

World Health Organization. (W.H.O.).  
Regional Office for Europe. Copenhagen. DNK,  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK

### ***L'impact des crises économique sur la santé mentale.***

*Impact of economic crises on mental health.*

Copenhague : OMS Bureau Regional de l'Europe :  
2011 ; 23p.  
Cote Irdes : en ligne  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf)

The economic crisis is expected to produce secondary mental health effects that may increase suicide and alcohol death rates. However, the mental health effects of the economic crisis can be offset by social welfare and other policy measures. For example, active labour market programmes aimed at helping people retain or regain jobs counteract the mental health effects of the economic crisis. Family support programmes contribute to counteracting the mental health effects of the crisis. Increasing alcohol prices and restricting alcohol availability reduce the harmful effects on mental health and save lives. Debt relief programmes will help to reduce the mental health effects of the economic crisis and accessible and responsive primary care services support people at risk and prevent mental health effects.

46707

RAPPORT

LEFRAND (G.)  
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des  
Affaires Sociales. Paris. FRA

### ***Rapport sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge***

Paris : Assemblée nationale : 2011; 324p., tabl., ann.  
Cote Irdes : C, en ligne  
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r3189.pdf>

Lors de ses séances des 1er et 2 mars 2011, en présence de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé, la commission a examiné le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et a retenu 233 amendements parmi les 306 examinés. Le présent projet de loi s'inscrit dans la volonté de rénovation de la prise en charge psychiatrique et doit s'accompagner d'un nouveau plan pluriannuel de prévention et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux, que le Président de la République a appelé de ses vœux à l'occasion de l'examen en Conseil des

ministres de la lettre rectificative au projet de loi.

peut pas être « raisonnable ». Il demeure une insulte à la raison (4e de couverture.).

---

## Sécurité sanitaire

### Patient safety

---

46548

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de)

### ***La peur est au-dessus de nos moyens : pour en finir avec le principe de précaution.***

Paris : Plon : 2011; 237p.

Cote Irdes : A4154

Déjà, les prêcheurs de l'Apocalypse soulignaient l'inanité opérationnelle du principe de précaution. Depuis, la prétention de cette prétendue « précaution » a reçu d'amples, nombreuses et, parfois, réjouissantes illustrations. La meilleure d'entre elles est sans doute l'épisode de l'épidémie de grippe H1N1. Si elle n'a pas été catastrophique, c'est moins grâce aux mesures prises par le gouvernement, achat de 10% des vaccins mondiaux et d'un tiers des capacités mondiales de production de Tamiflu, que par le caractère certes contagieux mais peu virulent du virus. Les Français se protègent, les Français ont peur. Ils croient que le cancer s'étend, que la vie moderne fait des ravages, que les nanotechnologies sont la menace de demain. La « nature » devient leur ultime recours, alors qu'ils s'en protègent et que, par ailleurs, ils n'ont jamais aussi bien et aussi longtemps vécu. De surcroît, cette déraison précautionneuse détourne le regard des véritables problèmes de l'environnement, comme la biodiversité ou la nécessité de se détacher progressivement des énergies fossiles. Non, définitivement, la peur est au-dessus de nos moyens et, comme le disait Pierre Dac : à force de prendre des vessies pour des lanternes... on se brûle. Cet ouvrage a pour seul objectif d'éviter quelques unes de ces brûlures collectives : investissements inutiles, règlements inopérants et précautions qui ne protègent de rien. Le principe de précaution ne

---

## Sociologie de la santé

### Sociology of health

---

47038

OUVRAGE

FEULON (F.)

### ***Au delà de la rémission : la guérison de ma leucémie.***

Google : Editions Dédicaces : 2011 ; 80p.

Cote Irdes : B7022

Le 14 Février 1999, Francette apprend qu'elle est atteinte d'une maladie grave, « une leucémie aiguë myélocitaire ». Les souffrances physiques et psychiques causées par cette épreuve ont complètement transformé une partie de sa vie. Acharnée pendant plusieurs mois à vouloir guérir son corps, la rédaction de cet écrit qui représente pour elle une deuxième **thérapie lui a permis de retrouver, aujourd'hui, la paix et la sérénité qu'elle recherchait. Ce livre, bouleversant, vibrant du témoignage vécu de Francette qui a beaucoup souffert, qui a accepté sa maladie..., explique le cheminement de ses soins, répond à des questions que se posent la plupart de ceux qui sont affectés par une épreuve difficile à traverser : la maladie. Comment parler d'acceptation en ce début du XXIème siècle quand c'est plutôt la révolte qui anime la plupart d'entre nous ? En effet, comment accepter la souffrance ? Cet ouvrage apporte la conviction, que tout en acceptant sa maladie, il est possible d'espérer plus qu'un soulagement, mais une guérison. C'est grâce à ses efforts, sa persévérance, sa volonté, avec tous ces atouts à son actif, que l'auteur a décidé d'atteindre son objectif de guérir indubitablement ce corps gravement affaibli et sérieusement inhibé par cette leucémie (4e de couverture).**

47021

OUVRAGE

BEGOT (A.C.)

***Médecines parallèles et cancer :  
une étude sociologique.***

Logiques sociales.

Paris : L'Harmattan : 2010; 201p.

Cote Irdes : A4179

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=32673>

Ce qui est communément désigné par « médecines parallèles » est une construction sociale qui, au regard d'une analyse socio-historique, permet de rendre compte des rapports de force au sein du champ des soins de santé. A partir de cette analyse et d'une étude de terrain menée auprès de personnes touchées par le cancer et ayant recours aux « médecines parallèles ». Cet ouvrage cherche à dégager les usages sociaux de ces médecines, le sens qu'elles recouvrent, et les démarches dans lesquelles elles s'inscrivent (4e de couverture).

46966

OUVRAGE

DAMBUYANT-WARGNY (G.)

***Quand on n'a plus que son corps.  
Soin et non-soin de soi en situation  
de précarité.***

Paris : Armand Colin : 2006; 236p.

Cote Irdes : C, A4172

Être SDF, RMIste, domicilié précaire, ne plus avoir d'existence sociale reconnue : des centaines de milliers de nos concitoyens subissent des situations dont le point commun est qu'ils n'ont plus qu'une seule et ultime ressource, leur propre corps. Mesure-t-on réellement ce que cela signifie ? Non. Parce qu'il faut le vivre pour le savoir, et aussi parce que cela fait trop peur. N'avoir que son corps, c'est devoir tout miser sur lui. C'est l'inscrire, et soi-même avec, dans une trajectoire impitoyable : fonctionnement en « sur-régime » constant, surexploitation, surexposition... entraînant au final, des dégradations irréversibles. Quid alors des « projets d'avenir » ? Par son approche sociologique, l'auteur dissèque ces logiques de « gestion » du

corps précaire que notre société et les divers professionnels ne prennent peut-être pas assez en compte. (d'après la 4<sup>e</sup> de couverture).

46591

OUVRAGE

CRIGNON-DE OLIVEIRA (C.), GAILLE (M.)

***Qu'est-ce qu'un bon patient ?  
Qu'est-ce qu'un bon malade ?***

Paris : Seli Arslan : 2010; 302p.

Cote Irdes : A4157

Comment expliquer les attentes de plus en plus fortes des patients à l'égard de leurs médecins ? Toujours plus informés, exigeants quant à leur traitement, ceux-ci attendent également du médecin un rapport plus personnel, plus humain. Comment les médecins conçoivent-ils leur métier et le bon exercice de celui-ci ? Comment réagissent-ils de leur côté à l'évolution de la demande qui leur est adressée ? Ces questions se posent dans le for intime de chacun, la nature de la relation entre le médecin et le patient suscitant affects, jugements et examen critique de part et d'autre. Mais ce que l'on exige de chacun d'eux est aussi une question centrale pour la société, qui se définit notamment par la manière dont elle conçoit la relation de soin du point de vue éthique, politique, juridique et économique. Cet ouvrage entend contribuer à éclairer, par son approche à la fois empirique et critique, ce questionnement concernant la relation soignant-soigné. Il propose ainsi, à travers une série de contributions issues d'un dialogue entre médecins et spécialistes en sciences humaines et sociales, une analyse des attentes normatives énoncées à l'égard du patient et du médecin. Il s'agit aussi de dessiner des propositions théoriques pour qualifier et évaluer ces attentes, de fournir un examen des contextes singuliers et concrets dans lesquels elles s'expriment et, finalement, d'en livrer une mise en perspective historique. Ce livre s'adresse aux professionnels de la santé, aux chercheurs en sciences humaines et sociales et, au-delà, à tous ceux qui partagent la conviction que les questions relatives à la santé et au soin doivent occuper une place centrale dans la réflexion collective (4e de couverture).

46516

OUVRAGE , CONGRES

DORON (C.O.), LEFEVE (C.), MASQUELET (A.C.)

### **Soin et subjectivité.**

Cahiers du Centre Georges Canguilhem ; 4.

Paris : Presses universitaires de France : 2011; 229p.

Cote Irdes : A4147

[http://centrecanguilhem.net/?page\\_id=852](http://centrecanguilhem.net/?page_id=852)

Cet ouvrage, issu de séminaires de recherche du Centre Canguilhem (Université Paris Diderot Paris VII) qui réunissaient des **professionnels venus d'horizons divers** (praticiens hospitaliers, sociologues, philosophes), **s'efforce de faire le point sur les évolutions complexes et parfois contradictoires qui affectent le domaine de la santé. D'une part, le développement d'une médecine toujours plus technicisée et spécialisée, soumise à des contraintes économiques importantes, conduit à réduire la place accordée à la clinique individualisée. D'autre part, l'émergence de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, tels que les associations de patients, ainsi que le développement des maladies chroniques et de problèmes liés à la prise en charge de la vieillesse et du handicap, ont contribué à mettre au premier plan l'exigence d'une prise en compte de la subjectivité des patients et à accorder une place centrale non plus simplement à la dimension thérapeutique et technique de la médecine, mais à la dimension du soin. Ce sont les enjeux et les ambiguïtés de cette dimension du soin et de l'accent mis sur la subjectivité, l'autonomie et la responsabilité du patient qui sont interrogés dans ce travail.**

46451

OUVRAGE

### **Famille et santé.**

Recherche santé social.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010; 301p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, A4171

Cet ouvrage, issu du Colloque international d'Oran (avril 2006), présente des recherches en sciences sociales menées dans le double champs de la famille et de la santé. Comment

ses deux institutions sont-elles imbriquées? Comment fonctionnent-elles? Quelles relations existe-t-il entre elles? Pour répondre à ces questions, une trentaine d'auteurs apportent leurs contributions. Les rapports existant entre famille et santé sont illustrés à travers différentes situations: naissance, personnes âgées, soins palliatifs, observance médicale, éducation aux risques... La première partie de l'ouvrage est consacrée à la division politique de travail de soin entre famille et professionnels. La deuxième s'intéresse aux situations de crise qui amène les familles à assurer un travail médical soutenu. La dernière aborde la production des liens familiaux lors des événements de santé.

---

### **Soins intégrés** *Integrated care*

---

47023

RAPPORT

WEATHERLY (H.), MASON (A.), GODDARD (M.), WRIGHT (K.)

### **Financial Integration across Health and Social Care: Evidence Review**

#### *L'intégration financière des secteurs sanitaire et social : revue des évidences*

Edinburgh : Scottish Government : 2010; 73p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/303234/095107.pdf>

The effective, affordable and sustainable provision of social care is a challenge in many high income countries due to increasing demand and pressure on limited resources. As it is increasingly unsustainable for health care systems to focus on treatment and secondary care, preventive measures and ways to integrate health and social services are being examined. This report includes a rapid review of the international literature on integrated resource mechanisms used within health care and across health and social care. The review identifies various techniques that have been used to enable financial integration, the context in which they were used, their overall

effectiveness, barriers to implementation and critical success factors. Funding models were identified and critically appraised from an economic perspective. Three reasons for adopting integrated funding approaches were identified. Individuals with complex needs often have difficulty receiving quality care in existing separated structures. Increasing demand for medical care, along with scarce resources and financial pressures, are showing current healthcare systems to be economically unsustainable. Current financial structures may include incentives that encourage over-supply and discourage disease prevention measures. While there was no evidence of joint financing leading to an improvement in health outcomes, this may be because the analytic approach used was not appropriate and few studies analysed health outcomes. There is limited evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of integrated resource mechanisms. However this may be due to study design rather than absence of effect. It is difficult to determine which integrative approaches are the most effective due to the degree of heterogeneity between them. But there is little evidence that structural integration, which involves combining health and health-related social care units into a single health body, is necessary for achieving integration of care.

---

**Soins transfrontaliers**  
**Cross-border care**

---

46784  
OUVRAGE

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

***Soins transfrontaliers au sein de l'Union européenne. Elaboration et analyse des pratiques et politiques***

*Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies.*

Observatory Studies Series ; 22  
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2011; 18+376p., tabl, fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf)

Cross-border health care has become a much more prominent phenomenon in the European Union. When in need of medical treatment, patients increasingly act as informed consumers who claim the right to choose their own providers, including those beyond borders. Patients are supported and encouraged by several factors, including the Internet and more internationally-trained health professionals. Even if the willingness to travel for care varies widely among Member States as well as within social groups, patient mobility is often motivated by dissatisfaction with health care provision in the home state and experienced deficiencies in the local health system. Some competent authorities and health insurers are contracting with health care providers abroad for specific procedures to ensure the timely treatment of their patients or they inform them about options and procedures. Cross-border health care is not only restricted to patients. Medical doctors and nurses go abroad for training, to temporarily provide services or to establish themselves in another Member State. Increasingly, individual doctors and hospitals in different Member States cooperate with each other. In some cases, rather than patients or providers, even health services move across borders – through telemedicine. Cross-border health care can also include the collaboration between providers and competent financing institutions. This book explores such trends and also looks at the legal framework for this activity as well as examining some of the legal uncertainties surrounding rights, access, reimbursement, quality and safety. It examines different approaches to these concerns and takes a look at methodologies which can be used to ease or resolve some of these issues. It marks an important step in the continuing debate on a legal framework for cross-border health care. The information and analysis presented in the study will be of considerable use to policy-

makers and those with an interest in key aspects of crossborder health care.

45535

RAPPORT , INTERNET

Health Consumer Powerhouse. Bruxelles. BEL

***Les soins transfrontaliers dans l'Union européenne : comment choisir le meilleur hôpital. Une étude des portails d'information des hôpitaux dans cinq pays de l'Union européenne.***

*Cross border care EU : How to choose the best hospital ? A study of hospital information portals in five EU countries*

Bruxelles : Health Consumer Powerhouse : 2010/11; 88p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.healthpowerhouse.com/files/HCP-study-Best-hospital-final-101119.pdf>

This report presents the results from the study “How to choose the best hospital?” During this investigative work, the Health Consumer Powerhouse team conducted a research on hospital information portals in five European countries: the Netherlands, Denmark, Germany, the United Kingdom and Sweden. These IT portals were analysed on aspects such as user-friendliness and quality of care information (QCI). Furthermore, a questionnaire about the use and effectiveness of such hospital information portals from the patients’ point of view was distributed in 32 European countries and evaluated afterwards. The survey indicates huge patient interest in issues of information and choice in healthcare. The main conclusions that we draw together in this report reflect today’s picture of QCI in all major European countries.



## Protection sociale/Social protection

---

### Accidents du travail Occupational injuries

---

46141

RAPPORT

Eurogip. Paris. FRA

#### **Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe.**

Paris : Eurogip : 2010/12: 24p.

Cote Irdes : B6982

[http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip\\_NoteRPP\\_59F.pdf](http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf)

Basée sur les résultats de deux cas pratiques soumis aux organismes d'assurance Accidents du travail/Maladies professionnelles dans une dizaine de pays européens, cette étude comparée des prestations octroyées aux victimes a permis de classer les Etats en 2 groupes. Le 1er groupe composé de l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France et l'Italie, indemnise les préjudices permanents de manière globale. C'est théoriquement la perte de capacité de gain de la victime qui est réparée, généralement sous la forme d'une rente dont le montant est lié au salaire de la victime. Le second groupe - Danemark, Finlande, Luxembourg, Suède et Suisse - répare de manière parfaitement distincte le préjudice économique subi par la victime, généralement sous la forme d'une rente, et les préjudices extrapatrimoniaux (dommage physiologique, le cas échéant douleur..., sous la forme d'un capital. Deux logiques qui comportent des avantages et des inconvénients.

---

### Assurance maladie Health insurance

---

47000

OUVRAGE

#### **Universal Health Insurance in France. How Sustainable? Essays on the French Health Care System.**

*La couverture maladie universelle en France est-elle viable? Essais sur le système de santé français.*

Washington : Ambassade de France : 2011; 228p.

Cote Irdes : En ligne

[http://ambafrance-us.org/IMG/pdf\\_Universal\\_Health\\_Insurance\\_in\\_France\\_How\\_Sustainable.pdf](http://ambafrance-us.org/IMG/pdf_Universal_Health_Insurance_in_France_How_Sustainable.pdf)

In Part I of this book, the essays focus on health care reform, in France, and speculate on how the system is likely to evolve. Opinions range from raising the policy dilemmas posed by state-led managed care (Claude Le Pen and I in Ch. 2) to presenting the system and its recent reforms as a possible model for Americans (Paul Sorum in Ch. 3) to analyzing current strains and “cleavages” that threaten to make the system implode (Jean de Kervasdoué in Ch. 4). The Part II presents the own view of the author on the French health care system and its lessons for reformers in the United States (Ch. 5) followed by an analysis of the system by three economists (Ch. 6) from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Next are included two essays that provide an overview of the system and its historical evolution. The first (Ch. 7) is drawn from a full-length World Health Organization (WHO) Regional Office monograph on the French health system (European Observatory on Health Systems and Policies); the second (Ch. 8) is a paper written by the author with Simone Sandier, which demonstrates an essential characteristic of French NHI—its low prices and high levels of service provision. Although the paper dates from 1993, the analysis still holds up in 2006.

Finally, this book presents a selected bibliography, in English (Part III), on the French health care system, including some important web sites for French readers who wish to pursue research on the subject (Tiré de l'introduction).

---

**Assurance privée**  
*Private insurance*

---

46977

RAPPORT , INTERNET

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

***Private Health Insurance: Data on Application and Coverage Denials.***

*L'assurance maladie privée : données sur les refus d'inscription et de couverture de soins de santé.*

Washington : GAO : 2011; 36p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gao.gov/new.items/d11268.pdf>

The large percentage of Americans that rely on private health insurance for health care coverage could expand with enactment of the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) of 2010. Until PPACA is fully implemented, some consumers seeking coverage can have their applications for enrollment denied, and those enrolled may face denials of coverage for specific medical services. PPACA required GAO to study the rates of such application and coverage denials. GAO reviewed the data available on denials of (1) applications for enrollment and (2) coverage for medical services. GAO reviewed newly available nationwide data collected by the Department of Health and Human Services (HHS) from 459 insurers operating in the individual market on application denials from January through March 2010. GAO also reviewed a year or more of the available data from six states on the rates of application and coverage denials and the rates and outcomes of appeals related to coverage denials. The six states included all states identified by experts and in the literature as collecting data on the

rates of application or coverage denials and together represented over 20 percent of private health insurance enrollment nationally. GAO conducted a literature review to identify studies related to application and coverage denials and reviewed data from selected studies. GAO interviewed HHS and state officials and researchers about factors to consider when interpreting the data.

---

**Financement**  
*Financing*

---

47362

OUVRAGE

PRIEUR (C.), SOUBIE (R.) / préf.

***Financer nos dépenses de santé : Que faire ?***

Paris : L'Harmattan : 2011 : 283p.

Cote Irdes : A4193

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=34091>

Le financement du système de santé français par une assurance maladie obligatoire permet à chaque Français d'accéder aux soins dont il a besoin, sans obstacle financier. Mais le maintien de ce système est menacé par la croissance de ses dépenses. Il faut adapter la Sécurité sociale au vieillissement de la population comme au progrès de la médecine. Cet ouvrage est une réflexion sur l'organisation du système de soins et son fonctionnement - les orientations à suivre pour que la croissance des dépenses revienne à un rythme plus raisonnable. Il comprend aussi une présentation de trois modèles de systèmes de protection sociale: celui de la Grande-Bretagne, d'inspiration beveridgienne, celui des Pays-Bas, d'inspiration bismarckienne et celui des Etats-Unis, plus libéral (4e de couverture).

46630

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

***Les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne : rapport public thématique.***

Paris : Cour des comptes

2011/02; 312p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport\\_prelevements\\_fiscaux\\_sociaux\\_France\\_Allemagne\\_04032011.pdf](http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport_prelevements_fiscaux_sociaux_France_Allemagne_04032011.pdf)

Dans cette étude comparée sur les systèmes fiscaux allemands et français, la Cour des comptes recommande entre autre l'élaboration d'une stratégie fiscale globale de moyen terme plutôt que des ajustements partiels. Elle suggère un alignement du régime français de Taxe à la valeur ajoutée (TVA) à taux réduit sur celui de l'Allemagne, moins favorable et appliqué à un nombre plus réduit de biens et services. Cela pourrait, selon elle, rapporter jusqu'à 15 milliards d'euros de plus par an à l'Etat français. Cette étude propose aussi de substituer un financement à caractère universel à l'allemande au financement assis sur les salaires en vigueur en France. Elle juge en revanche que la comparaison des fiscalités du patrimoine des deux pays, très différentes, ne peut rien apporter. Cette comparaison franco-allemande montre, par ailleurs, que la France doit rapidement remédier à ses divergences avec l'Allemagne en termes de finances publiques et de compétitivité. Elle ne pourra le faire sans solliciter, entre autres instruments, l'outil que constitue la fiscalité au sens large.

46629

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

***Rapport public annuel 2011 de la Cour des Comptes. 2ème partie : Suites données aux observations des juridictions financières.***

Paris : Cour des comptes : 2011/02; 426p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/RPA-2011-Tome2.pdf>

Le rapport annuel de la Cour des comptes comporte deux volets. La seconde partie revient sur les suites données par les services ou organismes publics concernés aux observations faites dans les précédents rapports de la Cour. Sont abordés notamment : les effets de certification des comptes de l'Etat et les mesures législatives concernant la Sécurité sociale.

46706

RAPPORT, INTERNET

BRLAYOVA (B.)

Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

(C.N.A.F.). Direction des Relations

Internationales. (D.R.I.). Paris. FRA

***Crise et protection sociale en Europe.***

Paris : CNAF : 2011; 158p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

Ce rapport examine l'impact de la crise économique sur les politiques sociales en Europe. Pour pallier l'impact de la crise dans le domaine social, la plupart des pays européens ont recours à des réformes de plus ou moins grande envergure. Un trait commun peut être observé, l'impératif de préserver l'équilibre des finances publiques devient le credo derrière lequel se range la quasi-totalité des Etats. Un tour d'horizon des Etats membres face à la crise fait d'abord apparaître la tentative commune d'endiguer l'augmentation des déficits de la Sécurité sociale. Certains pays, comme le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Espagne, la Grèce ou la Lettonie, infligent une purge sans précédent dans leurs prestations sociales. D'autres, comme la Suède, la Finlande, le Danemark et la Slovaquie, moins touchés par la crise, sortent du lot en maintenant ou en augmentant les prestations sociales. Les moyens d'actions sont donc très divers et fortement liés à la situation économique du pays. Une opposition peut être faite au sein de l'Union européenne entre d'une part, le bloc des pays qui ont misé sur les coupes radicales, et d'autre part, ceux qui ont quand même augmenté leurs dépenses sociales et dont les démarches s'inscrivent notamment dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

---

Fonds d'assurance maladie  
Health insurance funds

---

46986

RAPPORT

BONNET (Y.), BRASSENS (B.),  
VIEILLERIBIERE (J.L.)

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

**Rapport sur les fonds d'Assurance  
maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM,  
FIQCS et FMESPP).**

Rapport IGAS ; n° RM2010-117P ;

Rapport IGF ; n° 2010-M-047-02

Paris : Igas : 2010/07 ; 91p.

Cote Irdes : B7019

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000212/0000.pdf>

La lettre de mission du ministre de la santé et des sports et du ministre du budget, des comptes et de la réforme de l'Etat, en date du 26 mai 2010, demande à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) un état des lieux et des propositions sur les fonds d'assurance maladie, que sont : les fonds de prévention du régime général (FNPEIS), de la mutualité sociale agricole (FNPEISA) et du régime social des indépendants (FNMP) ; les fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ; le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Cette mission intervient quelques mois après la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST. Les ARS sont en effet ordonnateurs d'une partie de ces fonds.

---

Protection complémentaire  
Supplementary health insurance

---

45940

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BATIFOULIER (P.), DOMIN (J.P.),  
ABECASSIS (P.)

Association Française de Sociologie. (A.F.S.).  
Réseau de l'Association Française de  
Sociologie. (RT6-AFS). sl. FRA

**Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire.**

RT6 Working Paper; 2010-3

Paris : AFS : 2010; 20p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rt6-afs.org/IMG/pdf\\_WP2010-3BatifoulierDominAbecassis.pdf](http://www.rt6-afs.org/IMG/pdf_WP2010-3BatifoulierDominAbecassis.pdf)

cette étude est organisée en deux temps. Une première partie concerne le secteur de l'assurance maladie complémentaire, qui connaît aujourd'hui une transformation profonde, notamment en raison d'un transfert progressif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Mais, cette évolution génère de nouvelles inégalités, créées par la politique de santé, qui viennent s'ajouter aux inégalités sociales existantes. Cette dérive inégalitaire ne peut pas être considérée comme l'expression d'un antagonisme naturel entre efficacité économique et justice sociale. En matière de santé, les inégalités s'accroissent et les dépenses demeurent à un niveau élevé. Les inégalités ne sont donc pas le prix à payer pour des dépenses décroissantes. L'analyse de cette crise de régulation fait l'objet de la seconde partie. Les errements de la politique de santé sont reliés à la crise du régime des idées et notamment aux limites atteintes par la conception normative du patient, fraudeur parce que rationnel. Ces limites ont conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces aménagements notables restent prisonniers d'une conception strictement économiste du patient et n'ont pas desserré le dilemme entre efficacité et équité dans les politiques de santé.

45993

DOCUMENT DE TRAVAIL

FRANC (C.), PERRONNIN (M.), PIERRE (A.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Subscribing to supplemental health insurance in France : a dynamic analysis of adverse selection.***

*Souscrire une assurance complémentaire en France : une analyse dynamique de la sélection adverse.*

Document de travail Irdes ; 35

Paris : Irdes : 2010/12; 21p.

Cote Irdes : DT35

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT35SubscribingSupplementalHealthInsurance.pdf>

La sélection adverse est décrite de manière détaillée dans la littérature théorique sur l'assurance mais reste assez difficile à analyser d'un point de vue empirique. L'approche traditionnelle consiste à se focaliser sur le choix d'être couvert ou non couvert. Cependant, en ignorant l'hétérogénéité potentiellement forte au sein des assurés, cette approche peut éluder l'essentiel de la sélection adverse. Dans le contexte français, qui est caractérisé par l'existence d'une couverture assurantielle publique (PHI) universelle mais incomplète, cette étude analyse les déterminants de la décision de souscrire une surcomplémentaire santé (SHI) complétant les remboursements d'un contrat de couverture complémentaire santé de base (CHI). Ce travail permet ainsi d'analyser la demande d'assurance à la marge. En utilisant des données panélistées, et étudie l'effet de l'état de santé, mesuré par l'âge et par les dépenses de santé passées, et du temps dans la décision de souscrire la surcomplémentaire. Un résultat important est l'évolution au cours du temps du rôle du risque santé dans la décision de souscription, illustrant le fait que la sélection adverse survient immédiatement après l'introduction de la surcomplémentaire. Après la période de souscription, l'effet des variables de risque santé (telles que les dépenses passées en soins de médecins) diminuent au cours du temps alors que les variables de risque financier (telles que les dépenses en optique et

en dentaire et le revenu) restent significatives. Ces résultats mettent en lumière l'instabilité de l'effet du risque santé sur la demande d'assurance et donc le défi que représente l'analyse de la sélection adverse.

45994

DOCUMENT DE TRAVAIL

GUTHMULLER (S.), JUSOT (F.), WITTEWER (J.), DESPRES (C.)

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

***Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille.***

*Affordability of Complementary Health Insurance in France : A social experiment.*

Document de travail Irdes ; 36

Paris : Irdes : 2010/12; 31p.

Cote Irdes : DT36

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT36RecoursCompSanteExperimentationSocialeLille.pdf>

Le dispositif de l'Aide complémentaire santé (ACS) a été mis en place au 1er janvier 2005 afin d'inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au dessus du plafond Couverture maladie universelle complémentaire (Cmu-c) à acquérir une couverture complémentaire santé (CS). Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé depuis son introduction, le recours à l'ACS reste faible. Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cet état de fait : 1) Le défaut d'information sur l'existence du dispositif, sur son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier. 2) Le montant de l'aide est insuffisant, une CS resterait trop chère même après déduction de l'aide. Cet article cherche à tester la validité de ces deux hypothèses dans le cadre d'une expérimentation contrôlée au niveau d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) (à Lille).

46142

RAPPORT

VALDIVIESO (F.), ARZEL (G.), RUNFOLA (S.), et al.

Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. (Fonds CMU). Paris. FRA, Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.). Saint Etienne. FRA

***L'accueil des bénéficiaires de la CMU-C en CPAM dix ans après la création du dispositif.***

Paris : Fonds Cmu : 2011/01; 53p.

Cote Irdes : B6981

[http://www.cmu.fr/userdocs/Accueil\\_beneficiaires\\_cmu\\_cpam.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Accueil_beneficiaires_cmu_cpam.pdf)

Dans le cadre d'un programme de « recherches action » piloté par l'Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S), le Fonds CMU a demandé à un groupe de cinq étudiants de la 49e promotion d'effectuer une étude comparative sur l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C et plus spécifiquement sur le non recours à cette prestation. L'étude a porté sur trois Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) Ain, Loiret et Hauts-de-Seine. Le temps d'observation s'est déroulé entre avril et mai 2010. Alors qu'en 2010, la CMU-C couvre à peu près 4,2 millions de personnes, le taux de non recours à cette prestation est d'environ 20 %, avec une population cible estimée à 6 millions de bénéficiaires. Bien que ces résultats soient conformes aux taux habituellement retenus pour évaluer l'adaptation d'une mesure d'aide sociale aux besoins d'un public identifié, il est nécessaire de s'interroger sur les facteurs explicatifs du non recours et sur les moyens de le limiter. Les causes de non recours sont diverses et sont souvent liées aux difficultés caractérisant le public visé : l'incompréhension du dispositif, le manque d'information sur les démarches à effectuer, la négligence sur l'état de santé ou encore la peur de la stigmatisation vis-à-vis des médecins voire de la société dans son ensemble. C'est dans le but de faciliter l'accès aux droits des populations en situation de fragilité que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) recommande aux CPAM de mettre en place une politique d'accueil attentionné en direction

des bénéficiaires potentiels ou effectifs de la CMU-C. Ainsi, en s'appuyant sur les travaux menés dans le cadre de la « recherche action » le Fonds CMU-C a pour objectif de déterminer **si les moyens mis en œuvre par les CPAM et les ressources qu'elles mobilisent pour faciliter le parcours des bénéficiaires de la CMU-C ont un impact sur le taux de non recours.** Les étudiants se sont rendus pendant deux jours dans les CPAM concernées pour effectuer leur travail d'observation et d'analyse. Ce rapport présente, dans un premier temps, une analyse comparative des données recueillies sur le terrain (texte et tableaux de synthèse). Puis, dans un deuxième temps, il fournit une synthèse des conclusions et recommandations proposées par le groupe de recherche, à savoir six constats et six propositions qui s'articulent autour de 3 axes : la détection des bénéficiaires potentiels de la CMU-C ; l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C ; les obstacles dans l'accès aux droits et le non recours à la CMU-C. Le rapport comprend également, en annexe, les tableaux de présentation des données dans leur intégralité.

46556

DOSSIER DOCUMENTAIRE , INTERNET  
VIEZ (M.C.)

Fédération de l'Hospitalisation Privée. (F.H.P.). Direction des Ressources Documentaires. Paris. FRA

***Les complémentaires santé.***

Paris : FHP : 2010/11; 25p.

Cote Irdes : En ligne

Après une définition de la protection sociale complémentaire et de son champ d'intervention, cette synthèse documentaire présente le marché des complémentaires santé en France : financement, variabilité de la couverture sociale et des cotisations selon les types d'organismes, niveau de remboursement des prestations... La synthèse termine sur les enjeux actuels de la protection sociale : renoncement aux soins, excès de soins, tarifications.

46555

DOSSIER DOCUMENTAIRE , INTERNET

SAFON (M.O.)

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

### ***La protection sociale complémentaire en France.***

Paris : IRDES : 2011; 11p., tabl., graph., fig..

Cote Irdes : En ligne

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/ProtectionSocialeComplementaire.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse documentaire dresse, tout d'abord, un historique de la protection sociale complémentaire en France. Puis, elle présente le contenu de la prise en charge de la couverture complémentaire et décrit les principaux régimes complémentaires. Elle est accompagnée d'une bibliographie et de quelques données chiffrées issues de l'enquête santé et protection sociale de l'Institut de recherches et documentation en économie de la santé (Irdes).

---

## **Retraite** ***Pension schemes***

---

46631

DOCUMENT DE TRAVAIL

BEHAGHEL (L.), BLANCHET (D.), DEBRAND (T.), ROGER (M.)

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

### ***Incapacité et réformes du système de retraite : le modèle français.***

*Disability and social security reforms:  
the French case.*

Document de travail Irdes : 38

Paris : Irdes : 2011/02; 27p., fig.

Cote Irdes : DT38

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT38DisabilitySocialSecurityReformsFrenchCase.pdf>

En France, les sorties précoces de l'emploi sont expliquées principalement par un âge légal de départ à la retraite peu élevé et par l'existence de dispositifs de sorties liés à l'assurance chômage ou à des mesures de préretraites qui

permettent aux travailleurs seniors de cesser leur activité avant d'accéder à une retraite « normale ». Pour ces raisons, les dispositifs liés à l'incapacité sont assez peu développés contrairement à la situation qui règne dans des pays où les âges normaux de départs à la retraite sont élevés et où les systèmes de sorties liés au chômage ou à la préretraite sont quasiment inexistantes. Pourtant il demeure intéressant d'examiner le rôle de l'incapacité dans le processus de départ à la retraite en France, au moins d'un point de vue prospectif dans un contexte de réduction de la générosité du système de pension et des dispositifs de sortie alternatifs traditionnels. L'étude des réformes passées montre que l'incapacité est souvent un dispositif qui se substitue à d'autres dispositifs existants. Les changements dans la détermination des indemnités d'invalidité semblent plus impacter les sorties d'activités via ce dispositif que les modifications des indicateurs de santé tels que les taux de mortalité. Cependant, les résultats de cette étude suggèrent que les augmentations des niveaux moyens d'état de santé pendant les dernières deux décennies sont corrélées avec une augmentation des inégalités de santé. Dans un contexte où les pensions vont devenir de moins en moins généreuses, les demandes concernant le mécanisme d'invalidité peuvent, donc augmenter pour deux raisons : suite à l'existence des effets de substitution entre les dispositifs mais également pour répondre à des inégalités de santé grandissantes (Résumé d'auteur).

46628

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

### ***Rapport public annuel 2011 de la Cour des Comptes. 1ère partie : Observations des juridictions financières.***

Paris : Cour des comptes : 2011/02; 711p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/RapportPublicAnnuel2011Tome1.pdf>

Le rapport annuel de la Cour des comptes comporte deux volets : la première partie présente les observations résultant des

contrôles effectués par la Cour sur les politiques publiques, la gestion des services de l'État et des organismes publics ainsi que sur le secteur local. Parmi les thèmes traités cette année, on trouve notamment : un chapitre sur le fonds de réserve des pensions et un autre chapitre sur la campagne de lutte contre la grippe H1N1.

---

**Revenu de solidarité active**  
**Income of active solidarity**

---

46143

RAPPORT

CAZALET (A.), GIUDICELLI (C.),  
MONTGOLFIER (A. de)  
Sénat. Paris. FRA

***Rapport d'information sur la mise en place du revenu de solidarité active.***

Rapport d'information ; 53

Paris : Sénat : 2010/10; 71p.

Cote Irdes : B6980

<http://www.senat.fr/rap/r10-053/r10-0531.pdf>

La création du revenu de solidarité active (RSA) a résulté d'un constat simple : tel qu'il était conçu, le **Revenu minimum d'insertion** décourageait, para-doxalement, la reprise d'emploi. Grâce à cette nouvelle allocation, les personnes privées de ressources disposent toujours d'un revenu minimum et celles qui travaillent sans retirer de leur activité des moyens de subsistance suffisants perçoivent un complément de revenus.

Face à cette réforme d'ampleur du système de solidarité nationale, la commission des finances et la commission des affaires sociales ont décidé, dès 2009, de réaliser un contrôle budgétaire sur les conditions de mise en place et de financement de cette prestation. Il est apparu que, faute d'une anticipation suffisante, son instauration a suscité de nombreuses difficultés. En particulier, les caisses d'allocations familiales ont dû gérer d'importants pics d'activité ; à ce jour, quelques dysfonctionnements, notamment d'ordre informatique, restent à corriger. En revanche, le RSA n'a pas eu d'impact sur les comptes publics : les départements ont, jusqu'à présent, reçu la compensation intégrale de l'extension de leurs compétences ; les dépenses supplémentaires pour l'Etat ont été financées par une recette nouvelle. S'il faut se féliciter que le RSA bénéficie, déjà à 1,8 million de foyers, dont 647 000 le perçoivent en complément de leur activité, force est de constater qu'il n'a pas pleinement atteint le public qu'il visait, c'est-à-dire les « travailleurs pauvres ».



## Prévention/Prevention

---

### Diabète Diabetes

---

46951

OUVRAGE

COULOMB (A.), HALIMI (S.),  
CHASKILEVITCH (I.)  
Novo Nordisk. Paris. FRA

#### ***Le livre blanc du diabète : sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXI<sup>e</sup> siècle.***

Paris : Société francophone du diabète : 2011; 231p.  
Cote Irdes : A4167

Le diabète est une maladie chronique, invalidante et coûteuse, associée à de lourdes complications. Longtemps préservée, la France a vu, en moins de 10 ans, le nombre de diabétiques passer de 1,6 million à 2,9 millions de personnes. Le coût a doublé en moins de 10 ans et approche les 14 milliards d'euros en 2009, soit 10% des dépenses d'assurance maladie dont 40% liées à l'hospitalisation. Il est estimé à 5.300 euros par an par patient (de 3.600 euros pour un diabétique de type 2 sous traitement médicamenteux à 65.000 euros pour un patient en dialyse). L'importance de ces dépenses est susceptible d'altérer la croissance économique. Par la publication de ce Livre blanc, la Société francophone du diabète (SFD) souhaite alerter les pouvoirs publics sur le nombre de patients touchés, le coût de cette maladie et les inégalités d'accès aux soins. Elle souhaite en particulier se faire entendre des agences régionales de santé (ARS) à l'heure où l'on réfléchit aux nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins (Sros). Son but est aussi d'infléchir la progression de cette épidémie, d'en atténuer les formes sévères et de favoriser les alternatives à l'hospitalisation. Sept propositions sont émises pour améliorer la prise en charge du diabète en France.

---

### Education thérapeutique Disease management

---

46559

RAPPORT, INTERNET

NOLTE (E.), ROLAND (M.), DAMBERG (C.L.)  
et al.  
Rand Europe. Cambridge. GBR

#### ***Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system.***

*Documenter le développement d'un système d'allocation de ressources dans le système de santé allemand.*

Technical Report; n°946

Santa Monica : Rand corporation : 2011; 85p., tabl., annexes.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2011/RAND\\_TR946.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR946.pdf)

In the German statutory health insurance (SHI) system, the payment of office-based physicians in the ambulatory care sector is based on a complex system involving national and regional stakeholders. Payment rates are derived from a national relative value scale but, as budgets are negotiated at the regional level, conversion factors for the relative values and thus prices for the same service can vary by region. Against this background, the National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV) in Germany is looking to develop a national approach that allocates funds according to a unified framework, while taking account of regional characteristics. As part of this new approach, the KBV seeks to incorporate quality indicators into the allocation formula so as to improve the overall quality of care provided by SHI physicians. This report aims to inform the development of the quality component of the proposed national resource allocation framework in the German statutory healthcare system by providing an overview of quality indicator systems and quality measurement approaches,

including criteria for selecting measures of quality currently used for 'high stakes' assessment in high-income countries globally. High stakes uses of performance measures mean that the provider's performance scores are used for public accountability (making results transparent through public reporting) and/or for differentially allocating resources (pay-for-performance or P4P).

46076  
RAPPORT

VINCENT (I.) / dir., LOAEC (A.) / dir.,  
FOURNIER (C.) / dir.  
Institut National de Prévention et d'Education  
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

**Modèles et pratiques en éducation  
du patient : apports internationaux.  
5èmes journées de la prévention.  
Paris, 2-3 avril 2009.**

Collection Séminaires  
St Denis : INPES : 2010/09; 167p.  
Cote Irdes : B6972  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>

La session « Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux » **qui s'est** tenue aux Journées de la prévention 2009, a produit des contributions et des éléments de débats pouvant nourrir la réflexion sur les pratiques françaises. Cet ouvrage, qui restitue **ce temps d'échanges, souligne la complémentarité** des différentes approches mises en oeuvre en éducation du patient. La première **partie de l'ouvrage s'intéresse aux besoins des patients. La deuxième s'articule autour de deux** notions fondamentales : les transformations du patient liées à la maladie chronique et au processus éducatif, ainsi que le type de compétences que le patient va devoir acquérir ou renforcer tout au long de sa vie avec la maladie. La troisième partie est davantage centrée sur le rôle et les pratiques des professionnels. La quatrième partie restitue les éléments de discussion de la table ronde qui concluait cette session : les questions de systématisation, de standardisation **de l'éducation du patient versus sa** personnalisation et son adaptation auprès de

certaines publics ont été abordées, de même que **le rôle des patients dans l'éducation.**

---

## Grippe H1N1 H1N1 influenza

---

46626  
RAPPORT  
MILON (A.)  
Sénat. Paris. FRA

**Rapport d'information sur l'étude de  
la Cour des comptes relative à l'utili-  
sation des fonds mobilisés pour la  
lutte contre la pandémie grippale A  
(H1N1).**

Les Rapports du Sénat ; n°685  
Paris : La documentation française ; Paris : Sénat :  
2010/07; 163p.  
Cote Irdes : B6999  
<http://www.senat.fr/rap/r10-270/r10-2701.pdf>

Dans ce rapport, la Cour des comptes procède à une évaluation de la campagne de lutte contre la pandémie A (H1N1) qui, comme elle le souligne, «a été à bien des égards une première». De son analyse, qui suit le fil chronologique de la crise, il ressort que **l'utilisation des vaccins, du fait de leur** conditionnement multidoses et de la faible affluence dans les centres de vaccination, a entraîné un important gaspillage et que la campagne de prévention apparaît particulièrement coûteuse au regard du nombre de personnes vaccinées : environ 700 millions **d'euros pour un peu plus de 5 millions de** personnes vaccinées, soit 8,5 % de la population. La Cour met également en avant des modalités de financement critiquables avec un usage inapproprié de la procédure des **décrets d'avance et un recours contestable aux crédits de la Caisse nationale d'assurance** maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

---

**Lutte anti alcool**  
**Alcohol control programs**

---

46795

INTERNET , RAPPORT

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

**Global Status Report on Alcohol and Health 2011.**

*Rapport mondial sur l'alcool et la santé 2011.*

Genève : OMS : 2011; 87p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/index.html)

The global status report on alcohol and health (2011) presents a comprehensive perspective on the global, regional and country consumption of alcohol, patterns of drinking, health consequences and policy responses in Member States. It represents a continuing effort by the World Health Organization (WHO) to support Member States in collecting information in order to assist them in their efforts to reduce the harmful use of alcohol, and its health and social consequences. The report was launched in Geneva on Friday 11 February 2011 during the first meeting of the WHO global counterparts for implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol.

---

**Lutte anti tabac**  
**Tobacco control programs**

---

46796

RAPPORT

JOOSENS (L.), RAW (J.)  
Association of the European Cancer Leagues.  
(E.C.L.). Bruxelles. BEL

**The Rapport of the "European Tobacco Control Scale" (2007-2010)**

*Le rapport de l'échelle de contrôle du tabac en Europe (2007-2010).*

Bruxelles : ECL : 2011; 28p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Kampagnen/TCS\\_2010\\_Europe.pdf](http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Kampagnen/TCS_2010_Europe.pdf)

Luke Jossen vient de rendre public un rapport de « l'Association of Européen Cancers League » présentant les résultats de l'échelle de contrôle du tabac en Europe. Cette année, la France se classe 6e sur 31 pays, gagnant ainsi une place par rapport aux précédents résultats de 2007. L'échelle se base sur le calcul de scores d'indicateurs relatifs aux six priorités de la Banque Mondiale en matière de lutte antitabac : les hausses des prix, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'information du consommateur, l'interdiction de la publicité, l'étiquetage des paquets de cigarettes et l'accès élargi aux traitements d'aide à l'arrêt du tabac. La position relativement bonne de la France dans ce classement tient notamment à la réussite de la politique d'interdiction de fumer dans les lieux publics, et à la préparation, pour 2011, de l'introduction d'images dissuasives sur les paquets de tabac. Néanmoins le rapport souligne la diminution des fonds octroyés à la lutte contre le tabagisme en France.

---

**Maladies professionnelles**  
*Occupational risks*

---

46690

RAPPORT

AMOSSE (T.), CELERIER (S.), FRETTEL (A.)  
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

***Pratiques de prévention des risques professionnels.***

Rapport de recherche ; 61

Noisy-le-Grand : CEE

2011/01; 144p., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/61-pratiques-preventions-risques-professionnels.pdf>

Ce rapport vise un état des lieux des pratiques concrètes des entreprises en matière de prévention des risques professionnels. Il cherche à identifier les déterminants et les enjeux, notamment économiques, pour les acteurs engagés afin de comprendre dans quelle mesure le risque professionnel se constitue en problème pour les entreprises et de quels arbitrages les dispositifs de prévention résultent. **L'analyse empirique de la situation** des établissements en matière de prévention des risques repose sur une exploitation de données statistiques et sur une enquête de terrain approfondie. Le travail statistique **exploite l'enquête REPOSE** 2004-2005 qui interroge à la fois des représentants de la direction, des représentants du personnel et des salariés dans près de 3 000 établissements. Elle comporte des questions qui relèvent spécifiquement de la prévention des risques - documents élaborés, dispositifs mis en place, objectifs suivis et négociations tenues en matière de prévention des risques, de sécurité et de conditions de travail - qui ont toutes été mobilisées dans l'analyse (D'après l'introduction).

46603

RAPPORT

Eurogip. Paris. FRA

***Cancers d'origine professionnelle :  
quelles reconnaissances en Europe ?.***

Paris : Eurogip : 2010/04; 51p.

Cote Irdes : B6990

[http://www.eurogip.fr/fr/docs/EUROGIP\\_RapportRecoCancerspro\\_49F.pdf](http://www.eurogip.fr/fr/docs/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf)

Eurogip publie, dans ce rapport, les résultats d'une nouvelle étude sur la possibilité de reconnaître le caractère professionnel des cancers et sur le nombre de cas reconnus par les organismes d'assurance Accidents du travail/Maladies professionnelles à travers les données nationales de douze pays européens. Après une typologie des expositions professionnelles et de la population exposée, ce rapport fait le point sur les cancers susceptibles **d'être reconnus comme professionnels** au titre de la liste nationale de maladies professionnelles, mais aussi du système hors-liste. La plus importante partie du rapport est consacrée aux données nationales 2000-2008, **à travers une vue d'ensemble et des données nationales détaillées**. Enfin, il est question du suivi post-professionnel des travailleurs exposés.

---

**Obésité**

*Obesity*

---

46955

OUVRAGE

Sciences Politiques. Chaire Santé. Paris. FRA,  
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.  
(E.H.E.S.P.). Centre d'Analyse des Politiques  
Publiques de Santé. (C.A.P.P.S.). Rennes. FRA

***Regards croisés sur l'obésité.***

*Collection Séminaires.*

Paris : Editions de Santé ; Paris : Sciences Po : 2010;  
120p., tabl.

Cote Irdes : A4170

Si sa stigmatisation est ancienne, le fait que l'obésité soit perçue comme un problème majeur de santé publique est d'occurrence récente. Pourtant, de nombreuses

interrogations restent en suspens et toutes les controverses ne sont pas closes. Quelle est l'ampleur réelle du phénomène et la mesure-t-on avec les « bons » instruments ? Peut-on se mettre d'accord sur ses principaux déterminants ? L'augmentation du nombre d'individus en surpoids ou obèses suffit-elle à expliquer l'inscription de l'obésité sur l'agenda public et le déploiement de toutes ces politiques et mesures ? Quelles interventions sont possibles, et lesquelles sont en réalité privilégiées ? Quelles en sont les conséquences sur le phénomène, les individus et les relations qu'ils nouent entre eux ? Réalisé avec le soutien de la chaire Santé de Sciences Po et du Centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPPS) de l' Ecole des Hautes Etudes en santé publique (EHESP), le présent ouvrage entend, si ce n'est apporter des réponses définitives à ces questions, contribuer à les éclairer par des analyses stimulantes. Il réunit, à cette fin, les regards particuliers que portent sur l'obésité, de manière croisée, la médecine, l'épidémiologie, la science politique, la sociologie, l'économie et l'anthropologie.

---

**Promotion de la santé**  
*Health promotion*

---

46533

RAPPORT, INTERNET

LARSEN (B.I.)

Norwegian Directorate of Health. Oslo. NOR

***Health Promotion – achieving good health for all***

*Promotion de la santé. Obtenir un bon état de santé pour tous.*

Oslo : Norwegian Directorate of Health : 2011; 154p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archiver/00313/IS-1846E\\_Health\\_Pro\\_313559a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archiver/00313/IS-1846E_Health_Pro_313559a.pdf)

This year's report is devoted to public health, precisely because of the challenges to public health that we will face in the years to come both internationally and nationally. The number of people over the age of 65 is set to increase significantly in the coming years.

There will be more active, healthy old people, but there will also be more people who need health and care services. The demographic changes are a result of our success at creating a society with good living conditions and good health services. Nevertheless, we also see that inequalities in status, wealth and resources foster inequalities in health. These two trends will have a major impact on public health in the future. The main goal of health promotion is to promote a good, fair distribution of health. We must foot the bill of measures in the public health sector today, but will not see the benefits until sometime in the future. The purpose of this report is to discuss the main challenges and identify strategies to boost health promotion and thus also improve public health. It is decisive for the life and health of **individuals and for society's ability to maintain** a sustainable welfare state that the challenges are met with knowledge-based, target-oriented measures.

---

**Réseaux ville-santé**  
*Health cities networks*

---

45701

OUVRAGE, INTERNET

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

Réseau Français Villes-Santé. INT

***Villes-Santé en actions.***

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010; 92p.

Cote Irdes : C, en ligne

Une ville est en bonne santé lorsqu'elle produit un environnement social, culturel et économique qui permet à ses habitants d'être utiles les uns aux autres et de développer pleinement leurs potentiels. Depuis vingt ans, les membres du réseau Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien être de leurs citoyens. Pour célébrer cet anniversaire, les soixante-dix villes du réseau proposent ici un aperçu de leurs réalisations. A travers la richesse et la diversité de ces exemples, leur but est de partager l'esprit du

mouvement international des Villes-santé avec le plus grand nombre.

---

## Surveillance épidémiologique

### Health surveillance

---

46788

OUVRAGE

ASTAGNEAU (P.), ANCELLE (T.)

### **Surveillance épidémiologique : principes, méthodes et applications en santé publique.**

Paris : Lavoisier - Médecine Sciences Publications 2011; 360p., tabl., graph., fig., index, ann.

Cote Irdes : A4165

<http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?id=33AWL3AOK3XOWE>

Initialement centrée sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, la surveillance épidémiologique a connu un essor considérable en France depuis une vingtaine d'années, devenant l'un des axes majeurs de l'action en santé publique. Les grandes affaires de santé publique survenues récemment (sang contaminé, canicule, pandémie grippale...) ont d'ailleurs bien montré la nécessité de pouvoir disposer d'un système de surveillance efficace, fiable et réactif. Premier ouvrage en langue française spécifiquement consacré à ce sujet, cette publication a pour objectifs de faire connaître aux professionnels de santé les principes des systèmes de santé existants, de fournir aux épidémiologistes et chercheurs des outils méthodologiques, de permettre aux étudiants et enseignants de disposer d'un manuel complet et précis et enfin d'apporter aux décideurs en santé publique des informations de référence. L'ouvrage est organisé en quatre grandes parties, dans lesquelles sont développés : les principes généraux et l'organisation de la surveillance épidémiologique, les méthodes et théories spécifiques à ce domaine, avec un souci constant d'accessibilité pour les non-spécialistes, les différents champs d'application (pathologies ou groupes de population particuliers...) , les relations de la

surveillance épidémiologique avec les autres domaines de la santé publique (prévention, réglementation, aspects sociopolitiques...). Une attention particulière a également été portée à la surveillance en santé internationale. Ce livre, agrémenté de nombreux graphiques et tableaux, est complété par une série de fiches techniques expliquant et définissant les notions fondamentales de l'épidémiologie descriptive. Il intéressera tous les médecins, chercheurs, enseignants et étudiants en santé publique ainsi que tous ceux en charge de la santé publique, de la surveillance ou de la prévention dans les agences ou organismes publics et dans les réseaux de professionnels (4e de couverture).

---

## Vieillessement

### Ageing

---

46692

RAPPORT , INTERNET

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

### **Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009.**

Paris : Haut Conseil de la santé publique : 2010/12; 90p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20101209\\_evalbienvieillir.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20101209_evalbienvieillir.pdf)

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié en 2003 et renforcé en 2005. **Il s'inscrit dans le projet multinational de trois ans « Healthy Ageing »** lancé par le programme de santé **publique de l'Union européenne** en 2004. Il a pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un « vieillissement réussi » au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant **l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention** adaptées. Le PNBV est articulé autour de neuf axes visant à favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, à promouvoir des comportements favorables à la santé, à

améliorer l'environnement individuel et collectif et à renforcer le rôle social des seniors par leur participation. Saisi par le directeur général de la santé pour effectuer l'évaluation de ce plan, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) présente ici le résultat de son travail dans un document mêlant approche quantitative et qualitative. Le comité d'évaluation, au-delà des réserves qu'il formule sur le déficit de gouvernance, de structuration et de moyens, émet quatre recommandations pour alimenter la réflexion sur le prochain plan.

## Economie de la sante/Health economics

---

### Aide médicale d'Etat Social security benefits

---

46078

RAPPORT

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

#### **Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état.**

Paris : IGF ; Paris : Igas : 2010/11; 24p., 13 ann.  
Cote Irdes : B6973  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000685/0000.pdf>

L'aide médicale de l'Etat (AME) est un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (Cmu-c) (634 euros mensuels pour une personne seule, 951 euros pour deux personnes). Depuis sa création dans la continuité de l'aide médicale départementale, l'AME a fait l'objet de plusieurs rapports. Le rapport ci-joint s'inscrit dans le prolongement du rapport IGF/IGAS de mai 2007 (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000345/index.shtml>). Une forte augmentation des dépenses d'AME (droit commun) a été observée en 2009 (+13,3%) pour atteindre 540 millions d'euros, largement supérieure au rythme de progression des dépenses d'assurance maladie. Cette progression s'est à peine ralentie au premier semestre 2010 (+12,3%). Les ministres commanditaires ont demandé à la mission d'analyser les causes d'une telle évolution, et de proposer toutes solutions utiles pour améliorer la fiabilité des prévisions budgétaires (au sein du programme 183 « protection maladie »,

voire pour renforcer la maîtrise du dispositif. A leur demande, la mission devait également examiner les modalités de mise en place d'une contribution forfaitaire des bénéficiaires de l'AME sous forme d'un droit d'entrée dans le dispositif, et en évaluer le bénéfice-coût.

47639

RAPPORT

GOASGUEN (C.), SIRUGUE (C.)  
Assemblée Nationale. (A.N.). Comité  
d'Evaluation et de Contrôle des Politiques  
Publiques. Paris. FRA

#### **L'évaluation de l'aide médicale d'Etat: rapport d'information.**

Paris : Assemblée nationale : 2011/06 : 159p., tabl.,  
ann.  
Cote Irdes : B70444  
[http://www.assembleenationale.fr/13/dossiers/evaluation\\_aide\\_medicaleEtat.asp](http://www.assembleenationale.fr/13/dossiers/evaluation_aide_medicaleEtat.asp)

Ce rapport confirme l'intérêt de l'Aide médicale d'Etat (AME), qui a fait l'objet de nombreuses polémiques et de récentes réformes législatives très controversées. Cette prise de position en faveur de l'AME rejoint en beaucoup de points celle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) dans leur rapport de mission rendu public en décembre dernier. Le sujet est en effet polémique. Pendant un an, ils ont procédé à une dizaine d'auditions, à des déplacements (deux hôpitaux d'Île-de-France et deux caisses d'assurance maladie) et ont interrogé au moyen de questionnaires toutes les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le rapport constate qu'il n'y a pas d'"explosion" de la consommation de soins par les bénéficiaires de cette prestation. Comme les enquêtes précédentes, les rapporteurs confirment également que les fraudes supposées n'ont rien à voir avec l'envolée des dépenses d'AME. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) les évalue en effet à moins de 0,3 % du montant des prestations. Le fantasme des innombrables ayants droit d'un même bénéficiaire est



également mis à mal par les deux rapporteurs, qui rappellent que 81 % des bénéficiaires de l'AME sont des personnes isolées et que seuls 5 % ont deux ayants droit ou davantage. La forte croissance est liée à l'envolée du nombre d'étrangers concernés et à la forte hausse des coûts des séjours hospitaliers (même constat que l'IGAS). On assiste également à une sous-estimation chronique des crédits à allouer. Mais si les députés estiment que le dispositif doit être maintenu, car il répond, selon eux, aux impératifs humanitaires et de santé publique, ils préconisent néanmoins de réformer sa gestion. Les deux députés, bien que divisés sur l'efficacité de l'introduction d'un ticket d'entrée de 30 euros, sont en revanche convaincus que ce timbre coûtera plus cher qu'il ne rapportera. Ils font un certain nombre de recommandations, pas toujours partagées, pour améliorer les modalités de gestion de l'AME. Ils suggèrent ainsi d'appliquer pour les séjours hospitaliers une tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS) et de mettre en place un suivi médical en aval efficace et une première visite de prévention lors de la première année. Côté divergences, le député UMP se dit favorable à un transfert de la gestion de l'AME à un organisme d'assurance privé, préconise une enveloppe limitative annuelle et se montre ouvert à l'idée de niveaux de protection gradués. Son collègue socialiste plaide en revanche pour un assouplissement de la procédure de domiciliation des demandeurs - avec l'introduction d'une domiciliation par des tiers - et préconise l'amélioration de la couverture territoriale des lieux d'instruction des dossiers.

---

## Coûts de la maladie Health care costs

---

46646

RAPPORT, INTERNET

CONSTANT (A.), PETERSEN (S.), MALLORY (C.D.)

Canadian Health Services Research Foundation. (C.H.S.R.F.). Ottawa ON. CAN, Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa ON. CAN

### **Research synthesis on cost drivers in the health sector and proposed policy options**

*Synthèse de la recherche sur les déterminants du coût dans le secteur de la santé et possibilités d'action.*

Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation : 2011/02; 32p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chsrf.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/CHSRF\\_Synthesis\\_on\\_Cost\\_Drivers\\_ENG-FINAL.sflb.ashx](http://www.chsrf.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/CHSRF_Synthesis_on_Cost_Drivers_ENG-FINAL.sflb.ashx)

This paper synthesizes the current body of knowledge on cost drivers in Canadian healthcare.

---

## Dépenses de santé Health expenditures

---

47005

RAPPORT, INTERNET

DODGE (D.), DION (R.)

C.D. Howe Institute. Toronto ONT. CAN

### **Chronic Healthcare Spending Disease: A Macro Diagnosis and Prognosis.**

*Les dépenses en soins de santé pour les maladies chroniques : un diagnostic et un pronostic macroéconomique.*

Commentary; 327

Toronto : Howe Institute : 2011/04; 12p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary\\_327.pdf](http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_327.pdf)

This report examines from a macroeconomic perspective the trajectory of total – public and private – healthcare spending in Canada over the next two decades. The purpose is to estimate the extent to which healthcare spending is going to absorb a greater fraction of income than Canadians have experienced to **date under two scenarios: i) a “baseline” one** calculated from parameters estimated from **historical experience, and ii) an “optimistic” one** calculated from parameters that assume an unprecedented improvement in the efficiency and effectiveness of the healthcare system and large improvement in the capacity for economic growth.

46115

RAPPORT, INTERNET

ITEN (R.), VETTORI (A.), TRAGESER (J.), MARTI (C.), PETER (M.)  
Association des Entreprises Pharmaceutiques en Suisse. (V.I.P.S.). Zürich. CHE

***Les effets économiques des dépenses de santé.***

Zürich : VIPS : 2010; 17p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.vips.ch/dok\\_download.cfm?dokID=1497](http://www.vips.ch/dok_download.cfm?dokID=1497)

Cette étude commanditée par les entreprises pharmaceutiques suisses démontre que l'explosion des coûts de la santé est aussi un facteur de croissance économique et contribue au bien-être de la population.

---

**Dispositifs médicaux**

**Medical devices**

---

46710

RAPPORT

MOREL (A.), KIOUR (A.), GARCIA (A.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

***Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux. Tome 1.***

Rapport Igas : RM2010-154P

Paris : Igas : 2010/11; 84p.

Cote Irdes : B7001

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000137/0000.pdf>

Les dispositifs médicaux (DM) recouvrent des produits nombreux (près de 2 millions) et hétérogènes : pansements, lits médicalisés, fauteuils roulants, seringues, lecteurs de glycémie, pompes à insuline, orthèses, prothèses, verres optiques, stimulateurs cardiaques, défibrillateurs mais aussi équipements médicaux. Ils représentent en France un marché estimé à environ 21,3 milliards d'euros (hors équipements médicaux). Par lettre du 27 mai 2010, le chef de l'Inspection générale des affaires sociales demandait à la mission d'analyser les causes de la forte croissance des dépenses remboursées des DM, en se concentrant sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP). Ces produits concernent la ville mais aussi l'hôpital où certains d'entre eux sont facturés en sus des tarifs de séjour. Il s'agissait également d'apprécier l'efficacité des outils de maîtrise de la dépense et de faire des propositions pour une meilleure régulation.

46711

RAPPORT

MOREL (A.), KIOUR (A.), GARCIA (A.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

***Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux. Annexes et pièces jointes. Tome 2.***

Rapport Igas : RM2010-154P

Paris : Igas : 2010/11; 85p.

Cote Irdes : B7002

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000137/0000.pdf>

Les dispositifs médicaux (DM) recouvrent des produits nombreux et hétérogènes. Ils représentent en France un marché estimé à environ 21,3 milliards d'euros (hors équipements médicaux). Par lettre du 27 mai 2010, le chef de l'Inspection générale des affaires sociales demandait à la mission d'analyser les causes de la forte croissance des dépenses remboursées des DM, en se concentrant sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP). Ce tome 2 présente les 12 annexes du rapport principal : la lettre

de mission, la liste des personnes rencontrées, le marché des dispositifs médicaux, la mise sur le marché des dispositifs médicaux en France : marquage CE, TVA et surveillance du marché, le circuit du remboursement du dispositif médical en France, les nouveaux outils juridiques de la régulation, la prise en charge des dispositifs médicaux à l'étranger (Etats-Unis, Royaume-Uni, Allemagne et Italie), l'étude sur les prix d'audioprothèses et de véhicules pour handicapés physiques dans quatre maisons départementales du handicap, les prestataires de service à domicile et les distributeurs de matériels, le bilan de la réévaluation des descriptions génériques par la Haute Autorité de santé (Has, juin 2010), le financement des Omedits en 2007-2008, l'évaluations des DM finances par le **Programme d'évaluation des nouvelles technologies** depuis 2000. Une pièce jointe présente la comparaison des indications de la LPP et de la fiche de bon usage de la HAS « Angioplastie coronarienne : intérêt des stents actif » (travail réalisé par l'ARS de Bourgogne).

---

## Innovations médicales Medical innovations

---

47053

DOCUMENT DE TRAVAIL

CHANDRA (A.), SKINNER (J.S.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

### **Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care**

*Développement des technologies et  
croissance des dépenses dans les soins de  
santé.*

NBER Working Paper Series ; 16953  
Cambridge : NBER : 2011/04; 54p., tabl., fig.,  
annexes  
Cote Irdes : C, En ligne  
<http://papers.nber.org/papers/w16953>

In the United States, health care technology has contributed to rising survival rates, yet health care spending relative to GDP has also

grown more rapidly than in any other country. We develop a model of patient demand and supplier behavior to explain these parallel trends in technology growth and cost growth. We show that health care productivity depends on the heterogeneity of treatment effects across patients, the shape of the health production function, and the cost structure of procedures such as MRIs with high fixed costs and low marginal costs. The model implies a typology of medical technology productivity: (I) highly cost-effective “home run” innovations with little chance of overuse, such as anti-retroviral therapy for HIV, (II) treatments highly effective for some but not for all (e.g. stents), and (III) “gray area” treatments with uncertain clinical value such as ICU days among chronically ill patients. Not surprisingly, countries adopting Category I and effective Category II treatments gain the greatest health improvements, while countries adopting ineffective Category II and Category III treatments experience the most rapid cost growth. Ultimately, economic and political resistance in the U.S. to ever-rising tax rates will likely slow cost growth, with uncertain effects on technology growth.

47051

DOCUMENT DE TRAVAIL

APPOUEY (B.H.)

University of Utah. Department of Economics.  
Salt Lake City UT. USA

### **Medical Expenditure Growth and the Diffusion of Medical Technology**

*Croissance des dépenses de santé et  
diffusion des technologies médicales.*

Working Paper 2011-10

Salt Lake City : University of Utah : 2011; 29p.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.econ.utah.edu/activities/papers/2011\\_10.pdf](http://www.econ.utah.edu/activities/papers/2011_10.pdf)

The general consensus among health economists is that the increasing capability of medical providers— often called medical technology—is responsible for the majority of growth in medical expenditure. And yet, the principle means of understanding medical technology is through the use of total factor

productivity, which, despite giving reasonable estimates of the magnitude of the effects, is not a theory of technology, leaving policymakers without effective tools for prediction. This paper develops a descriptive model of technology that may have interesting implications for health economics. The model suggests that the manner of diffusion of technology is critical, and when technology diffuses haphazardly, the effects on expenditure can be unexpectedly large.

---

### Reste à charge Out-of-pocket spending

---

46541  
DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET  
HURD (M.D.), ROHWEDDER (S.)  
Michigan Retirement Research Center  
(M.R.R.C.). Ann Arbor. USA

#### ***The Effect of the Risk of Out-of-Pocket Spending for Health Care on Economic Preparation for Retirement.***

*Les effets des restes à charge des soins de santé sur la préparation économique à la retraite*

Working Paper: WP 2010-232  
Ann Arbor : Michigan Retirement Research Center  
(M.R.R.C.) : 2010; 27p., tabl.  
Cote Irdes : C, en ligne  
<http://www.mrrc.isr.umich.edu/publications/Papers/pdf/wp232.pdf>

After retirement, the primary sources of **uncertainty with respect to an individual's** economic status are longevity, investment outcomes and out-of-pocket spending on health care. In previous work, we estimated economic preparation for retirement, taking into account the risk of living to an advanced old age and the concomitant risk of running out of resources. But while we accounted for the average level out-of-pocket spending for health care, we did not account for the risk of out-of-pocket spending. In this paper we augment our model for this omission. We find that the risk of out-of-pocket health care spending reduces economic preparation for

retirement from about 72% of persons in the age range 65-69 to about 63%. However, this relatively modest reduction is quite unequally distributed: about 57% of single persons are adequately prepared when health care spending is not stochastic, but just 44% when it is. Among single women who are not high school graduates the percentage adequately prepared declines from 33% to 15%.

46783  
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
HEIJINK (R.), XU (K.), SAKSENA (P.),  
EVANS (D.)  
Organisation Mondiale de la Santé.  
(O.M.S.).Genève. CHE, World Health  
Organisation. Department Health Systems  
Financing. (W.H.O.). Geneve. CHE

#### ***Validity and Comparability of Out-of-pocket Health Expenditure from Household Surveys: A review of the literature and current survey instruments.***

*Validité et comparabilité des dépenses de santé non remboursées dans les enquêtes ménages : une revue de la littérature et des instruments de sondage actuels.*

Discussion Paper; 1  
Genève : OMS :2010; 28p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.who.int/health\\_financing/documents/dpe\\_11\\_01-oop\\_errors.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dpe_11_01-oop_errors.pdf)

Measurement errors have been a persistent concern in survey research. In this study we investigate the current evidence on measurement errors in self-reported household expenditure and health expenditure. We performed a review of the literature on measurement error in healthcare-related surveys. A Pubmed-search was performed and in addition reference tracking was used. In the second part of the study we examined current survey instruments. We collected 90 household surveys, such as household budget surveys, from the International Household Survey Network. We included surveys that were conducted after 1990, with a focus on low-income countries and studied differences in survey design features. The literature review demonstrated that the probability of

misreporting increases when the time between interview and event increases. Also, longer and shorter recall periods have generated different outcomes, although the magnitude of this difference varied across populations. Furthermore, respondents reported higher aggregate household spending when more items were used. Respondents may also lose motivation in long-term diaries. Some studies found a relationship between measurement error and respondent characteristics, although results were inconsistent. The review of current household surveys showed a non-negligible variation in design features such as the recall period, the number of disaggregation items and the wording of questions. From reviewing the existing studies and literature we did not find evidence of the optimal survey design features in collecting data on health spending. However, some practical suggestions emerge from the study in terms of question design, recall period and methods of data collection. The study strongly suggests the need for validation studies in order to improve survey instruments and data quality. In the meantime, standardization could improve the comparability across countries and surveys, yet this may discourage the efforts on further exploring the best survey instruments and compromise within-country, over-time comparison efforts.

In this paper we explore the possibility that individuals may select insurance coverage in part based on their anticipated behavioral response to the insurance contract. Such selection on moral hazard can have important implications for attempts to combat either selection or moral hazard. We explore these issues using individual-level panel data from a single firm, which contain information about health insurance options, choices, and subsequent claims. To identify the behavioral response to health insurance coverage and the heterogeneity in it, we take advantage of a change in the health insurance options offered to some, but not all of the firm's employees. We begin with descriptive evidence that is suggestive of both heterogeneous moral hazard as well as selection on it, with individuals who select more coverage also appearing to exhibit greater behavioral response to that coverage. To formalize this analysis and explore its implications, we develop and estimate a model of plan choice and medical utilization. The results from the modeling exercise echo the descriptive evidence, and allow for further explorations of the interaction between selection and moral hazard. For example, one implication of our estimates is that abstracting from selection on moral hazard could lead one to substantially over-estimate the spending reduction associated with introducing a high deductible health insurance option.

---

**Risque moral**  
**Moral hazard**

---

47013

DOCUMENT DE TRAVAIL

EINAV (L.), FINKELSTEIN (A.), RYAN (S.P.)  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Selection on Moral Hazard in Health Insurance.***

***Sélection concernant le hasard moral en assurance maladie.***

NBER Working Paper Series ; n° 16969  
Cambridge : NBER : 2011/03; 68p., tabl.  
Cote Irdes : en ligne  
<http://www.nber.org/papers/w16969>

## Etat de sante/Health status

---

### Affections de longue durée Long-term diseases

---

46636

RAPPORT

UHRY (Z.), REMONTET (L.), GROSCLAUDE (P.), et al.  
Institut National de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.).  
Saint Maurice. FRA

#### **Intérêt des données d'affections de longue durée 1997-2008 pour la surveillance nationale des tendances récentes de l'incidence des cancers en France.**

St Maurice : INVS : 2011/01; 38p.

Cote Irdes : B6998

[http://www.invs.sante.fr/publications/2011/affections\\_longue\\_duree\\_incidence\\_cancers/affections\\_longue\\_duree.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2011/affections_longue_duree_incidence_cancers/affections_longue_duree.pdf)

Cette étude présente les évolutions nationales du taux de mise en affection de longue durée (ALD) des Caisses d'assurance maladie de 1997 à 2008 pour 24 localisations cancéreuses. Ces évolutions doivent être interprétées avec prudence car elles peuvent être affectées par des évolutions réglementaires ou par une évolution de la fréquence des demandes d'ALD parmi les personnes atteintes d'un nouveau cancer. Ces évolutions ont été comparées à celles des taux d'incidence, estimés à partir des données des registres départementaux des cancers et de données de mortalité nationales. Les estimations d'incidence reposaient sur des données observées jusqu'en 2004 et un modèle de projection au-delà (Résumé d'auteur).

---

### Capital santé Health capital

---

46543

DOCUMENT DE TRAVAIL

GALAMA (T.)  
RAND Corporation. Labor and Population.  
Santa Monica CA. USA

#### **A contribution to health capital theory.**

*Une contribution à la théorie du capital santé.*

Working paper ; WR-831

Santa Monica : Rand Corporation : 2011; 47p., fig.

Cote Irdes : en ligne

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1749712](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1749712)

This study present a theory of the demand for health, health investment and longevity, building on the human capital framework for health and addressing limitations of existing models. It predicts a negative correlation between health investment and health, that the health of wealthy and educated individuals declines more slowly and that they live longer, that current health status is a function of the initial level of health and the histories of prior health investments made, that health investment rapidly increases near the end of life and that length of life is finite as a result of limited life-time resources (the budget constraint). It derives a structural relation between health and health investment (e.g., medical care) that is suitable for empirical testing.

---

**Crise économique**  
*Economic crisis*

---

47001

DOCUMENT DE TRAVAIL

ASKITAS (N.), ZIMMERMANN (K.F.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

***Health and Well-Being in the Crisis***

*Santé et bien-être en temps de crise.*

IZA Discussion Paper ; 5601

Bonn : IZA : 2011/03; 28p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp5601.pdf>

The internet has become an important data source for the Social Sciences because these data are available without lags, can be regarded as involuntary surveys and hence have no observer effect, can be geo-labeled, are available for countries across the globe and can be viewed in continuous time scales from the micro to the macro level. The paper uses internet search data to document how the great **economic crisis has affected people's well-being and health** studying the US, Germany and a cross section of the G8 countries. We investigate two types of searches which capture self-diagnosis and treatment respectively: **those that contain the words 'symptoms' and 'side effects'**. **Significant spikes for both types** of searches in all three areas (US, Germany and the G8) are found, which are coincident with the crisis and its contagion timeline. An array of due diligence checks are performed and a number of alternative hypotheses are excluded to confirm that the search spikes imply an increase in malaise.

---

**Données d'ensemble**  
*Global data*

---

46111

RAPPORT, INTERNET

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

***Health at a Glance - Europe 2010***

*Panorama de la santé – Europe 2010*

Paris : OCDE : 2010; 126p., ann., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf)

This special edition of Health at a Glance focuses on health issues across the 27 European Union member states, three European Free Trade Association countries (Iceland, Norway and Switzerland) and Turkey. It gives readers a better understanding of the factors that affect the health of populations and the performance of health systems in these countries. Its 42 indicators present comparable data covering a wide range of topics, including health status, risk factors, health workforce and health expenditure. Each indicator in the book is presented in a user-friendly format, consisting of charts illustrating variations across countries and over time, brief descriptive analyses highlighting the major findings conveyed by the data, and a methodological box on the definition of the indicators and any limitations in data comparability. An annex provides additional information on the demographic and economic context within which health systems operate.

---

**Maladies chroniques**  
*Chronic diseases*

---

46954

OUVRAGE , CONGRES

Sciences Politiques. Chaire Santé. Paris. FRA, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Centre d'Analyse des Politiques Publiques de Santé. (C.A.P.P.S.). Rennes. FRA

***Maladies chroniques et travail : au-delà des idées reçues.***

Collection Séminaires.

Paris : Editions de Santé ; Paris : Presses de Sciences Po : 2010; 118p.

Cote Irdes : A4146

[http://www.editionsdesante.fr/product.php?id\\_produ ct=344](http://www.editionsdesante.fr/product.php?id_produ ct=344)

L'employabilité est une donnée fragile dans le contexte actuel tendu du monde du travail ; tout ce qui concourt à préserver la personne en situation de travail va dans la bonne direction. Aujourd'hui, seule la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé paraît de nature à aider significativement le travailleur malade, alors que même l'image sociale du handicap peine encore à évoluer, suite à la loi de 2005. Au moment où la réforme des retraites va conduire à prolonger les durées d'activité et à reconsidérer les notions de pénibilité, où le vieillissement de la population active s'accélère et avec lui l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, où enfin l'avenir des services de santé au travail est posé, la nécessité est apparue d'amorcer une réflexion prospective sur les enjeux, les blocages et les leviers d'action potentiels susceptibles d'être mobilisés afin que maladie ne rime pas avec marginalisation au regard de l'emploi. Cette démarche a conduit la chaire Santé de Sciences Po et le Centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) à animer un séminaire de travail de janvier à juin 2010, dont cet ouvrage constitue la synthèse des travaux.

---

**Mortalité évitable**  
*Amenable morbidity*

---

46487

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GAY (J.G.), PARIS (V.), DEVAUX (M.) 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

***Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries.***

*La mortalité évitable grâce au système de soins dans 31 pays de l'OCDE.*

OECD Health Working Paper; 55

Paris : OCDE : 2011/01; 36p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries\\_5kgj35f9f8s2-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries_5kgj35f9f8s2-en)

Cette étude évalue dans quelle mesure l'indicateur de « mortalité évitable grâce au système de soins » peut être utilisé comme indicateur de résultat du système de soins. Elle présente les estimations de cette mortalité évitable par les soins pour 31 pays de l'OCDE et pour la période 1997-2007. Elle mesure la sensibilité de l'indicateur à la liste de causes de décès considérées comme évitables par les soins en comparant les résultats obtenus à partir de deux listes alternatives. Puis, elle présente les avantages de cet indicateur sur les indicateurs de mortalité générale, ainsi que ses limites.



---

Santé des enfants  
Children health

---

46939

OUVRAGE

World Health Organization. (W.H.O.).  
European Ministerial Conference on  
Environment and Health. EUR, World Health  
Organization. (W.H.O.). Regional Office for  
Europe. Copenhagen. DNK, Organisation  
Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau  
Régional de l'Europe. Copenhagen. DNK

***Protecting children's health in a  
changing environment : report of  
the Fifth Conference on Environment  
and Health.***

*Protéger la santé des enfants dans un  
environnement en mutation. Rapport relatif  
à la Cinquième Conférence ministérielle sur  
l'environnement et la santé*

Copenhague : OMS Bureau Regional de l'Europe :  
2010; VI+84p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.euro.who.int/  
data/assets/pdf\\_file/0004/  
123565/e94331.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/123565/e94331.pdf)

At the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health in Parma, ministers of health and of the environment, key partners and experts met to assess the progress made since the environment and health process began 20 years ago. With the needs of children and young people uppermost, the Conference focused on three main priority areas. The first was the progress and impact of the environment and health process and where further action is needed. The second was socioeconomic, gender, age and other inequalities in environment and health, and the measures that can be taken to address them. The third was the effects of climate change. The Conference participants discussed how to move the environment and health process forward in Europe, and summed up their intent with the Parma Declaration. (Résumé de l'éditeur.)

---

Santé perçue  
Self-assessed health

---

47007

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

PFARR (C.), SCHMID (A.), SCHNEIDER (U.)  
University of Bayreuth, Department of Law  
and Economics. Bayreuth. DEU

***Reporting Heterogeneity in Self-  
Assessed Health Among Elderly  
Europeans : The Impact of Mental  
and Physical Health Status.***

*Rendre compte de l'hétérogénéité dans  
l'autoévaluation par les européens âgées  
de leur état de santé. L'impact de l'état  
de santé physique et mental.*

Discussion Paper 02-11

Rochester : Social Science Electronic Publishing :  
2011/01; 30p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=  
=1797591](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1797591)

Self-assessed health (SAH) is a frequently used measure of individuals' health status. It is also prone to reporting heterogeneity. To control for reporting heterogeneity valid measures of the objective health status are needed. The topic becomes even more complex for cross-country comparisons, as many key variables tend to vary strongly across countries, influenced by cultural and institutional differences. This study aims at exploring the key drivers for reporting heterogeneity in SAH in an international context. To this end, country specific effects are accounted for and the objective health measure is concretized, separating out effects of mental and physical health conditions. We use panel data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) which provides a rich dataset on the elderly European population. To obtain distinct indicators for physical and mental health conditions two indices were constructed. Finally, to identify potential reporting heterogeneity in SAH a generalized ordered probit model is estimated. We find evidence that health behaviour as well as health care utilization, mental and physical health condition as well as country

characteristics affect reporting behaviour. We conclude that observed and unobserved heterogeneity play an important role when analysing SAH and have to be taken into account.

---

## Suicide

### Suicide

---

46656

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL  
OKADA (K.), SAMRETH (S.)

### ***A study on the socio-economic determinants of suicide: Evidence from 13 European OECD countries***

*Une étude sur les déterminants socio-économique du suicide : résultats issus de 13 pays européens faisant partie de l'OCDE.*

PRA Paper ; 29075  
Munich : Munich Personal RepEc Archive :  
2011/02; 19p, tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://mpra.ub.uni-muenchen.de/29075/1/MPRA\\_paper\\_29075.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/29075/1/MPRA_paper_29075.pdf)

This paper examines the factors affecting suicide in 13 European OECD countries from a socio-economic perspective. We use the autoregressive distributed lag approach to cointegration as the estimation methodology. Our results reveal that an increasing impact of divorce rates and a decreasing effect of per capita real GDP on suicide are confirmed in 9 countries. However, the evidence on the effects of fertility rates and per capita alcohol consumption are relatively less. For fertility rates, the results reveal that its increase leads to a decrease in suicide rates in four countries and a rise in suicide rates in one country. As for per capita alcohol consumption, the evidence supporting its significantly increasing effects on suicide rates is only confirmed in three countries. In addition, the tests of the cumulative sum and the cumulative sum of squares of the recursive residuals provide evidence indicating the stability of the estimated model.

---

## Tabagisme

### Smoking

---

45966

RAPPORT, INTERNET

U.S Department of Health and Human Services. Rockville. USA

### ***How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease : a report of the Surgeon General.***

*Comment le tabagisme provoque la maladie : bases biologiques et comportementale des maladies attribuables au tabagisme : rapport du directeur de la Santé publique.*

Rockville: Dept. of Health and Human Services  
Public Health Service  
2010; 706p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full\\_report.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf)

This new Surgeon General's report describes in detail the ways tobacco smoke damages every organ in the body and causes disease and death. We must build on our successes and more effectively educate people about the health risks of tobacco use, prevent youth from ever using tobacco products, expand access to proven cessation treatments and services, and reduce exposure to secondhand smoke. Putting laws and other restrictions in place, including making tobacco products progressively less affordable, will ultimately lead to our goal of a healthier America by reducing the devastating effects of smoking.

---

**Travail et santé**  
**Occupational health**

---

46499

INTERNET, RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
INT, World Health Organization. (W.H.O.).  
Regional Office for Europe. Copenhague. INT,  
German Alliance for Mental Health. Berlin.  
DEU

***Mental health and well-being at the  
workplace – protection and inclusion  
in challenging times.***

*Santé mentale et bien-être sur le lieu de  
travail - protection et inclusion en des  
temps difficiles*

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe :  
2010; 34p., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/  
124047/e94345.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf)

During economic recession and the implementation of austerity measures, public sector spending is carefully considered and cuts are made in areas not considered a priority. Mental health services specifically and disease prevention and health promotion activities in general are often cut, and their capacity may paradoxically be reduced at times of increased need. People with severe and enduring mental health problems are especially likely to be affected by these cuts, leading to inequitable suffering but also resulting in limited availability of rehabilitation and supported employment places for people already at disproportionate risk of exclusion. Work increases self-esteem and the quality of life. Providing a healthy and inclusive working environment can prevent mental health problems and enhance opportunities to enter, remain at or return to work when experiencing such problems. Good health contributes to quality and productivity at work, which in turn promotes economic growth and employment (McDaid, 2008) and the ability to invest in good employment practices. Numerous measures have been shown to be effective in promoting mental

health and well-being, preventing and managing mental illness and helping reintegrate people into work – including effective programmes to tackle stigma and discrimination. Some of the most successful and promising are reflected in the chapters in the publication, contributions to the Conference on Mental Health and Wellbeing at the Workplace – Protection and Inclusion in Challenging Times.

46985

RAPPORT

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

***Mesurer les facteurs psychosociaux  
de risque au travail pour les maîtriser  
- Rapport du Collège d'expertise sur  
le suivi des risques psychosociaux au  
travail, faisant suite à la demande du  
Ministre du travail, de l'emploi et de  
la santé.***

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2011/04; 223p.  
Cote Irdes : B7018  
[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/1  
14000201/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000201/0000.pdf)

Ce rapport propose un dispositif de suivi des risques pour la santé mentale provoqués par **certaines conditions d'emploi, d'organisation**, et de relations au travail. Il résulte de la mise en oeuvre d'une des propositions du rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron remis au ministre du travail en mars 2008, qui recommandait notamment la construction d'un indicateur global du stress. Le rapport du Collège préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs de risques psychosociaux au travail : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail. Le rapport précise que ces facteurs ne doivent pas être envisagés séparément et que leurs effets **dépendent aussi de la durée d'exposition**. Par ailleurs, des événements traumatisants, comme un licenciement ou une restructuration, peuvent rendre plus sensible à

certaines de ces facteurs. Le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail recommande la réalisation d'une première enquête complète en 2015. Il propose une liste de variables à mesurer et un procédé de questionnement, incluant un suivi en panel.

46974

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Direction Générale du Travail. Service de  
l'Animation Territoriale de la Politique du  
Travail et de l'Action de l'inspection du travail.  
Paris. FRA

***L'inspection du travail en France en 2009.***

Paris : MSSPS : 2011; 364p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_au\\_BIT\\_intranetW\\_28022011.pdf](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_au_BIT_intranetW_28022011.pdf)

Ce rapport de la Direction générale du travail présente l'organisation, les effectifs, les missions et les réalisations de l'Inspection du travail en France en 2009. 307 544 interventions ont été menées, un nombre en hausse de 42 % en trois ans, dont 188 879 visites de contrôle, 106 336 enquêtes, 1 733 missions de conciliation et 10 596 réunions en entreprises. Les entreprises ont fait l'objet en 2009 de 187 387 lettres d'observations, 6 405 mises en demeure et 6 352 procès-verbaux. 35 % des PV ont été établis au titre du thème santé et sécurité (le risque de chute de hauteur étant l'infraction la plus fréquemment relevée), 33 % au titre des obligations générales (principalement pour travail illégal), 18 % au titre du contrat de travail et 4 % seulement au titre de la représentation du personnel.

46957

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

ROCCO (L.), SUHRCKE (M.), FUMAGALI (E.)  
World Bank. Human Development Network.  
Health, Nutrition and Population Unit. New  
York NY. USA

***Chronic diseases and labor market outcomes in Egypt.***

*Maladies chroniques et performance sur le marché du travail en Egypte.*

Policy Research Working Paper : 5575

New York : World Bank : 2011/02; 31p., 8 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/02/25/000158349\\_20110225134511/Rendered/PDF/WPS5575.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/02/25/000158349_20110225134511/Rendered/PDF/WPS5575.pdf)

By causing a sizeable reduction in employment 6 percent and labor supply 19 percent, chronic diseases are responsible for a major efficiency loss in the Egyptian economy. Furthermore the impact of chronic diseases on the labor market is not uniformly distributed. The older and the less educated suffer a larger drop in the probability of being employed and in their supply of working hours. The authors estimate the reduced form equations of individual employment status, labor supply and the usual wage equation. They control for unobserved ability and individual preferences by means of a within-siblings estimator. Measurement errors in our self-reported health variable have been accounted for.

46688

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

LACROIX (G.), BROUARD (M.E.)  
Université de Laval. Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.). Québec. QC. CAN

***Work Absenteeism Due to a Chronic Disease.***

*L'absentéisme au travail causé par les maladies chroniques*

CIRPEE Working Paper 11-08

Laval : CIRPEE : 2011/02; 30p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers2011/CIRPEE11-08.pdf>

Research on health-related work absenteeism focuses primarily on moral hazard issues but seldom discriminates between the types of illnesses that prompt workers to stay home or seek care. This paper focuses on chronic migraine, a common and acute illness that can prove to be relatively debilitating. Our analysis is based upon the absenteeism of workers employed in a large Fortune-100 manufacturing firm in the United States. We model their daily transitions between work and absence spells between January 1996 up until

December 1998. Only absence due to migraine and depression, its main comorbidity, are taken into account. Our results show that there is considerable correlation between the different states we consider. In addition, workers who are covered by the Blue Preferred Provided Organization tend to have shorter employment spells but also shorter migraine spells.

46956

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL  
CHUNG (C.)

Centre d'Etudes de Populations - de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques. (C.E.P.S.). Luxembourg. LUX, International Networks for Studies in Technology, Environment, Alternatives and Development. (I.N.S.T.E.A.D.). Luxembourg. LUX

***Determinants of Labor Market Outcomes of Disabled Men Before and After the Americans with Disabilities Act of 1990.***

*Déterminants de la performance sur le marché du travail des personnes handicapées avant et après la loi américaine sur le handicap de 1990.*

IRISS Working Papers ; 105  
Luxembourg ; CEPS ; 2009; 47p.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://iriss.ceps.lu/documents/irisswp105.pdf>

The study compares the labor market experience of men with disabilities before and after the Americans with Disabilities Act of 1990. The handful of studies that have focused on the wage impact of disabilities have either not fully incorporated the probability of employment into the analysis or have not correctly decomposed the wage differences in light of selectivity corrections. After estimating a two-stage model of the probability of employment followed by a wage equation for men with and without disabilities, I use Newman and Oaxaca's (2004) method to correctly decompose the distributions. In addition, I also perform a similar analysis to explain the differentials in employment rates between the non-disabled and disabled. The analyses are performed for samples before and after the passage of the Americans with

Disabilities Act of 1990. The results from studies of the Survey of Income Program Participation (SIPP) of 1984, 1990, 1996 and 2001 indicate that the employment and wage gaps between the disabled and the non-disabled have risen sharply over time, both before and after the passage of the ADA. Most of the rise prior to the ADA was attributable to arise in differences that cannot be explained with measurable factors. Nearly all of the rise in the gaps in the 1990s, however, is attributable to factors that can be measured. The unexplained differential has held relatively constant during that period.

46477

RAPPORT, INTERNET

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

***Qu'est-ce que l'Enquête d'Eurostat sur les forces de travail nous apprend au sujet de la santé et des inégalités de santé dans l'Union européenne ?***

*What does Eurostat's labour force survey say about health and health inequalities in the European Union?*

Copenhague : OMS -Bureau Régional de l'Europe :  
2011; 87p., tabl., fig., ann.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/130188/e94625.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/130188/e94625.pdf)

Cet ouvrage présente une analyse approfondie des toutes les dernières données de l'Enquête sur les forces de travail réalisée par Eurostat (Office statistique de l'Union européenne) afin d'évaluer la santé et les inégalités socioéconomiques en santé dans 25 pays européens sur une période comprise entre 1983 et 2004. L'étude définit dans un premier temps plusieurs indicateurs sanitaires principalement liés au marché du travail, plus un indice sanitaire général et pondéré. Les auteurs ont rassemblé des preuves démontrant les limites de ces indicateurs quand il s'agit de mesurer la situation sanitaire nationale moyenne, et ont attiré l'attention sur l'information sanitaire afin d'évaluer les inégalités socioéconomiques en santé. Les

indices de concentration standard ont été **calculés à l'aide de cinq indicateurs indirects** différents pour la situation socioéconomique. En décomposant les données relatives aux inégalités en tendances et composantes saisonnières, les auteurs ont constaté que ces inégalités augmentent pour la plupart, mais **pas pour l'ensemble des pays et indicateurs de santé**. Ces résultats semblent insensibles aux différents indicateurs indirects utilisés pour évaluer la situation socioéconomique. En général, mais non sans difficulté pour autant, **l'Enquête sur les forces de travail peut très bien constituer une nouvelle ressource utile, quoiqu'inexploitée jusqu'à présent, afin de mesurer les inégalités socioéconomiques en santé au fil du temps et dans tous les pays d'Europe.**

## Personnes âgées/Elderly

---

### Aidants familiaux Informal care

---

46967  
OUVRAGE

#### **Les aidants familiaux**

Handicap, vieillissement, société  
Grenoble : PUG : 2010; 255p.  
Cote Irdes : AA4173

En ce début de troisième millénaire, **l'accompagnement à domicile** des personnes âgées et des personnes handicapées constitue un enjeu de société réactualisé. Le nombre de ces personnes et les possibilités de leur accompagnement, collectivement valorisées, sont en effet en augmentation. Plusieurs solutions sont possibles pour prendre en charge ces personnes dépendantes, dont **l'institutionnalisation et les différentes formes de l'aide à domicile. Le recours aux aidants familiaux** constitue une autre option qui correspond aux attentes des familles et des aidés et satisfait la vie collective, dans la **mesure où l'action des aidants peut se substituer** à celles des acteurs publics. Cet ouvrage montre la difficulté des aidants **familiaux confrontés, d'une part, à l'accompagnement** des populations connaissant des formes inégales et variées de la **perte d'autonomie et de la dépendance et d'autre part, aux contraintes difficiles imposées** par les familles et par les différents niveaux de la puissance publique. Le recours à des aidants familiaux étant une solution à un problème rencontré dans la vie collective, ces aidants ont la possibilité de se constituer en acteur **collectif. Afin d'élargir la réflexion, deux situations, en Suisse et en Belgique, complètent l'ouvrage** (Tiré de la 4ème de couverture).

46798

RAPPORT

WEBER (F.)

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

#### **Reconnaître les aidants familiaux.**

Noisy-le-Grand : CEE

2006/09; 4p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ceerecherche.fr/fr/connaissance\\_emploi/aidants\\_familiaux\\_ce34.pdf](http://www.ceerecherche.fr/fr/connaissance_emploi/aidants_familiaux_ce34.pdf)

L'un des maîtres mots des politiques sociales est aujourd'hui « solidarité », ce que représente, dans notre devise républicaine, le troisième terme trop souvent oublié : fraternité. Mais comment articuler la solidarité anonyme, légale, incarnée par la protection publique, et la solidarité rapprochée, fondée sur les relations interpersonnelles ? On fait souvent appel en France, depuis une décennie, aux solidarités familiales pour compléter les dispositifs des politiques sociales. Que recouvre le mot « famille » lorsque le modèle de référence n'est plus le couple parental cohabitant et ses enfants ? Que signifie-t-il lorsque les charges familiales s'étendent aux jeunes adultes sans ressources et aux personnes handicapées, malades ou âgées maintenues à domicile ?

---

### Capital social Social capital

---

46674

DOCUMENT DE TRAVAIL

SIRVEN (N.), DEBRAND (T.)

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

#### **Social capital and health of older Europeans. From reverse causality to health inequalities.**

*Capital social et santé des Européens âgés. De la causalité inverse aux inégalités de santé.*

Document de travail Irdes : 40  
Paris : Irdes : 2011/02: 24p.  
Cote Irdes : DT40  
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT40SocialCapitalHealthOlderEuropeans.pdf>

Les relations de causalité entre participation sociale (capital social) et santé des personnes âgées en Europe sont ici appréhendées à partir **des trois vagues de l'enquête SHARE (Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe)** dans 11 pays, auprès des individus de 50 ans et plus. Pour chacune des deux premières vagues (2004 et 2006), une série de variables renseigne sur la participation à des activités sociales (associations, clubs, partis politiques, etc.) et sur l'état de santé physique et mentale des répondants. Les données rétrospectives de la **3e vague d'enquête sur les histoires de vie (SHARELIFE)** sont également prises en compte. Les résultats suggèrent que la participation sociale favorise une meilleure santé, et vice-versa. **Néanmoins, l'effet de la santé sur la participation sociale apparaît plus important que l'effet inverse. Par conséquent, les individus âgés en bonne santé ont d'autant plus de chances de préserver leur santé grâce à l'effet bénéfique du capital social. De même, ceux en moins bonne santé ont moins de chances de participer à des activités sociales et ont donc une probabilité plus forte de voir leur état de santé se dégrader plus vite. En somme, malgré ses effets individuels bénéfiques, le capital social est un vecteur potentiel d'accroissement des inégalités de santé parmi les personnes âgées (Résumé d'auteur).**

---

## Dépendance Dependency

---

46131

### FASCICULE

Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des Cadres. (A.G.I.R.C.). Paris. FRA, Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés. (A.R.R.C.O.). Paris. FRA

### ***Orientations du ministère des solidarités et de la cohésion sociale pour 2011.***

Paris : AGIRC-ARRCO  
Doc' Retraite : 2011/01; 7p., tabl., graph  
Cote Irdes : c, Bulletin français

Roselyne Bachelot-Narquin a présenté, lors d'une conférence de presse, jeudi 6 janvier 2011, les grandes orientations du ministère des solidarités et de la cohésion sociale, en présence de Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat auprès de la ministre. Ce dossier présente le chantier concernant la prise en charge de la dépendance.

46293

### RAPPORT

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

### ***Evaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées. Des possibilités d'un partenariat public-privé pour l'évaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées.***

Paris : CNSA : 2010; (12p.), fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Partenariat\\_public\\_privé\\_propositions.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Partenariat_public_privé_propositions.pdf)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) publie dans ce document douze propositions concrètes pour envisager un partenariat entre les services médico-sociaux des conseils généraux et les organismes d'assurance. Ces propositions ont pour objectif d'éviter aux personnes âgées deux évaluations successives avant de pouvoir bénéficier de leur plan d'aide ou de percevoir



leurs prestations (allocation personnalisée d'autonomie ou rente assurantielle).

44860  
RAPPORT

ROSSO-DEBORD (V.)  
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des  
Affaires Sociales. Paris. FRA

**Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.**

Paris : Assemblée nationale : 2010 : 28p., tabl., ann.  
Cote Irdes : B6902  
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf>

Après avoir pris acte du contexte socio-économique spécifique au sein duquel la prise en charge des personnes âgées s'effectue actuellement et pour plusieurs années encore, ce rapport a répertorié divers constats quasi unanimement dressés par ses différents interlocuteurs et représentatifs de divers freins au fonctionnement satisfaisant de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, avant de tenter de répondre aux nombreuses questions que poserait une réforme du dispositif actuel : par quelles institutions assurer la couverture du risque de dépendance pour nos concitoyens ? Comment soutenir au quotidien les personnes âgées, leurs aidants et les différents acteurs de terrain, tant au niveau social que médico-social ? Comment prévenir leur fragilité et accompagner leur perte d'autonomie ? Le rôle dévolu aux conseils généraux permet-il d'assumer la prise en charge des plus faibles ? Quelle que soit la valeur des interventions de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse ou des institutions de retraite et de prévoyance, comment réduire l'importance des sommes qui restent dues par les familles ? (D'après l'introduction)

46536  
RAPPORT

VASSELLE (A.)  
Sénat. Mission Commune d'Information sur la  
Prise en Charge de la Dépendance et la  
Création du Cinquième Risque. Paris. FRA

**Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.**

Rapport d'information; 263  
Paris : Sénat : 2011; 235p.  
Cote Irdes : B6987  
<http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>

Dès 2007, aussitôt après l'annonce par le Président de la République de son souhait d'engager une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, le Sénat a créé sur ce thème une mission commune d'information, composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances. Son rapport d'étape « Construire le cinquième risque » (rapport n° 447, 2007-2008), publié en juillet 2008, a dressé un panorama complet des enjeux humains, organisationnels et financiers de la construction du cinquième risque et a esquissé de nombreuses pistes de réformes. Au moment où le Gouvernement engage une ultime concertation sur ce chantier essentiel de la fin de la législature, la mission a souhaité actualiser ses analyses et préconisations en prenant en compte les évolutions importantes intervenues au cours des deux dernières années. Le présent rapport fait ainsi le point sur les grands enjeux de la réforme à venir : comment améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans un contexte de vieillissement de la population ? Comment articuler solidarité et prévoyance individuelle pour limiter les restes à charge supportés par les familles tout en tenant compte de la situation très dégradée des finances publiques ? Quelle organisation retenir pour la gouvernance du cinquième risque ? (Résumé des auteurs)

---

## EHPAD

### Home for the aged

---

46080

RAPPORT

NAVES (P.), DAHAN (M.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

#### **Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur.**

Paris : Igas : 2010/09; 100p.  
Cote Irdes : B6975  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000023/0000.pdf>

Par lettre de mission en date du 22 décembre 2009, la ministre de la santé et des sports et la secrétaire d'Etat chargée des aînés ont demandé au chef de l'Inspection générale des affaires sociales de diligenter une mission d'appui et d'évaluation relative à l'expérimentation d'intégration des médicaments dans les forfaits soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pierre Naves, inspecteur général des affaires sociales (IGAS), et Muriel Dahan, conseillère générale des établissements de santé CGES, ont été désignés pour conduire cette mission.

---

## Maladie d'Alzheimer

### Alzheimer disease

---

47016

DIPLOMES, INTERNET

BORNES (C.)  
Université Paris Descartes. Faculté de Médecine. Paris. FRA

#### **La relation patient-médecin-aidant dans la maladie d'Alzheimer. Enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels des patients, et de focus groupe de médecins généralistes et d'aidants.**

Thèse pour le Doctorat en médecine.

Paris : Université Paris Descartes : 2010; 180p., annexes, tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.urps-med-idf.org/iso\\_upload/machaons/bornes.pdf](http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/machaons/bornes.pdf)

La maladie d'Alzheimer entraîne une perte d'autonomie et une dépendance. L'aide qui se met alors en place, souvent familiale, provoque un glissement de la communication avec le médecin, du patient vers l'aidant. Cette thèse étudie cette relation médecin-patient-aidant en nous appuyant sur la recherche qualitative, à partir des focus groups de médecins généralistes, d'aidants et dix entretiens individuels de patients, organisés à Paris. La confrontation des expériences a mis en lumière des difficultés concernant le déroulement de la consultation, la gestion du temps, l'identification et l'évaluation de l'aidant, la gestion des conflits, le respect du secret médical, le droit du patient à l'information et au respect de son consentement. Ainsi, l'amélioration de la prise en charge du patient et de son entourage passe par la résolution de chacune de ces difficultés en tenant compte des réalités de l'exercice quotidien et en replaçant la relation dans son contexte éthique, déontologique et juridique (Résumé d'auteur).

---

## Participation sociale

### Social participation

---

46777

RAPPORT, INTERNET

KIRKWOOD (T.), MCNABB (R.)  
WRVS. Cardiff. GBR

#### **Gold Age Pensioners. Valuing the socio-economic contribution of older people in the UK**

*Mettre en valeur la contribution socio-économique des personnes âgées au Royaume-Uni.*

Cardiff : WRVS : 2011; 3 vol. (29; 27; 22p.)

Cote Irdes : En ligne

<http://www.goldagepensioners.com/Uploads/PDF/main-report.pdf>

<http://www.goldagepensioners.com/Uploads/PDF/economic-model-report.pdf>

WRVS have commissioned SQW (a provider of research, analysis and advice on sustainable economic and social development for public, private and not-for-profit organizations) to analyse and quantify the social and economic costs and contributions that older people make to society in the UK. The purpose of this research report is to provide a complete and balanced assessment of the contribution of older people in the UK. We have also forecasted our findings by twenty years, allowing us to project on costs versus contributions among this age group in 2030.

---

### Politique de la vieillesse Aging policy

---

47081

OUVRAGE

GUILLEMARD (A.M.)

#### ***Les défis du vieillissement. Age, emploi, retraite, perspectives internationales.***

Paris : Armand Colin : 2010; 358p., tabl., graph.  
Cote Irdes : C, A4182

Comment les pays développés font-ils face à l'allongement de la vie conjugué au vieillissement des populations ? En s'appuyant sur les comparaisons internationales des politiques publiques et des pratiques d'entreprises, le livre démontre que le défi posé par le vieillissement n'est pas seulement celui des retraites et de leur financement. Il est aussi celui de l'emploi, particulièrement pour les salariés qui avancent en âge. Plus largement, relever ce défi implique de repenser la manière dont sont répartis des temps de travail, d'inactivité et de formation sur le parcours de vie et dont sont couverts les risques sociaux aux différents âges. (Extrait 4e de couverture)

---

### Soins à domicile Home care

---

47069

DOCUMENT DE TRAVAIL

BALIA (S.), BRAU (R.)

Centre For North South Economic Research.  
(C.R.E.N.O.S.). Cagliari. ITA

#### ***A Country for Old Men? An Analysis of the Determinants of Long-Term Home Care in Europe.***

*Un pays pour les personnes âgées ? Une analyse des déterminants des soins à domicile de longue durée en Europe.*

Working papers ; 2011/04

Cagliari : Crenos : 2011; 38p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cns:cncswp:201104&r=hea>

This paper investigates long-term home care utilisation in Europe. It uses data from SHARE on formal (nursing care or paid domestic help) and informal care (support provided by relatives) to study the probability and the number of hours of both types of care received. It addresses endogeneity and unobservable heterogeneity in a common latent factors framework. It finds that age, disability and proximity-to-death are important joint predictors of home care utilisation. Unlike some previous studies, it finds that increasing the number of hours of informal support does not lead to a reduction in formal care utilisation.

---

Soins de longue durée  
Long-term care

---

45545

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

MENG (A.)

Ruhr-Universität Bochum (R.U.B.).

Department of Economics. Bochum. DEU

***The Impact of Demographic Change,  
Co-Morbidity and European Care  
Policies on the Choice of Care  
arrangement***

*L'impact du changement démographique,  
de la comorbidité et des politiques  
européennes de santé sur le choix des  
dispositions en matière de soins*

Ruhr Economic Papers; 224

Bochum : Ruhr-Universität Bochum : 2010/11; 32p.,  
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1711875](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1711875)

Recent literature on long-term care looks at the substitutability of informal and professional home-based care arrangements. Other factors that influence the utilization of informal care instead of formal care have been ignored in conditional analyses so far. However, regressors that represent demographic change and the development of co-morbidity are of crucial interest to forecast the future choice between different care services. Therefore, this study uses SHARE data from 2004 as they contain rich information on illnesses, health limitations, and health behavior. It estimates bivariate and multivariate probit models to identify the determinants of different care arrangements, namely informal care, professional home-based care, or a combination of both types, as well as living in a nursing home. Unobserved factors that affect all forms of care arrangements simultaneously can be accounted for. Moreover, It uses data on European long-term care expenditure to examine the effects that public spending has on the choice of care arrangements. Simulations of different scenarios of demographic change illustrate that the developments in frailty are decisive for the future care market structure.

46975

RAPPORT

WANLESS (D.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

***Securing Good Care for Older People  
taking a long-term view.***

*Assurer des soins de bonne qualité aux  
personnes âgées en adoptant une vision à  
long terme.*

Londres : King's Fund Institute

2006; 310p., tabl., graph., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/securing\\_good.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/securing_good.html)

More than one million older people (aged 65 and over) use publicly funded social care services in England. In light of criticism and controversy about the funding of these services, The King's Fund commissioned Sir Derek Wanless to undertake a review of social care. The review sought to determine how much should be spent on social care for older people in England over the next 20 years and what funding arrangements need to be in place to ensure that this money is available and will produce high-quality outcomes. This report of their findings will make a significant contribution to the debate on the future of social care.

## Inégalités de santé/Health inequalities

---

### Accès aux soins

#### Affordability of health care

---

46521

RAPPORT

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

#### **L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? Avis.**

Paris : HCAAM : 2011; 24p., graph., ann.

Cote Irdes : B6985

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_avis\\_270111.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_270111.pdf)

[http://www.securitesociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_annexe\\_270111.pdf](http://www.securitesociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_annexe_270111.pdf)

L'objectif futur du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est de proposer un ensemble d'indicateurs d'évaluation de l'assurance maladie, sous la forme d'un « tableau de bord » qui ne se limite pas aux seuls aspects financiers, mais englobe aussi les dimensions du recours efficient au système de soins ; qui renforce les analyses et les comparaisons, notamment avec les systèmes étrangers de protection sociale ; qui contribue à la qualité du débat public, en vue des **nécessaires adaptations du système d'assurance maladie** au regard du respect de ses objectifs fondamentaux. Le suivi de ces indicateurs servira de base aux considérations des « rapports annuels » du HCAAM. La **première étape a porté sur l'accessibilité financière des soins « pour tous »**. Cet avis présente donc le premier volet de ce tableau de bord, soit un ensemble restreint d'indicateurs qui permettront de suivre cet objectif **fondamental, selon trois angles d'approche** : - la solidarité entre bien portants et malades, au regard du coût de la maladie et quels que soient les revenus du malade ; - la garantie **d'accessibilité financière pour les revenus les plus faibles** ; - **le financement de l'accès optimal au système de soins**.

---

### Discrimination

#### Discrimination

---

46971

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

LORDAN (G.), JOHNSTON (D.)  
University of Queensland. School of  
Economics. Brisbane Queensland. AUS

#### **Discrimination makes me Sick ! Establishing a relationship between discrimination and health**

*La discrimination me rend malade !*

*Etablissement d'un lien entre discrimination  
et santé.*

Brisbane : University of Queensland : 2011; 33p.,  
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.uq.edu.au/economics/abstract/421.pdf>

The attitudes of the general British population towards Muslims changed post 2001, and this change led to a significant increase in Anti-Muslim discrimination. We use this exogenous attitude change to estimate the causal impact of increased discrimination on a range of objective and subjective health outcomes. The difference-in-differences estimates indicate that discrimination worsens blood pressure, cholesterol, BMI, self-assessed general health, and some dimensions of mental health. Thus, discrimination is a potentially important determinant of the large racial and ethnic health gaps observed in many countries. We also investigate the pathways through which discrimination impacts upon health, and find that discrimination has a negative effect on employment, perceived social support, and health-producing behaviours. Crucially, our results hold for different control groups and model specifications.

46969

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

**Testing for the Role of Prejudice  
in Emergency Departments Using  
Bounceback Rates**

*Test utilisant les taux de retour pour  
l'évaluation des préjugés dans les services  
d'urgence.*

NBER Working Paper Series ; n° 16888  
Cambridge : NBER : 2011/03; 38p.,fig., tabl.  
Cote Irdes : c, En ligne  
<http://www.nber.org/papers/w16888>

this study propose and empirically implement a test for the presence of racial prejudice among emergency department (ED) physicians based on the bounceback rates of the patients who were discharged after receiving diagnostic tests during their initial ED visits. A bounceback is defined as a return to the ED within 72 hours of being initially discharged. Based on a plausible model of physician behavior, It shows that differential bounceback rates across patients of different racial groups who are discharged after receiving diagnostic tests from their ED visits are informative of the racial prejudice of the physicians. Applying the test to administrative data of ED visits from California and New Jersey, it does not find evidence of prejudice against black and Hispanic patients. Our finding suggests that, at least in the emergency department setting, taste based discrimination does not play an important role in the racial disparities in health care.

---

**Inégalités sociales de santé**  
**Social health inequalities**

---

47052

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

PONTHIERE (G.)  
Paris School of Economics (P.S.E.). Paris. FRA

**Unequal longevity and lifestyles  
transmission**

**Inégalités en matière de longévité et  
transmission des modes de vie entre  
générations.**

Working Paper; 2008-68  
SI : halshs archives ouvertes : 2011/01; 29p.  
Cote Irdes : C, En ligne  
<http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/58/60/10/P/DF/wp200868.pdf>

Whereas studies on the optimal taxation under endogenous longevity assume a fixed heterogeneity of lifestyles, this paper considers the optimal tax policy in an economy where unequal longevity are the unintended outcome of differences in lifestyles, and where lifestyles are transmitted across generations. For that purpose, we develop a three-period OLG model where the population, who ignores the negative impact of excessive work on longevity, is partitioned in two groups with different tastes for leisure, and follows an adaptation/imitation process à la Bisin and Verdier (2001). The optimal short-run and long-run Pigouvian taxes on wages are shown to differ, because the latter correct agents' myopia, but also internalize inter-generational externalities due to the socialization process.

46780

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

TCHICAYA (A.), DEMAREST (S.), LORENTZ (N.)

Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques. (C.E.P.S.). Differdange. LUX

**Comparaison internationale des iné-  
galités sociales de santé en Europe :  
Cas du Luxembourg avec 23 autres  
pays.**

Working Paper No 2011-23  
Differdange : CEPS : 2011/02; 18p., fig., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/working-papers-CEPS/2011/23-2011.pdf>

Ce texte porte sur la mesure et la comparaison des inégalités de santé liées au niveau d'éducation au Luxembourg et dans 23 autres pays européens. Les données proviennent des enquêtes/EU-SILC réalisées sous l'égide d'Eurostat en 2007 dans l'Union Européenne,

**l'Islande et la Norvège. Elles concernent les personnes âgées de 16 ans et plus dans les ménages privés. Les principales procédures mathématiques utilisées sont la modélisation linéaire généralisée et les techniques de standardisation par âge et par sexe afin de faciliter les comparaisons dans le temps et dans l'espace. Les résultats montrent l'existence d'inégalités sociales de santé, tant chez les hommes que chez les femmes dans tous les pays. Le Luxembourg occupe une position intermédiaire par rapport à ses pays voisins, une bonne position par rapport aux pays scandinaves et une moins bonne position par rapport aux pays de l'ancienne Europe de l'Est. Globalement, les inégalités sociales de santé paraissent plus élevées dans des pays où les taux de prévalence d'une moins bonne santé sont parmi les plus faibles.**

46774

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

MAKDISSI (P.), YAZBECK (M.), COLFEBOEUF (H.)

Université de Laval. Centre Interuniversitaire sur le Risque - les Politiques Economiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.). Québec. QC. CAN

### ***A Fuzzy Approach to the Measurement of Leakages for North American Health Systems.***

*Une approche "floue" pour mesurer le non accès aux soins dans les systèmes de santé nord-américains.*

CIRPEE Working Paper 11-07

Laval : CIRPEE

2011/02; 25p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers\\_2011/CIRPEE11-07.pdf](http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers_2011/CIRPEE11-07.pdf)

This paper uses a fuzzy-fuzzy stochastic dominance approach to compare patients' leakages in the Canadian and the U.S. health care systems. Leakages are defined in terms of individuals who are in bad health and could not have access to health care when needed. To carry his comparison we rely on the assumption that Canada is a strong counterfactual for the U.S. We first develop a class of fuzzy leakages indices and incorporate them in a stochastic dominance framework to

derive the dominance criterion. We then use the derived criterion to perform inter-country comparisons on the global level. To provide more insight, we decompose the analysis with respect to gender, ethnicity, income and education. Intra-country comparisons reveal the presence of income based leakage inequalities in both countries yet, gender, ethnic and education based disparities appear to be present in the U.S. only. As for inter-country comparisons, results are in general consistent with the hypothesis that leakages are less important under the Canadian health care system.

46667

OUVRAGE

POTVIN (L.) / dir., MOQUET (M.J.) / dir., JONES (C.M.) / dir.

### ***Comment réduire les inégalités sociales de santé ?***

Dossiers Santé en action.

Saint-Denis : INPES : 2010; 379p.

Cote Irdes : A4160

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Tous les indicateurs soulignent que les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays les plus favorisés comme ceux d'Europe occidentale dont la France. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), depuis sa création, s'est fortement impliqué dans cette thématique qui est l'un des piliers de toute stratégie de promotion de la santé, de tout programme de prévention ou d'éducation pour la santé. Car prévention, promotion et éducation pour la santé doivent profiter à tous pour des raisons évidentes d'équité. Or, dans la pratique, ce sont les classes les plus favorisées qui en tirent les plus grands bénéfices. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, cet ouvrage a été élaboré par un comité éditorial associant très largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). L'objectif est de mettre à disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement

validées et les pratiques évaluées dont **pourront s'inspirer les porteurs de projets**. Cet ouvrage ne contient pas de réponse normalisée et n'a pas la prétention d'apporter des solutions incontestables et définitives ; il se veut plus modestement un guide d'aide à l'action en rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités (D'après la 4e de couverture).

46649

RAPPORT, INTERNET

OSTLIN (P.), SCHRECKER (T.), SADANA (R.) et al.

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

***Priorities for research on equity and health: Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward.***

*Priorité en matière de recherche sur l'équité et la santé : conséquences sur les choix des priorités au niveau mondial et national et le rôle de l'OMS pour l'établissement d'un programme de recherche prospectif sur ce thème.*

Genève : OMS : 41p., fig.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.who.int/social\\_determinants/publications/measurementandevideance/finalreportnovember2010.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/measurementandevideance/finalreportnovember2010.pdf)

This recent paper aims to stimulate further thinking, debate and refinement of strategic approaches focusing WHO support and collaborations to advance global research on equity and health. It sets forth broad parameters for a global research agenda on equity and health, taking stock of contemporary efforts, stakeholder discussions, relevance to Member States and expected innovations. Recommend an agenda for research in the following four distinct but interrelated areas: global factors and processes that affect health equity; structures and processes that differentially affect people's chances to be healthy within a given society; health system factors that affect health equity;

and policy interventions to reduce health inequity, that is how to influence effectively, for example by identifying policy and programmed interventions with the potential to reduce inequities in the determinants of health and health services and opportunities to transfer the findings of research to potential users with maximum effectiveness. In each of these areas, much is already known, but much remains to be understood. The discussion that follows provides a brief overview of the research agenda and identifies several examples of priority research questions, in general terms. The lists of research questions are far from exhaustive, although we are confident that we have identified many of the most important ones.

46593

DOSSIER DOCUMENTAIRE, INTERNET

SAFON (M.O.), SUHARD (V.)

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

***Bibliographie sur les inégalités sociales de santé.***

Paris : IRDES : 2011; 142p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/InegalitesSocialesSante.pdf>

Ce dossier bibliographique recense, d'une manière non exhaustive, les travaux concernant la problématique des inégalités de santé sous quatre aspects : concepts et méthodes de la construction des inégalités de santé, ses déterminants, les inégalités d'accès aux soins et les évaluations des politiques publiques en matière de lutte contre les inégalités de santé. Ce dossier contient également une liste de sources (site internet, revues spécialisées, listes de diffusion) qui s'intéressent à cette problématique.



46573

DOCUMENT DE TRAVAIL

CURRIE (J.)

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

***Inequality at Birth: Some Causes and Consequences***

*Inégalité à la naissance : des causes et des conséquences.*

NBER Working Paper Series ; n° 16798

Cambridge : NBER : 2011/02; 42p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w16798>

Recent research shows that health at birth is affected by many factors, including maternal education, behaviors, and participation in social programs. In turn, endowments at birth are predictive of adult outcomes, and of the outcomes of future generations. Exposure to environmental pollution is one potential determinant of health at birth that has received increasing attention. A large literature outside of economics advocates for “Environmental Justice,” and argues that poor and minority families are disproportionately exposed to environmental hazards. I provide new evidence on this question, showing that children born to less educated and minority mothers are more likely to be exposed to pollution in utero and that white, college educated mothers are particularly responsive to changes in environmental amenities. I estimate that differences in exposure to toxic releases may explain 6% of the gap in incidence of low birth weight between infants of white college educated mothers and infants of black high school dropout mothers.

---

**Justice sociale**  
**Social justice**

---

47019

OUVRAGE

FRASER (N.)

***Qu'est-ce que la justice sociale ?  
Reconnaissance et redistribution.***

La Découverte poche.

Paris : Editions de la découverte : 2011; 179p.

Cote Irdes :

La reconnaissance est aujourd'hui un concept central du débat politique. Mais dans quelle mesure peut-elle s'intégrer à une réflexion normative sur la justice sociale ? C'est à cette question que répond la philosophe américaine Nancy Fraser, qui établit une distinction entre ce qu'elle appelle une politique de reconnaissance et une politique de redistribution. La première insiste sur l'égal respect dû à tous les membres d'une société, la seconde sur une redistribution équitable des biens et des ressources. Pour l'auteur, les conflits entre ces deux orientations sont politiquement paralysants et théoriquement insatisfaisants. En affirmant qu'une démocratie radicale consiste à reconnaître le caractère multi-culturel et sexué des sociétés modernes, sans figer les identités des différents groupes ni renoncer à l'engagement historique de la gauche en faveur de l'égalité économique et sociale, elle vise à la réconciliation de la gauche culturelle et de la gauche sociale. Pour cette raison, cet ouvrage de philosophie politique est, à bien des égards, un livre politique (4e de couverture).

---

**Migrants**  
**Migrants**

---

47022

RAPPORT, INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau régional de l'Europe. Copenhague. INT,  
World Health Organization. (W.H.O.).  
Regional Office for Europe. Copenhagen. INT.

***How health systems can address  
inequities linked to migration and  
ethnicity.***

*Comment les systèmes de santé abordent-ils  
les inégalités liées à l'immigration et  
l'ethnicité.*

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe :  
2010; 44p., fig., annexes  
Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf)

There are about 75 million migrants in the WHO European Region, amounting to 8.4% of the total population and 39% of all migrants worldwide. Figures for ethnic minorities are not available, because there is little consensus on definitions, but the largest of these groups is probably the Roma, with an estimated population of 12-15 million. There is substantial evidence of inequities in both the state of health of these groups and the accessibility and quality of health services available to them. Differences from the majority population vary, however, according to the specific group studied, the health problems or services involved, and the country concerned. Some groups may in certain respects enjoy health advantages, but it is mainly disadvantages that are documented. This briefing describes how, to tackle such health inequities, health systems must not only improve the services available to migrants and ethnic minorities, but also address the social determinants of health across many sectors.

---

## Milieu urbain Urban area

---

46132  
RAPPORT, INTERNET

Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA

### **Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2010.**

Paris : La documentation Française : 2010/12; 321p.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000683/>

L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) a été créé par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003. Son objectif est de « mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des zones

urbaines sensibles [...], de mesurer les moyens spécifiques mis en oeuvre et d'en évaluer les effets par rapport aux objectifs [de la loi du 1er août 2003] ». Dans son rapport annuel, l'Observatoire commente les indicateurs prévus par la loi (emploi, entreprises, revenus des habitants, habitat, équipements, santé, établissements et réussite scolaires, sécurité et tranquillité publiques).

---

## Non recours Non take-up

---

46694  
RAPPORT, INTERNET

Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (C.P.A.M.). Hauts de Seine. FRA

### **Le recours aux soins des bénéficiaires des Hauts-de-Seine : soins de ville et soins hospitaliers consommés en 2009.**

Hauts-de-Seine : CPAM  
2010/12; 8p., tabl., graph., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.annuaire-secu.com/pdf/consommation-soins-sante-2009-cpam92.pdf>

Ce document a pour objectif de décrire le recours aux soins de ville et hospitaliers des bénéficiaires de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine selon leur commune de résidence. Cette typologie est réalisée à partir des caractéristiques socio-démographiques des communes et des données de consommation de soins des Alto-Sequanais affiliés au régime général stricto sensu.

46480

RAPPORT, INTERNET

JULIEN (E.), LOURY (I.), TESSIER (E.) et al. Caisse Primaire d'Assurance Maladie.(C.P.A.M.). Digne. FRA, Observatoire Des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA

***Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS. Premiers résultats d'une étude menée dans les Alpes de Haute-Provence. Rapport intermédiaire***

Marseille : ORS PACA : 2010; 44p., annexes  
Cote Irdes : C, en ligne

Ce Rapport intermédiaire présente les premiers résultats de l'étude menée conjointement par la CPAM des Alpes de Haute-Provence et l'Odenore dans le but d'examiner et de tester les possibilités de réduire, à l'échelle du département, les phénomènes de non-recours à une complémentaire santé gratuite (Couverture maladie universelle Complémentaire – CMU-C) ou à une complémentaire santé aidée (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé – ACS – Légale ou locale). Deux objectifs ont été mis en oeuvre depuis la signature de la convention de collaboration scientifique, à laquelle le Fonds CMU s'est joint. Le premier objectif consiste à identifier la situation des 3915 assurés sociaux allocataires à la CAF de l'AAH, de l'API ou de l'ALS en 2009, après examen de leur éligibilité à la CMU-C ou à l'ACS. Il cherche à répartir la population initiale en 5 sous-populations : les allocataires qui ont répondu au courrier et obtenu un accord pour la CMU-C, ceux qui ont répondu et obtenu un accord pour l'ACS Légale, ceux qui ont répondu et obtenu un accord pour l'ACS locale, ceux qui ont répondu mais qui n'ont pu avoir ni la CMU-C ni l'ACS, leurs ressources étant trop élevées, ceux qui n'ont pas répondu au courrier. Il s'agit de mesurer les effets d'une action d'information en termes d'accès à une complémentaire santé gratuite ou aidée. Il permet ainsi de percevoir l'efficacité de l'action de repérage et de traitement (par information des groupes ciblés et examen des situations individuelles) initiée par la CPAM. Le second objectif vise à caractériser les répondants et les non répondants, à analyser leurs perceptions

quant à la campagne d'information par courriers de la CPAM, et à comprendre leurs situations actuelles en matière de complémentaire santé. Le premier objectif donne lieu à une étude statistique et cartographique de données produites par la CPAM ; le second demande la réalisation d'enquêtes par questionnaires postaux.

45543

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CHAUVEAUD (C.), RODE (A.), WARIN (P.) Observatoire Des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA

***Le non recours aux soins des actifs précaires.***

Working Paper; 2

Grenoble : ODENORE : 2010/06; 7p.

Cote Irdes : En ligne

[http://odenore.msh-alpes.fr/documents/Odenore\\_WP2\\_1.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/Odenore_WP2_1.pdf)

Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées par le non-recours aux soins. Elles le sont toutefois dans des proportions variables : les actifs précaires se trouvent en moyenne deux fois plus souvent dans cette situation. Surtout, le non-recours aux soins est fortement associé à des caractéristiques sociales sans rapport direct avec les situations professionnelles, mais qui sont communes aux précaires et non précaires : en particulier, les supports relationnels des individus et leur responsabilité vis-à-vis d'autrui. Pareille observation questionne sur les réponses à apporter, qui ne peuvent pas être uniquement matérielles, même si des raisons financières font effectivement obstacle. Les résultats statistiques suivants sont issus d'une analyse des données du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie). Ils portent sur une population de 1 137 991 personnes. Le Cetaf regroupe les données socioéconomiques et de santé obtenues auprès de plus de 600 000 personnes qui, chaque année, effectuent un examen de santé. Le non-recours aux soins est appréhendé à partir de trois variables renseignées dans les questionnaires médico-

sociaux remplis systématiquement par les **consultants des centres d'examens de santé** : aucune consultation médicale (généraliste, spécialiste) au cours des deux ans ; aucune consultation dentaire au cours des deux ans ; **l'absence de suivi gynécologique régulier**, une fois par an (Tiré de l'introduction) .

45540

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

REVIL (H.)

Observatoire Des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA

### ***Le non recours à la protection complémentaire santé gratuite ou aidée.***

Working Paper; 5

Grenoble : ODENORE : 2010/06: 7p.

Cote Irdes : En ligne

[http://odenore.msh-alpes.fr/documents/Odenore\\_WP5\\_1.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/Odenore_WP5_1.pdf)

Ce document de travail revient sur l'ensemble des résultats issus des quatre années de **recherche menée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)** sur le phénomène de non-recours à la CMU-C et à l'ACS. **L'objectif est ici de faire le point sur les informations quantitatives et qualitatives produites depuis 2006 par l'Observatoire avec ses partenaires institutionnels et associatifs** (D'après l'introduction).

45537

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

WARIN (P.)

Observatoire Des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA

### ***Le non recours : définition et typologie.***

Working Paper; 1

Grenoble : ODENORE : 2010/06: 7p.

Cote Irdes : En ligne

[http://odenore.mshalpes.fr/documents/WP1definition\\_n\\_typologies\\_non\\_recours.pdf](http://odenore.mshalpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf)

À l'origine, l'étude du non-recours porte expressément sur les prestations sociales financières. **C'est pourquoi la définition initiale renvoie le non-recours à toute personne éligible à une prestation sociale [financière], qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas.** Au Royaume-Uni où l'on parle de non take-up

of social benefits, la question est apparue dans les années 1930. Son émergence a clairement **correspondu au besoin politique d'évaluer la bonne affectation de ces prestations**, en particulier celles ciblées sur des populations particulières (means-testing benefits). Même si **l'introduction du thème du non-recours a des origines différentes dans d'autres pays**, partout la question du non-recours a servi à rendre plus explicite et davantage opérationnelle la **préoccupation gestionnaire de l'effectivité de l'offre de prestations financières (impacts prévus/impacts réels)**. **D'une façon générale, la prise en compte de cette question est liée au besoin récurrent de savoir si l'offre atteint bien les populations à qui elle est destinée.** Cette **histoire délimite fortement l'objet du non-recours**. Pourtant, il est possible et nécessaire de procéder à son élargissement. Après avoir justifié cette extension, ce document de travail de présente plusieurs typologies du non recours dans le but de faciliter son étude. Il apporte également des premières indications sur les enjeux du phénomène, en **signalant quelques questions posées par l'une de ses formes**: la non demande (D'après l'introduction).

---

## **Pauvreté** *Poverty*

---

42553

RAPPORT

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

### ***Rapport au Parlement - Suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en 5 ans.***

Paris : La Documentation Française : 2009/10: 53p., tabl.

Cote Irdes : B7006

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000506/0000.pdf>

Le 17 octobre 2007, à l'occasion du vingtième anniversaire de la journée mondiale du refus de la misère, le Président de la République avait annoncé un objectif de réduction de la pauvreté d'un tiers en cinq ans. La loi du 1er

décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion transcrit dans la loi cet engagement et prévoit la transmission au Parlement, chaque année, d'un rapport sur les conditions de réalisation de cet objectif. La première partie du rapport a pour objectif de décrire l'évolution de la pauvreté au cours de la période récente (depuis 2000) : présentation d'un tableau de bord de suivi de l'objectif de réduction de la pauvreté, d'une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur l'évolution de la pauvreté monétaire entre 2007 et 2009, mise en place d'un système de veille sur les phénomènes de pauvreté et d'exclusion sociale, présentation des indicateurs et objectifs quantifiés de pauvreté au niveau européen. La seconde partie revient sur les différentes mesures prises par le Gouvernement pour lutter contre la pauvreté et favoriser l'insertion sociale. Un chapitre est spécifiquement consacré au RSA, dispositif expérimenté en 2008 et généralisé au 1er juin 2009.

## Géographie de la santé/Geography of health

---

### Agences régionales de santé Regional health agencies

---

46987

RAPPORT

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

#### **Les ARS, un an après.**

Paris : MSSPS : 2011/03; 48p.

Cote Irdes : B7020

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000169/0000.pdf>

Les 26 Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées le 1er avril 2010 par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Le rapport revient notamment sur le bilan de l'année écoulée et les enjeux pour 2011-2012.

---

### Arrêts de travail Sickness absence

---

46673

DOCUMENT DE TRAVAIL

BEN HALIMA (M.A.), DEBRAND (T.),  
REGAERT (C.)

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

#### **Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales.**

Document de travail Irdes ; 39

Paris : Irdes : 2011/02; 25p., 6 tabl.

Cote Irdes : DT39

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT39ArretsMaladieComprendreDisparitesDepartement.pdf>

Les disparités départementales d'arrêts maladie sont ici appréhendées à partir de la base de données Hygie. Cette base, fusionnant différents fichiers administratifs de salariés du secteur privé en France en 2005, permet de

prendre en considération : les relations « employeurs/employés », l'impact des caractéristiques des entreprises sur la santé de leurs employés et aussi les interactions entre la santé et le travail. L'analyse empirique présentée dans ce document est menée en trois temps : une analyse descriptive pour mettre en évidence les différences interdépartementales, une analyse multi-variée pour mettre en avant les facteurs explicatifs de la probabilité d'être en arrêt maladie et enfin une analyse des déterminants des différences entre les départements. Ce sont les variables décrivant l'offre médicale (densité d'omnipraticiens), les contrôles de l'Assurance maladie et l'âge d'entrée sur le marché du travail qui permettent le plus d'expliquer les disparités interdépartementales en matière d'arrêts maladie (Résumé d'auteur).

---

### Diagnostic local Local diagnostic

---

45573

RAPPORT

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

#### **Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé.**

Paris : FNORS : 2010; 16p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.fnors.org/uploadedFiles/pagedaccueil/Fnors\\_guideDLS\\_2010.pdf](http://www.fnors.org/uploadedFiles/pagedaccueil/Fnors_guideDLS_2010.pdf)

Ce guide de recommandations à l'usage des maîtres d'ouvrage de diagnostics locaux de santé, effectué à partir d'une analyse critique des diagnostics locaux de santé (DLS) réalisés par les ORS entre janvier 2000 et juillet 2009 (plus de 120 démarches analysées), a pour objectif général de faciliter et d'optimiser les démarches de DLS. Il précise à

cet effet les éléments devant entrer dans le **cahier des charges du maître d'ouvrage**, compte tenu de la diversité des objectifs et **périmètres possibles des DLS et de l'inscription** souhaitable de la démarche de diagnostics dans une démarche locale de projet de santé (ou de projet territorial multidimensionnel intégrant un volet santé). Ce guide définit également les contraintes, limites, et éléments facilitateurs de réalisation, de même que les implications pour le maître d'ouvrage. **Il identifie un certain nombre d'éléments** - points de vigilance et facteurs de réussite - à prendre en compte dès la phase de préparation d'un diagnostic.

---

### Disparités régionales Regional disparities

---

47056  
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
GOBILLON (L.), MILCENT (C.)  
Paris School of Economics (P.S.E.). Paris. FRA

#### **Disparités régionales en matière de mortalité par crise cardiaque : evidence en France.**

*Regional disparities in mortality by heart attack: evidence from France*

Working Paper; 2008-12  
SI : halshs archives ouvertes : 2011; 41p., tabl., fig., cartes  
Cote Irdes : C, En ligne  
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/68/37/PDF/wp200812.pdf>

This paper studies the determinants of the regional disparities in the mortality of patients treated in a hospital for a heart attack in France. These determinants can be some differences in patient characteristics, treatments, hospital characteristics, and local healthcare market structure. We assess their importance with an exhaustive administrative dataset over the 1998-2003 period using a stratified duration model. The raw disparities in the propensity to die within 15 days between the extreme regions reaches 80%. It decreases to 47% after controlling for the patient characteristics and their treatments. In fact, a

variance analysis shows that innovative treatments play an important role. Remaining regional disparities are significantly related to the local healthcare market structure. The more patients are locally concentrated in a few large hospitals rather than many small ones, the lower the mortality.

---

### Distances d'accès Distances

---

46496  
RAPPORT  
GLAZIER (R.H.), GOZDYRA (P.), YERITSYAN (M.)  
Institute for Clinical Evaluative Sciences.  
(I.C.E.S.). Toronto ON. CAN

#### **Geographic Access to Primary Care and Hospital Services for Rural and Northern Communities: Report to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.**

*Accessibilité spatiale aux soins primaires et aux services hospitaliers dans les collectivités rurales et du Nord. Rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.*

Toronto : ICES : 2011/01; 26p., tabl., carte  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.ices.on.ca/file/Geographic\\_Access\\_to\\_Care\\_Eng.pdf](http://www.ices.on.ca/file/Geographic_Access_to_Care_Eng.pdf)

Quel est l'accès géographique aux soins en voiture dans les régions rurales et du Nord de l'Ontario? L'étude a ciblé des fournisseurs de soins primaires, des services des urgences, des hôpitaux avec des lits de soins obstétricaux et des hôpitaux offrant des services très spécialisés. Des temps de parcours de 30, 60 et 240 minutes en voiture, selon les limites de vitesse prescrites, ont été calculés vers ces établissements à partir de collectivités ontariennes comptant 30 000 résidents et moins. Les résultats montrent que les soins primaires et les soins d'urgence sont très accessibles aux collectivités ontariennes de 30 000 personnes et moins. Les résultats de cette étude fourniront aux décideurs des

renseignements utiles sur l'accès aux soins et pourront être utilisés par le gouvernement pour appuyer les futures décisions relatives aux politiques.

47029

DOSSIER DOCUMENTAIRE , INTERNET

EVAIN (F.)

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

### ***A quelle distance se fait-on hospitaliser ?***

Paris : DREES : 2011/04; 15p., tabl., graph. fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-distance.pdf>

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) a renforcé le besoin de connaissances sur l'accessibilité aux différents services de santé. L'accessibilité aux services de santé recouvre plusieurs notions : l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'accessibilité temporelle une fois prises en compte les files d'attente.

---

## **Ile-de-France**

### ***Ile-de-France***

---

45574

RAPPORT

Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France. (M.I.P.E.S.). Paris. FRA, Institut d'Aménagement et d'Urbanisme Ile-de-France. (I.A.U.). Paris. FRA

### ***L'Indice de Santé Sociale d' Ile-de-France 2010.***

Paris : MIPES : 2010; 58p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.mipes.org/IMG/pdf/Rapport\\_ISSR\\_2010-2.pdf](http://www.mipes.org/IMG/pdf/Rapport_ISSR_2010-2.pdf)

Poursuivant la recherche d'indicateurs qui puissent caractériser la « dimension humaine » dans le développement d'un territoire, la Mipes (Conseil Régional Ile-de-France) et l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-

France présentent un nouvel Indice de Santé Sociale Régional (ISSR). Issu d'un travail commun avec des partenaires institutionnels et associatifs de la Mipes, l'indice de santé sociale régional (ISSR) se veut un indicateur d'alerte des dysfonctionnements sociaux en Ile-de-France. Il ne se limite pas à la seule pauvreté monétaire, mais réunit en un indice unique, un faisceau d'indicateurs sociaux témoignant de difficultés dans différents domaines de vie. L'ISSR 2010 mesure l'évolution de la santé sociale francilienne sur la période de 1997-2007, couvre sept thématiques (santé, logement, scolarité, emploi, revenus et minima sociaux, disparités territoriales, surendettement) et agrège douze variables.

46129

NOTE, INTERNET

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. (A.R.S.). Paris. FRA

### ***Éléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé.***

Paris : ARS Ile de France : 2011; 12p.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.sante-iledefrance.fr/elements-de-diagnostic-de-l%E2%80%99etat-de-sante-en-ile-de-france>

L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France est chargée de définir et de mettre en oeuvre la politique de santé de la région. Le Plan stratégique régional de santé est le lieu de la définition de cette politique. Les textes réglementaires requièrent que l'élaboration de la stratégie de l'ARS au service de la santé des Franciliens soit définie sur la base d'un diagnostic circonstancié qui concerne d'abord la santé des populations ; le décret du 18 mai 2010 sur le Projet régional de santé établit que ce diagnostic doit reposer sur une analyse descriptive et prospective de l'état de santé de la population régionale et de ses besoins, portant une attention toute particulière aux inégalités sociales et territoriales. Au regard des termes du décret du 18 mai 2010, l'objet de ce diagnostic à portée stratégique est de faire émerger les enjeux sur lesquels l'ARS prévoit de cibler



particulièrement ses efforts en raison de leur importance particulière pour les Franciliens. **Ce travail de priorisation s'appuie sur des analyses détaillées proposées dans les deux états des lieux fournis en annexe, l'un sur l'état de santé de la population francilienne, l'autre sur les inégalités sociales et territoriales de santé.**

46130

NOTE, INTERNET

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.  
(A.R.S.). Paris. FRA

***Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien.***

Paris : ARS Ile de France : 2011; 24p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante-iledefrance.fr/elements-de-diagnostic-de-l%E2%80%99etat-de-sante-en-ile-de-france>

La présente note constitue la contribution du groupe de travail de l'ARS Ile-de-France au diagnostic régional des besoins de santé du Plan stratégique régional de santé. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est l'un des trois axes arrêtés par le COMEX pour structurer la stratégie de l'ARS dans la plan stratégique national de santé du PRS.

---

**Milieu urbain**  
**Urban area**

---

45557

RAPPORT, INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Centre for Health Development. Kobe. JAP.,  
United Nations Human Settlements  
Programme (UN-HABITAT). Nairobi. KEN

***Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings.***

***La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités de santé en milieu urbain.***

Genève : OMS : 2010; 126p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.hiddencities.org/downloads/WHO\\_UN-HABITAT\\_Hidden\\_Cities\\_Web.pdf](http://www.hiddencities.org/downloads/WHO_UN-HABITAT_Hidden_Cities_Web.pdf)

Ce rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Programme des Nations unies pour les établissements humains (ONU-Habitat),, montre que certains habitants des villes sont particulièrement exposés à une multitude de maladies et de problèmes de santé. Ce rapport propose des informations et des outils dont les pouvoirs publics et les responsables locaux peuvent se servir pour lutter contre les **inégalités en santé dans leur ville. Il n'a pas** pour objectif de comparer les inégalités en santé entre populations rurales et citadines. De fait, étant différentes de par leur ampleur et leur distribution, les inégalités en santé dans les zones urbaines appellent des actions spécifiques. Ce rapport montre pour la première fois en quoi la mauvaise santé est liée à la pauvreté en milieu urbain, et pas uniquement parmi les populations les plus démunies. Il est fondé sur une analyse nouvelle qui va au-delà des simples moyennes ou des informations habituelles concernant les villes et identifie les zones où la population est en mauvaise santé et connaît des difficultés **d'ordre social, qui ne sont pas d'ordinaire** connues. Les efforts déployés par le passé se concentraient surtout sur les moyennes et les différences entre les villes. La nouvelle approche associe les données démographiques disponibles à une analyse novatrice et perce la réalité des villes, au-delà des simples moyennes.

---

## Programmes régionaux de santé Health regional programs

---

46110

RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Direction Générale de l'Offre de Soins.  
(D.G.O.S.). Paris. FRA

### **Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS.**

Paris : DGOS : 2010 ; 94p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.uriopss-midipyrenees.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/L\\_decembre\\_2010//58747\\_Guide\\_concertation\\_V1\\_SROS.pdf](http://www.uriopss-midipyrenees.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/L_decembre_2010//58747_Guide_concertation_V1_SROS.pdf)

Le schéma régional d'organisation des soins instauré par la loi HPST comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration à l'intérieur du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. Par ailleurs, son élaboration sera marquée par l'évolution du contexte macro-économique et impactera inévitablement la structuration de l'offre de soins hospitalière. Le SROS constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé. Les modalités d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire en ce qu'elles sont basées sur la concertation avec les professionnels de santé. En revanche, les modalités de consultation instaurées par la loi HPST sont élargies du fait de l'inclusion du SROS dans le projet régional de santé et de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le SROS doit donc être élaborée en cohérence voire même dans le cadre d'une approche intégrée avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et l'organisation médico-sociale. Le présent guide, notamment dans son chapitre premier, apporte des éléments permettant une approche

intégrée entre ces trois champs, dans l'objectif d'améliorer le parcours de vie et de soins des personnes. L'élaboration de la partie relative à l'offre de soins ambulatoire constitue un exercice nouveau : le présent guide fournit les éléments fondamentaux pour entreprendre la démarche et fonde son pilotage sur trois principes d'action. Tout d'abord la construction du projet doit nécessairement être en lien et en concertation avec les acteurs de terrain : la dynamique de construction du projet est un élément déterminant de sa mise en œuvre. Le volet ambulatoire du SROS ayant une valeur essentiellement indicative, conformément aux termes de la loi, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain. Ensuite l'approche pragmatique doit être privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins. Enfin, le champ de compétence du volet ambulatoire est large et dans le cadre de ce premier exercice, il semble opportun de cibler les priorités d'action sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour l'offre de soins de premier recours. L'enjeu des SROS consiste à améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population, avec pour « fil conducteur » l'accroissement de l'efficacité des modes de prises en charge pour une meilleure qualité de soins dans le respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prises en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des plateaux techniques et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète. A cette fin, le présent guide formule des recommandations sur les principaux enjeux de structuration de l'offre de soins (cf. partie 1) et donne des éléments de cadrage nationaux synthétiques pour chaque activité de soins, en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de qualité/ sécurité des soins et d'efficacité (cf. partie 3). La priorité, lors de l'élaboration

de la partie hospitalière, doit être la maîtrise du volume d'activité des établissements. A cet effet, deux moyens vont être mis en place pour conférer au SROS-PRS toute sa portée de **régulation de l'activité** : le chiffrage a priori des SROS et la **mise en place d'un dialogue national** sur la construction des Objectifs **quantifiés de l'offre de soins (OQOS)** en volume.

47067

RAPPORT, INTERNET

CLAPIER (P.), PENNOGNON (L.)  
Observatoire Régional de la Santé de Bretagne.  
(O.R.S.B.). Rennes. FRA, Agence Régionale de  
Santé. De Bretagne (A.R.S.). Rennes. FRA

**Étude de faisabilité d'un dispositif  
d'observation de la santé sur la ville  
de Rennes et le pays de Saint-Malo.**

Rennes : ORSB : 2011 ; 105p.

Cote Irdes : En ligne

[http://orsbretagne.createsend1.com/t/r/!jltitkl/tutkdh  
dl/j/](http://orsbretagne.createsend1.com/t/r/!jltitkl/tutkdh<br/>dl/j/)

Depuis plus de 5 ans, la convergence d'une dynamique régionale de santé publique et de volontés fortes de collectivités territoriales sur le département d'Ille-et-Vilaine, a permis la formalisation d'actions et de programmes de santé locaux élaborés et notamment mis en œuvre dans le cadre du dispositif d'animation territoriale de santé à partir d'analyses initiales des besoins de santé locaux. Afin de parvenir à la mise en place de dispositifs pérennes d'observation de la santé, la Ville de Rennes et le Pays de Saint-Malo, soutenus pour cette étude par l'Agence régionale de santé de Bretagne, ont formulé le souhait de recourir à une démarche prospective de faisabilité relative aux possibilités d'observation et d'analyse des données de santé.

---

**Provence-Alpes-Côte d'Azur**  
**Provence-Alpes-Côte d'Azur**

---

46109

RAPPORT, INTERNET

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

**Etat de santé et inégalités en région  
Provence-Alpes-Côte d'Azur.**

Marseille : ORS PACA : 2010 ; 161p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.orspaca.org/pdf/101122\\_rapport\\_sante\\_r  
egion.pdf](http://www.orspaca.org/pdf/101122_rapport_sante_r<br/>egion.pdf)

Ce rapport, élaboré à la demande du Directeur de l'Agence Régionale de Santé et en collaboration étroite avec ses services, propose une synthèse des sources de données sur les états de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces données sont analysées en identifiant les différentes inégalités des états de santé (différences ou inégalités par rapport à la moyenne nationale, disparités géographiques entre territoires de la région, différences entre groupes de population). Ce rapport est composé de cinq chapitres : contexte régional : déterminants territoriaux et socio-économiques de la santé ; morbi-mortalité prématurée ou évitable : principales causes en région Paca ; maladies chroniques ; **déterminants de l'état de santé** ; âges de la vie et situations de vulnérabilité face à la santé.

---

**Systèmes d'information**  
**Information systems**

---

46952

OUVRAGE

CROMLEY (E.K.), MCLAFFERTY (S.L.)

***GIS and public health.***

***SIG et santé publique.***

New York : The Guilford Press : 2002; 12p.- 339p.,  
tabl., graph., fig., carte, index  
Cote Irdes : A4168

This clearly written resource provides a comprehensive introduction to the use of geographic information systems (GIS) in analyzing and addressing public health problems. The book guides the reader through basic GIS concepts and methods, with an emphasis on practical applications. Described are ways that GIS can be used to map health events, identify disease clusters, investigate environmental health problems, understand the spread of communicable and vector-borne infectious disease, and more. Numerous tables, figures, and concrete examples are included. The companion website features downloadable GIS databases that allow readers to practice a variety of spatial analytical techniques (4e de couverture).

## Soins primaires/Primary health care systems

---

### Démographie médicale Medical demography

---

47025

RAPPORT, INTERNET

Inter Syndical Nationale Autonome  
Représentative des Internes de Médecine  
Générale. (I.S.N.A.R.-I.M.G.). Lyon. FRA

#### **Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale.**

Lyon : ISNAR IMG : 2011; 30p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.isnar-img.com/a/sites/default/files/110422%20ISNARIMG\\_Enquete\\_nationale\\_souhaits\\_d\\_exercice\\_des\\_IMG\\_RESULTATS\\_COMPLET\\_S.pdf](http://www.isnar-img.com/a/sites/default/files/110422%20ISNARIMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLET_S.pdf)

Depuis quelques années, la démographie médicale est devenue un enjeu politique de **premier plan et le monde médical s'interroge** sur le fait que les jeunes professionnels de **santé ne s'installent plus suffisamment** en milieu libéral dès la fin de leurs études. Comment répondre à la question « pourquoi **les jeunes ne s'installent pas ?** » L'ISNAR-IMG a souhaité aborder cette problématique d'une manière différente en interrogeant directement les internes de médecine générale sur leurs **souhaits d'exercice, à travers des thématiques** variées, dont les lieux et environnements d'exercice, la permanence des soins ambulatoire et les modes de rémunération

46976

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GACHTER (M.), SCHWAZER (P.), THEURL (E.)

University of Salzburg. Department of  
Economics and Social Sciences. AUT

#### **Physician Density in a Two-Tiered Health Care System**

*Densité médicale dans un système de santé  
à deux étages*

Working papers in finances and economics; 2011-05  
Salzburg : University of Salzburg : 2011; 20p., tabl.,  
fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.unisalzburg.at/pls/portal/docs/1/1461242.PDF>

This paper investigates the density of private physicians in a two-tiered health care system, i.e., one with co-existing public and private health care providers. In particular, it analyzes how the densities of private and public suppliers of outpatient health care (general practitioners and specialists) are related to each other. Using a panel of 121 Austrian districts between 2002 and 2008, it finds that the density of private specialists is positively associated with the density of private general practitioners, but negatively related to the density of public general practitioners. It also observes a negative relationship between the densities of private and public general practitioners and the ones of private and public specialists, indicating competitive forces between the private and the public sector of the outpatient health care provision in Austria.

45959

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des  
Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA

#### **Rapport 2009-2010 de l'ONDPS. Tome 1: les internes en médecine : effectifs et répartition 2010-2014.**

Paris : ONDPS

2010; 93p., tabl., carte, ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2010-2011\\_Tome\\_1\\_Les\\_Internes\\_en\\_medecine-Effectifs\\_et\\_repartition\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medecine-Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf)

À partir des propositions des comités régionaux, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (Ondps) propose au ministre chargé de la Santé et au ministre chargé de l'Enseignement supérieur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former,

par profession et par spécialité, dans les cinq prochaines années. La présente publication est consacrée à la présentation des résultats **des travaux relatifs aux propositions d'internes de médecine à former, par région ou subdivision, pour la période 2010-2014. L'objectif d'une répartition plus égalitaire des médecins, inscrit dans la loi HPST, ainsi que celui de la priorité accordée à la médecine générale sont, bien sûr, centraux.** La plus grande attention est également portée aux capacités de formation et à leur potentiel **d'évolution. En effet, les travaux précédents de l'Observatoire ont permis de prendre la mesure des tensions créées par l'importante augmentation du nombre d'internes. Ces tensions se révèlent parfois de façon particulièrement marquée au niveau de certaines subdivisions ou pour certaines spécialités. Elles impliquent de tenir compte des possibilités actuelles et potentielles des appareils locaux de formation pour évaluer la faisabilité des redéploiements d'effectifs d'étudiants que la démographie médicale pourrait justifier. Cette attention est d'autant plus nécessaire que les difficultés ressenties au cours de la formation se traduisent souvent par un allongement des délais d'installation.** La première partie de ce rapport rappelle le déroulement de la démarche et présente les propositions auxquelles elle a abouti, en les situant par rapport aux décisions figurant dans **l'arrêté ministériel du 12 juillet 2010**. Une seconde partie présente les données et indicateurs retenus pour caractériser les situations de façon homogène, puis les dossiers constitués pour chacune des régions. Ces dossiers rassemblent les principaux indicateurs positionnant la région par rapport aux données nationales ainsi que la synthèse des arguments justifiant les propositions formulées par les comités. Enfin, deux tableaux en annexe présentent les données de cadrage relatives à la démographie étudiante et le bilan par région et par spécialité des diplômés et des inscrits à **l'Ordre des médecins pour la période 2001-2008.**

46644  
RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA

***Les internes en médecine :  
effectifs et répartition 2010-2014.  
Rapport 2010-2011 de l'ONDPS.***

Paris : ONDPS : 2010/12; 145p., tabl., graph., ann.  
Cote Irdes : A4164

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2010-2011\\_Tome\\_1\\_Les\\_Internes\\_en\\_medicine-Effectifs\\_et\\_repartition\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medicine-Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf)

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ERRATUM\\_Tome\\_1\\_Rapport\\_ONDPS\\_2010\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ERRATUM_Tome_1_Rapport_ONDPS_2010_2011.pdf)

Ce premier tome du rapport 2010-2011 rassemble les propositions formulées par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (Ondps) concernant la répartition des effectifs d'internes en médecine pour la période 2010-2014. Ce tome présente les propositions régionales et la synthèse nationale. Deux objectifs ont guidé leur formulation : une meilleure répartition des médecins et la priorité accordée à la médecine générale. La présentation par région fait état des évolutions et des perspectives de la démographie étudiante et médicale. Les comités régionaux de l'ONDPS ont fait valoir leurs priorités en matière d'offre de soins, sans pour autant sous-estimer la question des capacités locales de formation. Les besoins de prise en charge des patients ont relevé les priorités à accorder aux différentes spécialités. Les résultats montrent que la filiarisation permet des infléchissements sensibles (Résumé d'auteur).

---

## Dossiers médicaux Medical records

---

46619

DIPLOMES , INTERNET

AVENIN (G.)

Université Paris Descartes. Faculté de Médecine. Paris. FRA

### ***Les bases de données issues des dossiers médicaux électroniques en France : problèmes méthodologiques et perspectives.***

Thèse ; Doctorat en médecine.

Paris : Université Paris Descartes : 2007; 114p.

Cote Irdes : En ligne

L'objectif de cette thèse est de présenter les bases de données françaises issues des dossiers médicaux électroniques réalisés à partir des données de consultation des médecins, et d'en préciser les défis méthodologiques. Elle constate notamment le retard de la France dans ce domaine, en comparaison avec la Grande-Bretagne.

---

## Liste d'attente Waiting lists

---

46728

DOCUMENT DE TRAVAIL

POLISSON (M.)

University of Oxford. Department of Economics. Oxford. GBR

### ***Do Waiting Times Matter in Primary Care? GP Visits and List Sizes in England.***

*Les temps d'attente ont-ils de l'importance dans les soins primaires ? Les visites chez le médecin généraliste et la longueur des listes d'attente en Angleterre.*

Discussion paper series; 541

Oxford: University of Oxford : 2011; 43p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.economics.ox.ac.uk/Research/wp/pdf/paper541.pdf>

This paper is largely motivated by the empirical observation that GP visits per person

under the NHS have increased in England since the mid-1970s, while list sizes have decreased over the same period. A hypothesis consistent with this observation is that larger list sizes are associated with longer waiting times, which reduce the demand for GP visits. Using a time series of repeated cross sections from 1972 to 2004, we construct a pseudopanel of synthetic individuals and find very little evidence that list sizes affect visit frequencies. While there are mild associations consistent with the waiting-time hypothesis among working-age women, there are none for men or the elderly, and no associations are robust to the cohort analysis. The demand for GP visits is most likely driven by health status, and for women, childbirth.

---

## Pratique médicale Medical practice

---

46609

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GONZALES (P.), MACHO-STADLER (I.)

Universidad Pablo de Olavide. Department of Economics. Sevilla. ESP

### ***A Theoretical Approach to Dual Practice Regulations in the Health Sector***

*Une approche théorique des régulations du double exercice professionnel dans le secteur sanitaire.*

WP Econ 11.01

Seville : Université Pablo de Olavide : 2011/02; 42p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.upo.es/serv/bib/wps/econ1101.pdf>

Internationally, there is wide cross-country heterogeneity in government responses to dual practice in the health sector. This paper provides a uniform theoretical framework to analyze and compare some of the most common regulations. We focus on three interventions: banning dual practice, offering rewarding contracts to public physicians, and limiting dual practice (including both limits to private earnings of dual providers and

limits to involvement in private activities). An ancillary objective of the paper is to investigate whether regulations that are optimal for developed countries are adequate for developing countries as well. The results offer theoretical support for the desirability of different regulations in different economic environments.

46723

RAPPORT, INTERNET

BOURNOT (M.C.), CERCIER (E.), GOUPIL (M.C.), TALLEC (A.)

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

**Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : perception des médecins généralistes des Pays de la Loire.**

Nantes : ORS : 2011/02; 12p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/pdf/2010\\_panel1\\_V4\\_rapport.pdf](http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/pdf/2010_panel1_V4_rapport.pdf)

Ce document présente les résultats d'une enquête menée en 2009, auprès de 450 praticiens de la région, faisant partie du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Il décrit leurs connaissances et perceptions en matière d'hospitalisation à domicile. Il analyse leur intérêt pour l'éducation thérapeutique et sa mise en œuvre en médecine ambulatoire. Il apporte enfin des informations sur les pratiques concernant l'accès au dossier médical et l'utilisation des directives anticipées.

---

**Rémunération**  
**Payment**

---

46970

DOCUMENT DE TRAVAIL

LI (J.), HURLEY (J.), DECICCA (P.), BUCKLEY (G.)

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

**Physician Response to Pay-for-Performance: Evidence from a Natural Experiment.**

*La réponse du médecin à la rémunération à la performance : résultats d'une expérimentation naturelle.*

NBER Working Paper Series ; n° 16909

Cambridge : NBER : 2011/03; 75p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.nber.org/papers/w16909>

Explicit financial incentives, especially pay-for-performance (P4P) incentives, have been extensively employed in recent years by health plans and governments in an attempt to improve the quality of health care services. This study exploits a natural experiment in the province of Ontario, Canada to identify empirically the impact of pay-for-performance (P4P) incentives on the provision of targeted **primary care services, and whether physicians' responses differ by age, practice size and baseline compliance level.** It uses an administrative data source which covers the full population of the province of Ontario and nearly all the services provided by practicing primary care physicians in Ontario. With an individual-level data set of physicians, the study employs a difference-in-differences approach that controls for both "selection on observables" and "selection on unobservables" that may cause estimation bias in the identification. It also implemented a set of robustness checks to control for confounding from the other contemporary interventions of the primary care reform in Ontario. The results indicate that, while all responses are of modest size, physicians responded to some of the financial incentives but not the others. The



differential responses appear related to the cost of responding and the strength of the evidence linking a service with quality. Overall, the results provide a cautionary message regarding the effectiveness of pay-for-performance schemes for increasing quality of care.

---

Qualité des soins  
Quality of care

---

46993

RAPPORT , INTERNET

MARTIN (S.), SMITH (P.C.), DUSHEIKO (M.)  
Health Foundation. Londres. GBR

***Do quality improvements in primary care reduce secondary care costs? Primary research into the impact of the Quality and Outcomes Framework on hospital costs and mortality.***

*L'amélioration de la qualité dans les soins primaires permet-elle de réduire les coûts des soins secondaires ? Une recherche de première importance sur l'impact du "Quality and Outcomes Framework" sur les coûts hospitaliers et la mortalité.*

Londres : Health Foundation : 2010/07; 46p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2194/Do\\_quality\\_improvements\\_in\\_primary\\_care\\_reduce\\_secondary\\_care\\_costs.pdf?realName=qdri7N.pdf](http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2194/Do_quality_improvements_in_primary_care_reduce_secondary_care_costs.pdf?realName=qdri7N.pdf)

The introduction in 2004 of the Quality and Outcomes Framework (QOF) in United Kingdom general practice represents one of the most ambitious efforts to measure and incentivise quality improvements in primary care. This report takes advantage of a large database of over 50 million English citizens to determine whether the levels of QOF attainment in general practices have led to improvements in two major outcomes: mortality and the costs of hospital inpatient and outpatient use. The findings are that primary care performance improvements are associated with some modest but measurable

improvements in subsequent outcomes and costs

46973

RAPPORT, INTERNET

GOODWIN (N.), DIXON (A.), POOLE (T.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

***Improving the quality of care in general practice. Report of an independent inquiry commissioned by The King's Fund.***

*Améliorer la qualité des soins en pratique générale. Rapport d'une commission d'enquête indépendante commanditée par le King's Fund.*

Londres : King's Fund Institute : 2011; xiv+155p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/gp\\_inquiry\\_report.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/gp_inquiry_report.html)

The King's Fund set up, in April 2009, an independent inquiry into the quality of general practice in England. The aim of the inquiry, which was conducted by an independent panel of experts and chaired by Sir Ian Kennedy, was to help to support the work of general practice and to provide a guide to ensure that quality is at the heart of the service that it offers to patients.

## Hôpital/Hospital

---

### Chirurgie ambulatoire Ambulatory surgery

---

46594

RAPPORT, INTERNET

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

#### **Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale : Données 2007-2009**

Lyon : ATIH : 2010; 19p., tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.atih.sante.fr/?id=0000400004FF>

Ce document propose un état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007. Il s'inscrit dans le cadre priorité du programme « gestion des risques » (GDR) et fait suite à l'instruction DGOS (Direction générale de l'offre de soins) du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Pour la réalisation de cet état des lieux, des indicateurs ont été définis. Ils sont de deux types : des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région et des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7) calculés au niveau national et par région, avec une déclinaison par territoire de santé et par établissement.

---

### Comptabilité hospitalière Hospital accounting

---

46998

RAPPORT, INTERNET

Dexia Crédit Local. La Défense.

#### **Note de conjoncture Finances hospitalières. Résultats 2009 et grandes tendances 2010.**

La Défense : Dexia Crédit local; 2011; 32p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

Dexia, premier partenaire financier des hôpitaux, publie les résultats de son étude annuelle sur la conjoncture financière des hôpitaux publics. Cette étude met en évidence la poursuite du redressement financier des hôpitaux publics tout en maintenant leur effort d'investissement à un niveau élevé.

<http://www.dexiacreditlocal.fr/actualites/sante/Documents/Note%20Hopitaux%20SS%20trait%20de%20coupe.pdf>

46807

RAPPORT

SCHECHTER (F.), DELNATTE (J.C.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

#### **Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé.**

Rapport Igas ; RM2010-172P

Paris : IGAS : 2010/12; 57p.

Cote Irdes : B7008

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000171/0000.pdf>

Par une saisine en date du 17 mai 2010, le cabinet de la ministre de la santé et des sports a confié à l'Inspection générale des affaires

sociales (Igas) une mission relative à la réalisation « d'un audit qualitatif, dans une dizaine d'établissements de santé, ayant mis en place et utilisant à bon escient la comptabilité analytique ». La saisine inscrit les travaux de cette mission dans « un programme plus large conduit par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), en lien avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et le GACAH (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), comprenant la réécriture du guide de la comptabilité analytique hospitalière et une enquête sur l'ensemble des établissements de santé pour évaluer le niveau de déploiement et la coordination avec les éditeurs de logiciel ». Il est rappelé, en clôture de cette saisine, que l'objectif est : « La généralisation, d'ici 2014, du déploiement et de l'utilisation de la comptabilité analytique » (Résumé d'auteur).

---

### Durée du séjour Length of stay

---

47030

DOSSIER DOCUMENTAIRE , INTERNET

YILMAZ (E.)

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

### **Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?**

Paris : DREES : 2011/04; 14p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-patient.pdf>

Cette étude a pour but de mesurer l'influence de la précarité sur la durée de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle fait suite à une enquête spécifique sur la précarité dans les établissements de santé participant à l'étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC) qui a été

menée en novembre et décembre 2008. Quatre dimensions ont été retenues pour définir la précarité : isolement social, qualité du logement, niveau de revenu, accès aux droits.

---

### Etude d'ensemble Global study

---

46802

OUVRAGE

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

### **Le panorama des établissements de santé : édition 2010.**

Paris : Drees : 2010; 127p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010.pdf>

Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Cette édition rénovée s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. 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. A noter deux dossiers : À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? et les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?

---

**Gestion des ressources humaines**  
*Human resources management*

---

46144

RAPPORT

TOUPILLIER (D.), YAHIEL (M.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Paris. FRA, Centre National de Gestion des  
Praticiens Hospitaliers. (C.N.G.). Paris. FRA

***Rapport sur la modernisation de la  
politique des ressources humaines  
dans les établissements publics de  
santé : volume I.***

Paris : MSSPS ; Paris : CNG : 2011/01 ; 133p.

Cote Irdes : B6978

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_la\\_modernisation\\_de\\_la\\_politique\\_des\\_ressources\\_humaines\\_dans\\_les\\_etablissements\\_publics\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante.pdf)

Les deux auteurs de ce rapport dressent un bilan des attentes des personnels sur les pratiques de gestion des ressources humaines à l'hôpital. Ce bilan intervient au moment où tous les principaux défis à relever par l'hôpital comportent une forte dimension Ressources Humaines (RH), ainsi : la performance hospitalière, qui repose sur la qualité de l'organisation des équipes ; la santé et la sécurité au travail ; l'attraction et la rétention des compétences essentielles au fonctionnement des hôpitaux ; la juste adaptation des ressources aux caractéristiques de l'activité, et ce 24h/24 et 7j/7 ; l'évolution permanente de l'offre de soins, pour toujours mieux répondre aux besoins de la population ; le dialogue social. C'est dans un tel contexte que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a donné davantage d'autonomie aux équipes médico-soignantes dans la gestion des pôles d'activité. Les services administratifs « traditionnels » comme les services de gestion du personnel, sont donc amenés à évoluer, pour mieux répondre aux besoins d'appui des managers des pôles. Le rapport analyse la transformation de cette fonction de gestion du personnel à l'hôpital, fonction plus que jamais partagée. Dans leur rapport, Danielle Toupillier et Michel Yahiel ont élaboré 34 recommandations, qui reposent

sur 3 grands axes d'amélioration : donner plus de sens, en réaffirmant la valeur du service public hospitalier, en associant davantage les personnels, en positionnant mieux les cadres ; faire le pari de l'autonomie des différents intervenants à la fonction ressources humaines, pour passer d'une gestion fortement administrative à une gestion plus stratégique ; outiller et appuyer la fonction ressources humaines, en développant une « vision RH » de la performance hospitalière.

46145

RAPPORT

TOUPILLIER (D.), YAHIEL (M.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Paris. FRA, Centre National de Gestion des  
Praticiens Hospitaliers. (C.N.G.). Paris. FRA

***Résultats de l'enquête sur la politique  
de modernisation des ressources  
humaines dans les établissements  
publics de santé : Volume II.***

Paris : MSSPS ; Paris : CNG : 2010/10 ; 77p.

Cote Irdes : B6979

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe\\_du\\_Rapport\\_sur\\_la\\_modernisation\\_de\\_la\\_politique\\_des\\_ressources\\_humaines\\_dans\\_les\\_etablissements\\_publics\\_de\\_sante\\_-\\_Resultats\\_enquete.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_du_Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante_-_Resultats_enquete.pdf)

Ce document présente les annexes du rapport de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les établissements publics de santé : méthodologie ; profils des répondants ; définition de la politique de ressources humaines ; gestion des ressources humaines et performances ; compétences et accompagnement des parcours professionnels ; organisation et moyens de gestion des ressources humaines ; Questionnaires..

---

## Hôpital privé Private hospital

---

46529

OUVRAGE

DUROUSSET (J.L.)

### ***Le privé peut-il guérir l'hôpital ?***

Paris : Nouveaux débats publics : 2010; 220p.

Cote Irdes : A4153

<http://www.nouveaux-debats-publics.com/>

<http://www.nouveaux-debats-publics.com/fiche.php?EAN=9782916962481>

Les Français regardent leur système hospitalier avec les yeux de Chimène : ils en sont fiers et ne voient pas ses failles. Pourtant, ils auraient intérêt à le reconsidérer avec plus d'objectivité. Certes, l'hôpital leur apporte qualité des soins et sécurité. Mais savent-ils qu'ils le doivent à la présence d'un secteur privé ? La Sécurité sociale, créée au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, est la garante de ce système unique, qui protège aussi bien – sinon mieux – le modeste ouvrier que le riche entrepreneur. Mais, avec un déficit record de 30 milliards d'euros attendu pour 2011, le système français apparaît aussi extrêmement fragilisé. Parce qu'elle crée un contre pouvoir, l'hospitalisation privée apporte aux patients la liberté de choix. Elle oblige à accoler les mots « rentabilité » et « qualité de service » au concept de santé publique. Elle apparaît comme l'élément vertueux qui peut rétablir un équilibre. La guérison passera par de profonds changements et une nécessaire redistribution des rôles et des responsabilités. Mais la sauvegarde de ce que les Chinois nous envie, le meilleur système de santé du monde, est à ce prix. L'hospitalisation française doit beaucoup à la Sécurité sociale. Or la Sécurité sociale doit beaucoup à l'hospitalisation privée. Donc l'hôpital français doit beaucoup à l'hospitalisation privée. Ce n'est pas un syllogisme, mais une vérité, que ce livre s'attache à démontrer (4e de couverture).

---

## Hospitalisation à domicile Home care hospital based

---

45979

RAPPORT

DURAND (N.), LANNELONGUE (C.),  
LEGRAND (P.), MARSALA (V.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

### ***Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1. Rapport définitif.***

Paris : Igas, Paris : La Documentation française :  
2010/11; 91p., tabl.

Cote Irdes : B6968

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000664/0000.pdf>

Le présent rapport dresse, dans un premier temps, un diagnostic de l'état actuel de l'hospitalisation à domicile (HAD) en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement, puis dresse le bilan des politiques nationales et régionales. Ce rapport fait ensuite des préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD dans la « juste » place qu'elle doit occuper dans l'offre de soins, en précisant les conditions de tarification et de fonctionnement que cela implique.

45980

RAPPORT

DURAND (N.), LANNELONGUE (C.),  
LEGRAND (P.), MARSALA (V.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

### ***Hospitalisation à domicile (HAD). Tome II : annexes.***

Paris : Igas, Paris : La Documentation française :  
2010/11; 177p., tabl.

Cote Irdes : B6969

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000664/0000.pdf>

Ce document propose les annexes du rapport Hospitalisation à domicile de l'Igas qui dresse un diagnostic de l'état actuel de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement, propose un bilan des politiques nationales et régionales et fait des

préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD.

---

## Hospitalisations évitables

### Avoidable admissions

---

46123  
RAPPORT, INTERNET  
PURDY (S.)  
King's Fund Institute. Londres. GBR

#### ***Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say?***

*Eviter les admissions à l'hôpital. Que nous apprennent les résultats de la recherche en la matière ?*

Londres : King's Fund Institute : 2010; 28p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding\\_hospital.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding_hospital.html)

Ce document analyse les données sur des interventions qui ont pour but d'éviter les admissions à l'hôpital en urgence ou les admissions non planifiées. L'auteur tente de répondre aux questions suivantes : Quels moyens fonctionnent bien pour réduire les admissions évitables ? Qui est à risque et comment identifier ces personnes ? Quelles admissions sont évitables ? Quelles sont les interventions qui agissent pour éviter efficacement les hospitalisations dans les soins de santé primaires, les services sociaux, les soins d'urgence et les sorties d'hôpital ?

---

## Performance

### Performance

---

46999  
RAPPORT, INTERNET  
National Audit Office. (N.A.O.). Londres. GBR

#### ***Management of NHS hospitals productivity.***

*Gestion de la productivité des hôpitaux du NHS.*

Londres : NAO : 2010; 40p.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.nao.org.uk/publications/1011/nhs\\_hospital\\_productivity.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/1011/nhs_hospital_productivity.aspx)

Hospital productivity has fallen over the last ten years. There have been significant increases in funding and hospitals have used this to deliver against national priorities, but they need to provide more leadership, management and clinical engagement to optimise the use of additional resources and deliver value for money.

47055  
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET  
DIWAS SINGH (K.C.), TERWIESCH (C.)  
Goizueta Business School. Atlanta GA. USA,  
University of Pennsylvania. Operations &  
Information Management Department.  
Philadelphia PA. USA

#### ***The Effects of Focus on Performance: Evidence from California Hospitals***

*Les effets de la spécialisation sur la performance : évidence dans les hôpitaux californiens.*

Rochester : Social Science Electronic Publishing : 2011; 40p., fig., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1815529](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1815529)

This paper uses hospital level discharge data from cardiac patients in California to estimate the effects of focus on operational performance. It examines focus at three distinct levels of the organization – at the firm level, at the operating unit level, and at the process flow level. It finds that focus at each of

these levels is associated with improved outcomes, namely faster services at higher levels of quality, as indicated by lower lengths of stay (LOS) and reduced mortality rates. We then analyze the extent to which the superior operational outcome is driven by focused hospitals truly excelling in their operations or by focused hospitals simply “cherry-picking” easy-to-treat patients. To do this, it uses an instrumental variables estimation strategy that effectively randomizes the assignment of patients to hospitals. After controlling for selective patient admissions, the previously observed benefits of firm-level focus disappear; focused hospitals no longer demonstrate a statistically significant reduction in LOS or mortality rate. However, at more granular measures of focus within the hospital (e.g. operating unit level), the study finds that more focus leads to a shorter LOS, even after controlling for selective admission effects.

47003

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

GOBILLON (L.), MILCENT (C.)

Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.). Paris. FRA

### ***Spatial disparities in hospital performances***

*Inégalités géographiques en matière de performance hospitalières.*

Paris : Cepremap : 2010/O6; 57p., fig

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cepemmap.ens.fr/depot/docweb/docweb1007.pdf>

Spatial disparities in mortality can result from spatial differences in patient characteristics, treatments, hospital characteristics, and local healthcare market structure. To distinguish between these explanatory factors, this paper estimates a flexible duration model on stays in hospital for a heart attack using a French exhaustive dataset. Over the 1998-2003 period, the raw disparities in the propensity to die within 15 days between the extreme regions reaches 80 %. It decreases to 47% after taking into account the patients' characteristics and their treatments. The study conducts a variance analysis to explain

regional disparities in mortality. Whereas spatial variations in the use of innovative treatments play the most important role, spatial differences in the local concentration of patients also play a significant role.

---

## Réformes

### Reforms

---

46669

OUVRAGE

CLEMENT (J.M.)

### ***Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République.***

Bibliothèque du Cercle des Hospitaliers :

Exemplaire numéroté 000228.

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2010; 529p.

Cote Irdes : A4161

<http://www.leh.fr/edition/bibliotheque-du-cercle-des-hospitaliers/histoire-des-reformes-hospitalieres-sous-la-ve-republique-9782848741512.html>

Pourquoi tant de réformes hospitalières sous la Ve République? Alors que 4 réformes jalonnent la vie juridique des hôpitaux et hospices de 1789 à 1958, 9 réformes majeures vont bouleverser l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux depuis 1958. La Ve République, dans sa volonté réformatrice que l'on retrouve dans beaucoup d'autres aspects de la vie politique, économique, sociale et culturelle, va s'efforcer d'adapter le service public hospitalier aux réalités du progrès des techniques médicales. C'est une course incessante entre le progrès scientifique et technique et l'inflation des dépenses de santé. Longtemps financées par l'expansion économique (les Trente Glorieuses), les recettes de la Sécurité sociale stagnent à compter des années 1980 et remettent en cause le fonctionnement du service public hospitalier. La concentration des équipements hospitaliers sera la réponse des pouvoirs publics en guise de maîtrise des dépenses. Cela ne suffira pas et à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle s'impose alors la T2A qui va ébranler le service public hospitalier justifiant, en conséquence, la fin de l'union organique entre le statut public

de l'hôpital et ses missions de service public. Le **service public hospitalier n'est plus réservé** aux seuls établissements publics de santé, il lui est substitué des missions de service public qui peuvent être déléguées à tous les établissements de santé, publics ou privés. Cette Histoire des réformes hospitalières, chronologique et détaillée, illustre, sur le plan **sanitaire, l'histoire économique et sociale de la Ve République face aux coûts des services publics, dont l'usage est élargi à des activités concurrentielles** au secteur privé. Ceux qui veulent connaître les enjeux hospitaliers actuels seront éclairés par cette histoire **institutionnelle de l'hôpital de 1958 à nos jours...**

---

**Systèmes d'information**  
**Information systems**

---

46808

RAPPORT

KHENNOUF (M.), RUOL (V.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

***Evaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH.***

Rapport Igas ; RM2011-029P

Paris : IGAS : 2011/03: 65p.

Cote Irdes : B7009

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000170/0000.pdf>

Par lettre du 20 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi le chef de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'une mission portant sur « l'évaluation du développement de l'offre en matière de système d'information hospitalier (SIH) et sur l'analyse stratégique du positionnement des opérateurs publics en SIH ». Cette mission s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'un comité de pilotage stratégique des SIH, chargé d'élaborer un programme d'action à moyen terme en faveur du développement des systèmes d'information des établissements de santé (Résumé d'auteur).



## Professions de santé/Health professions

---

### Coopération interprofessionnelle Interprofessional collaboration

---

45920

RAPPORT

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

#### **Coopération entre professionnels de santé. Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007. Guide méthodologique. Tome 1.**

Guides méthodologiques.

St Denis : HAS : 2010; 40p.

Cote Irdes : C, En ligne

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201009/guide\\_methodo\\_tome1\\_21072010\\_2010-09-03\\_14-07-15\\_44.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201009/guide_methodo_tome1_21072010_2010-09-03_14-07-15_44.pdf)

Ce guide méthodologique s'inscrit en amont du dispositif induit par l'article 51 de la loi HPST et est destiné à aider les professionnels de santé à élaborer un projet de coopération comportant des actes dérogatoires. En s'appuyant sur les témoignages des professionnels qui ont pris part aux expérimentations mises en oeuvre à la suite de l'arrêté de mars 2006, il décrit les principales étapes de la gestion d'un tel projet avec des conseils précis et opérationnels sur les écueils à éviter ou au contraire sur les facteurs d'une implantation réussie.

45921

RAPPORT

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

#### **Coopération entre professionnels de santé. Élaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST. Guide méthodologique. Tome 2.**

Guides méthodologiques.

St Denis : HAS : 2010; 56p.

Cote Irdes : C, En ligne

Pour aider les professionnels de santé à rédiger des protocoles de coopération éligibles au titre de l'article 51 de la loi HPST, la Haute Autorité de santé et la Direction générale de l'offre des soins ont pris l'initiative d'élaborer un guide méthodologique « laboration d'un protocole de coopération - Article 51 de la loi HPST ». Ce guide méthodologique s'adresse aux professionnels de santé quels que soient leur contexte de soins et leur mode d'exercice. Le guide est présenté sous forme de fiches pour chaque acteur concerné par la coopération pour leur permettre d'appréhender rapidement leur rôle et leurs attributions respectives. Il est conseillé de lire le guide pour mieux s'approprier la démarche de coopération et faciliter la rédaction du protocole de coopération. Le plan du guide respecte le déroulement de la procédure applicable aux protocoles de coopération.

---

### Formation médicale Medical training

---

46472

RAPPORT

YAHIEL (M.), MOUNIER (C.)

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

#### **Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?**

Rapport Igas : RM2010-155P

Paris : Igas : 2010/11; 73p.

Cote Irdes : B7000

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000037/0000.pdf>

Dans le prolongement du rapport de la Mission « Cadres Hospitaliers » présidée en 2009 par Chantal de Singly, l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée de mener une réflexion sur la formation de ces cadres. La mission avait trois objectifs : tout d'abord étudier l'évolution à la fois qualitative et

quantitative des besoins de formation professionnelle ; ensuite définir le schéma cible du dispositif de formation initiale et continue des cadres hospitaliers ; enfin proposer un plan d'action permettant d'assurer une transition, à moyen terme entre la situation actuelle et ce schéma cible, en précisant notamment les principaux jalons et le rôle des différents acteurs concernés.

---

## Nouveaux métiers New professions

---

46478

RAPPORT, INTERNET

HENART (L.), BERLAND (Y.), CADET (D.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Paris. FRA

### ***Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer.***

Paris : MSSPS  
2011 ; 2 vol. (57 ; 39p.)  
Cote Irdes : en ligne

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html>

Le monde de la santé fait face à des changements majeurs. Après avoir participé de façon remarquable au cours des trente dernières années à l'amélioration de la santé publique et accompagné les évolutions sociales et économiques de la population, on perçoit que son organisation actuelle pourrait se révéler moins performante face aux défis du futur, qui sont d'un ordre différent. L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital. Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques et certains

ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics. Les membres de la mission ont choisi d'auditionner un très grand nombre de professionnels de toutes catégories, des employeurs, des représentants syndicaux et des associations de patients. En outre, des tables rondes ont été organisées sur les thèmes : personnes âgées, maladies chroniques, cancer, maladies mentales, chirurgie et imagerie. Le rapport de la mission met en lumière les professions et les professionnels, leur environnement et propose des actions de mise en oeuvre de nouveaux métiers qui prennent pleinement en compte les métiers existants. Pour l'ensemble des membres de la mission, le plus important n'était pas de dresser un inventaire de nouveaux métiers possibles, mais de dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration. La mission présente neuf propositions reposant sur quatre piliers : une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ; une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire ; une méthode : adopter un système rigoureux de validation ; une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

---

**Sages-femmes**  
**Midwives**

---

47024

RAPPORT, INTERNET

CHARRIER (P.)

Université de Lyon. Centre Max Weber. Lyon.  
FRA

***Les sages-femmes en France.***

SI : halshs archives ouvertes : 2011/01; 138p., tabl.,  
fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00584595\\_v1/](http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00584595_v1/)

L'objectif de cette étude visait à comprendre pourquoi les sages-femmes se sentent globalement reléguées, méconnues et non reconnues. Cette profession traverse de profondes mutations depuis une vingtaine d'années qui questionnent et reconfigurent à la fois l'identité professionnelle et la mission de la sage-femme.

Après une série de recherches sur les hommes dans cette profession, l'auteur a entrepris une étude par questionnaires auprès de plus de 800 sages-femmes réparties sur 4 régions, afin de mieux comprendre les enjeux sociologiques traversant cette profession. A l'analyse il apparaît que sur différents points émergent une véritable dynamique de professionnalisation. Les changements générationnels depuis un peu plus de 20 ans, combiné aux évolutions des missions assignées à cette profession, les conduisent à vouloir s'éloigner de ce qui peut rappeler « la compétence de genre » et la nature féminine ou la vocation nécessaire à l'exercice professionnel. Les sages-femmes font le lien entre reconnaissance sociale et reconnaissance professionnelle. Ainsi, c'est parce que leurs professionnalités et leurs missions possèdent de manière évidente un caractère objectif et rationnel qu'elles peuvent revendiquer progressivement une reconnaissance sociale. Cela passe aussi par un possible détachement entre la praticienne et la femme ou plus précisément le vécu de femme et même de mère.

## Médicaments/Pharmaceuticals

---

### Antibiotiques Antibiotics

---

46691  
RAPPORT

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

#### ***Evaluation du Plan national pour préserver l'efficacité des antibio- tiques 2007-2010.***

Paris : Haut Conseil de la santé publique : 2010/02 ;  
83p.  
Cote Irdes : B6993  
[http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20110204\\_pnpeantibio.pdf](http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20110204_pnpeantibio.pdf)

Face à une augmentation de la consommation des antibiotiques en 2009, après une période de baisse entre 2000 et 2008, et l'apparition de nouvelles bactéries multirésistantes, le comité de suivi du Haut Conseil de la santé publique a effectué, à la demande du Ministère de la santé, une première évaluation du plan 2007-2011 et établi des recommandations pour le troisième plan actuellement en préparation. Si des points positifs ont été **soulignés par le comité (mise en place d'outils de « bon usage des antibiotique » dans les établissements de soins, synergie avec le plan de lutte contre les infections nosocomiales...)**, des faiblesses ont été également mises en avant : objectifs trop nombreux et non priorités, faible implication des médecins généralistes, fragilité et une inégalité des relais régionaux notamment au niveau des établissements de santé.

46800  
INTERNET , RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
INT, World Health Organization. (W.H.O.).  
Regional Office for Europe. Copenhague. INT

#### ***Tackling antibiotic resistance from a food safety perspective in Europe.***

*Lutter contre la résistance aux antibiotiques  
à partir d'une perspective sur la sécurité  
alimentaire en Europe.*

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe :  
2011; 14p.+68p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/136454/e94889.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/136454/e94889.pdf)

Antibiotics have revolutionized the treatment of infectious diseases. But their use and misuse have resulted in the development and spread of antibiotic resistance. This is now a significant health problem: each year in the European Union alone, over 25 000 people die from infections caused by antibiotic-resistant bacteria. Antibiotic resistance is also a food safety problem: antibiotic use in food animals –for treatment, disease prevention or growth promotion – allows resistant bacteria and resistance genes to spread from food animals to humans through the food-chain. This publication explores the options for prevention and containment of antibiotic resistance in the food-chain through national coordination and international cooperation, including the regulation and reduction of antibiotic use in food animals, training and capacity building, surveillance of resistance trends and antibiotic usage, promotion of knowledge and research, and advocacy and communication to raise awareness of the issues. This publication is primarily intended for policy-makers and authorities working in the public health, agriculture, food production and veterinary sectors, and offers them ways to take a holistic, intersectoral, multifaceted approach to this growing problem.

46734

RAPPORT

SHARMA (P.), TOWSE (A.)  
Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres.  
GBR

### ***New Drugs to Tackle Antimicrobial Resistance: Analysis of EU Policy***

*Des nouveaux médicaments pour lutter contre la résistance antimicrobienne : une analyse de la politique de l'Union européenne.*

Londres: OHE : 2010/09: 52p., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.ohe.org/lib/liPublications/688/New%20Drugs%20to%20Tackle%20Antimicrobial%20Resistance%20WP%20Sept%2011%20\\_PS\\_.pdf](http://www.ohe.org/lib/liPublications/688/New%20Drugs%20to%20Tackle%20Antimicrobial%20Resistance%20WP%20Sept%2011%20_PS_.pdf)

The purpose of the paper is to help policy makers and stakeholders in Europe short list incentives to stimulate antibiotic R&D. This was accomplished by modelling the impact of different incentives on the net present value of antibiotic development. In particular, our aim was to determine what size of the different incentives is needed to increase the NPV to make antibiotic R&D competitive relative to other disease areas. Our recommendations for Europe are based on these results.

---

## **Antipsychotiques** *Antipsychotics*

---

46597

DOCUMENT DE TRAVAIL

LEVINE TAUB (A.), KOLOTILIN (A.),  
GIBBONS (R.S.) et al.  
National Bureau of Economic Research.  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***The Diversity of Concentrated Prescribing Behavior: An Application to Antipsychotics.***

*La diversité des comportements de prescription : une mise en pratique aux médicaments antipsychotiques.*

NBER Working Paper Series ; n° 16823  
Cambridge : NBER : 2011/02; 44p., tabl., annexes  
Cote Irdes : En ligne

Physicians prescribing drugs for patients with schizophrenia and related conditions are remarkably concentrated in their choice among antipsychotic drugs. In 2007 the single antipsychotic drug prescribed by a physician accounted for 66% of all antipsychotic prescriptions written by that physician. Which particular branded antipsychotic was the prescriber's "favorite" varied widely across physicians, i.e. physician prescribing concentration patterns are diverse. Building on Frank and Zeckhauser's [2007] characterization of physician treatments varying from "custom made" to "ready-to-wear", we construct a model of physician learning that generates a number of hypotheses. Using 2007 annual antipsychotic prescribing behavior on 17,652 physicians from IMS Health, we evaluate these predictions empirically. While physician prescribing behavior is generally quite concentrated, prescribers having greater volumes, those with training in psychiatry, male prescribers, and those not approaching retirement age tend to have less concentrated prescribing patterns.

---

## **Automédication** *Self-medication*

---

46652

RAPPORT , INTERNET

VOISIN (P.)  
IMS Health. Paris. FRA  
**Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (A.F.I.P.A.).** Paris. FRA

### ***Les chiffres clés de l'automédication en 2010.***

Paris : AFIPA : 2011; 14p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.afipa.org/fichiers/20110310133130\\_Presentation\\_IMS.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/20110310133130_Presentation_IMS.pdf)

Selon une étude d'IMS Health pour l'afipa (Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable), le marché de l'automédication a enregistré en 2010 un recul de 1,2 % en

volume et de 0,8% en valeur. En 2010, le total des ventes de médicaments d'automédication s'est élevé à 419,9 millions d'unités, soit 14,1 % du marché pharmaceutique en volume, et 1,9 milliard d'euros, soit 6,4 % du marché en valeur. Pour l'OTC strict (médicaments non remboursables et non prescrits), 281,9 millions d'unités ont été vendues en 2010, pour 1,59 milliard d'euros, ce qui représente une baisse de 1,1 % en volume et de 0,7 % en valeur par rapport à 2009. Par ailleurs, l'étude montre que les prix sont restés plutôt stables, avec une progression de 0,4 %, ce qui porte à 4,60 € le prix moyen du médicament d'automédication et à 5,63 € le prix des médicaments vendus en OTC strict. Selon l'Afipa, la baisse du marché s'explique notamment par une épidémie de grippe plus tardive et par l'impact de la crise sur le pouvoir d'achat des ménages, qui diffèrent leurs dépenses de santé. Les IPP (Inhibiteurs de la pompe à protons) non remboursables semblent de leur côté avoir dynamisé leur segment de marché, ainsi que les switches en dermatologie. En revanche, le déremboursement des médicaments à base de magnésium en septembre 2010 a fait baisser de 26 % le chiffre d'affaires des produits avec AMM (Autorisations de mise sur le marché), tout en induisant une augmentation de 15 % des compléments alimentaires.

---

### Conflits d'intérêt Conflicts of interest

---

46789  
OUVRAGE  
RODWIN (M.A.)

***Conflicts of interest and the future of medicine : The United States, France and Japan.***

*Conflits d'intérêt et la médecine du futur : Les Etats-Unis, la France et le Japon.*

New York : Oxford University Press : 2011; 9p-375p., index  
Cote Irdes : A4166  
<http://www.amazon.fr/Conflicts-Interest-Future-Medicine-United/dp/0199755485>

As most Americans know, conflicts of interest riddle the US health care system. They result from physicians practicing medicine as entrepreneurs, from physicians' ties to pharma, and from investor-owned firms and insurers' influence over physicians' medial choices. These conflicts raise questions about physicians' loyalty to their patients and their professional and economic independence. The consequences of such conflicts of interest are often devastating for the patients--and society--stuck in the middle. In *Conflicts of Interest and the Future of Medicine*, Marc Rodwin examines the development of these conflicts in the US, France, and Japan. He shows that national differences in the organization of medical practice and the interplay of organized medicine, the market, and the state give rise to variations in the type and prevalence of such conflicts. He then analyzes the strategies that each nation employs to cope with them. Unfortunately, many proposals to address physicians' conflicts of interest do not offer solutions that stick. But drawing on the experiences of these three nations, Rodwin demonstrates that we can mitigate these problems with carefully planned reform and regulation. He examines a range of measures that can be taken in the private and public sector to preserve medical professionalism--and concludes that there just might be more than one prescription to this seemingly incurable malady (4e de couverture).

---

### Contrefaçon Counterfeit medicines

---

46726  
INTERNET , RAPPORT  
International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce. (I.M.P.A.C.T.). Rome. ITA

***IMPACT -International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce. Facts-Activities-Documents developed by the Assembly and the Working Groups of IMPACT.***

*IMPACT - Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon des produits à usage médical. Faits-activités et documents produits par l'assemblée et les groupes de travail d'IMPACT.*

Rome : Agence italienne des médicaments : 2011; 161p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/final\\_handbook\\_for\\_the\\_web.pdf](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/final_handbook_for_the_web.pdf)

Cette publication décrit les cinq premières années d'activité du Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon des produits à usage médical « IMPACT », que préside actuellement l'agence italienne des médicaments.

46700

RAPPORT

BETEILLE (L.), YUNG (R.)  
Sénat. Paris. FRA

***Lutte contre la contrefaçon : premier bilan de la loi du 29 octobre 2007.***

Rapport d'information ; 296.  
Paris : Sénat : 2011/03/03; 79p.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.senat.fr/rap/r10-296/r10-2961.pdf>

Réalisé par le groupe sénatorial sur l'évaluation de la loi n° 2007-1544 du 29 octobre 2007 de lutte contre la contrefaçon, ce rapport formule 18 propositions pour lutter contre la contrefaçon des médicaments en France. Il apporte notamment certaines clarifications souhaitées par les professionnels en améliorant encore la protection intellectuelle en France.

---

## **Industrie pharmaceutique**

### **Pharmaceutical industry**

---

46778

RAPPORT, INTERNET

WENCKER (A.)  
Mutuelle Générale des Cheminots. (M.G.C.).  
Paris. FRA

***Enquête sur l'industrie pharmaceutique.***

Paris : MGC : 2011; 125p., tabl., annexes  
Cote Irdes : En ligne  
<http://mutuellemgcleblog.files.wordpress.com/2011/01/enquc3aate-sur-lindustrie-pharmaceutique-v3.pdf>

Le présent travail est parti d'un mouvement d'étonnement de son auteur, à la lecture des résultats économiques et financiers 2009 d'un acteur majeur de l'économie française, la société Sanofi-Aventis. Née en 2004 de l'OPA de Sanofi sur la société Aventis, elle avait dû alors s'endetter de 16 Mrd€ pour constituer Sanofi-Aventis, le leader de la pharmacie en France. 5 ans à peine plus tard, la nouvelle structure réalisait un chiffre d'affaires de 28 Mds€ et près de 9 Mds€ de résultat net, soit 30% de marge nette. Ceci a suscité de nombreuses questions et interrogations pour le directeur de la mutuelle : Ce niveau de résultats était-il le fait d'une seule entreprise ou la marque d'un secteur ? Dans le second cas, comment expliquer qu'une telle situation fût possible, alors même que les systèmes d'assurance maladie sont exsangues ? (le déficit de l'assurance maladie obligatoire s'envole année après année depuis 2008, passant de 4,4 Mds€ cette année là à 10,6 en 2009 et la Commission des comptes de la sécurité sociale anticipait en juin de cette année, un déficit 2010 de 12 Mds€, soit un triplement en 3 ans) ; Et alors surtout, comment mettre fin à une telle contradiction et permettre aux assureurs, de base et complémentaires, payeurs ultimes de mieux maîtriser leurs équilibres techniques ? Cette étude cherche à vérifier le premier point à l'aide d'un échantillon d'entreprises leaders du secteur confirmé à l'aide des données contenues dans le rapport définitif de l'enquête sectorielle publié par la DG15 (Direction Générale de la Concurrence) de la Commission européenne, en juillet 2009. Dans un second temp, l'étude approfondit, à partir des informations recueillies dans ce document et de nombreux autres, la plupart du temps officiels, français ou étrangers, les premières analyses obtenues pour ce qui concerne la France et tente de répondre aux questions suivantes : situation des prix, dépenses globales, système de régulation ; position de la

France par rapport à ses voisins européens. **L'étude propose** diverses mesures destinées à mieux réguler la dépense pharmaceutique en France et permettre des économies. (Tiré de l'introduction).

---

**Innovation médicale**  
**Medical innovation**

---

47020  
OUVRAGE

**Comment préserver l'accès aux médicaments : innovation pharmaceutique et santé publique.**

Paris : L'Harmattan : 2010: 184p.  
Cote Irdes : A4178  
<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=32451>

D'un côté on souhaite légitimement encourager l'innovation dans le domaine pharmaceutique. D'un autre, on ne veut pas que les privilèges accordés à certains pour les encourager à innover ne permettent, en abusant de ceux-ci, de réduire l'accès aux médicaments. Y a-t-il un équilibre possible entre le soutien à l'innovation, la protection de la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments pour tous ? (4e de couverture.)

46558  
DOSSIER DE PRESSE

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

**Bilan annuel des avancées thérapeutiques 2010 des Entreprises du Médicament.**

Paris : LEEM : 2011/02; 54p.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://www.leem-media.com/leem/Communiques/Dossiers-de-presse/Innovation-Recherche-Progres-therapeutique-Vaccins/Bilan-annuel-des-avancees-therapeutiques-2010>

Ce dossier présente le bilan 2010 des avancées thérapeutiques : 35 solutions thérapeutiques nouvelles, plus particulièrement dans les domaines de la cancérologie, des maladies

rare et de l'infectiologie. Il met également en perspective l'évolution du progrès thérapeutique sur la période 2001–2010. Il ressort que le bilan des ASMR (Amélioration du service médical rendu) est en ligne avec les orientations prioritaires de la recherche des entreprises du médicament, qui se concentrent sur 6 axes thérapeutiques majeurs : la cancérologie, l'infectiologie, les maladies rares, la cardiologie, la neurologie et la rhumatologie. A eux seuls, ces 6 axes ont recueilli 75 % des ASMR accordées sur la période 2001-2010. Enfin, il présente un zoom sur sur 10 ans de progrès dans l'ophtalmologie.

---

**Médicaments anti-cancéreux**  
**Cancer drugs**

---

46790  
RAPPORT

ROUESSE (J.), BOUVENOT (G.), MEYER (F.), ROCHAIX (L.)  
Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA,  
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

**Informations sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie.**

Paris : Académie nationale de médecine : 2011/03;  
4p., annexes  
Cote Irdes : en ligne  
<http://academiemedecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2145>

Ce rapport porte précisément sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie et réfléchit sur la manière dont on peut en rationaliser l'emploi.



---

Médicaments orphelins  
Orphan drugs

---

46791

FASCICULE, INTERNET

GARAU (M.), MESTRE-FERRANDIZ (J.)  
Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres.  
GBR

***Access Mechanisms for Orphan  
Drugs: A Comparative Study of  
Selected European Countries***

*Les mécanismes d'accès aux médicaments  
orphelins : une étude comparative dans  
une sélection de pays européens.*

Londres : Office of Health Economics  
OHE BRIEFING : 2009/10; n°52; 32p., tabl.,  
annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ohe.org/publications/recent-publications/  
list-by-title-20/detail/date////access-mechanisms-for-  
orphan-drugs-a-comparative-study-of-selected-euro-  
pean-countries.html](http://www.ohe.org/publications/recent-publications/list-by-title-20/detail/date////access-mechanisms-for-orphan-drugs-a-comparative-study-of-selected-european-countries.html)

This study compares the pricing and reimbursement (P&R) arrangements implemented in selected EU countries to make coverage decisions on orphan medicinal products (OMPs) and investigates whether these measures have had an impact on their availability. We collected evidence on P&R systems and specific OMPs policies in France, Germany, Italy, Spain, Sweden, the Netherlands and the UK (differentiating where relevant between constituent countries) through a literature review and a consultation of national experts. We also collected data on coverage decisions on the first 43 OMPs approved by the European Medicines Agency (EMA) in the first eight years of the Orphan Drug Legislation, which has been in force since 2000. Data sources for this analysis included **an IMS database, health care bodies' websites** and a consultation of national experts. Criteria informing coverage decisions vary substantially across countries. However, the most recurrent factors deemed important when making decisions on OMPs were the severity of the illness and the lack of an adequate alternative treatment. The main concerns among decision-makers were around the

limited evidence base available for OMPs at the time of their evaluation and the high cost per patient associated with OMPs.

46113

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

LICHTENBERG (F.R.)

***The impact of new (orphan) drug  
approvals on premature mortality  
from rare diseases in the U.S. and  
France, 1999-2007.***

*L'impact de l'introduction sur le marché de  
nouveaux médicaments (orphelins) sur la  
mortalité prématurée liée aux maladies  
rares aux Etats-Unis et en France,  
1999-2007.*

Rochester : Social Science Research Network :  
2011/01; 16p.+annexes, tabl., graph., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://ssrn.com/abstract=1737964>

This paper investigates the impact of the introduction of new orphan drugs on premature mortality from rare diseases using longitudinal, disease-level data obtained from a number of major databases. The analysis is performed using data from two countries : the U.S. (during the period 1999-2006) and France (during the period 2000- 2007). For both countries, we estimate models using two alternative definitions of premature mortality, several alternative criteria for inclusion in the set of rare diseases, and several values of the potential lag between new drug approvals and premature mortality reduction. Both the U.S. and French estimates indicate that, overall, premature mortality from rare diseases is unrelated to the cumulative number of drugs approved 0-2 years earlier, but is significantly inversely related to the cumulative number of drugs approved 3-4 years earlier. This delay is not surprising, since most patients probably **don't have access to a drug until several years** after it has been launched. Although the estimates for the two countries are qualitatively similar, the estimated magnitudes of the U.S. coefficients are about four times as large as the magnitudes of the French coefficients. This may be partly due to greater errors in measuring dates of drug introduction

in France. Our estimates indicate that, in the U.S., potential years of life lost to rare diseases before age 65 (PYLL65) declined at an average annual rate of 3.3%, and that, in the absence of lagged new drug approvals, PYLL65 would have increased at a rate of 0.9%. Since the U.S. population age 0-64 was increasing at the rate of 1.0% per year, this means that PYLL65 per person under 65 would have remained approximately constant. The reduction in the U.S. growth rate of PYLL65 attributable to lagged new drug approvals was 4.2%. In France, PYLL65 declined at an average annual rate of 1.8%. The estimates imply that, in the absence of lagged new drug approvals, it would have declined at a rate of 0.6%. The reduction in the French growth rate of PYLL65 attributable to lagged new drug approvals was 1.1%.

---

### Médicaments pédiatriques Pediatrics drugs

---

46494

RAPPORT, INTERNET

Agence Européenne du Médicament. (A.E.M.). Londres. GBR, European Medicines Agency (E.M.A.). London. GBR

#### **Report on the survey of all paediatric uses of medicinal products in Europe.**

*Rapport de l'enquête sur l'utilisation globale des médicaments pédiatriques en Europe.*

London : European Medicines Agency : 2010; 37p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2011/01/WC500101006.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/01/WC500101006.pdf)

Regulation (EC) No 1901/2006 of the European Parliament and of the Council on medicinal products for paediatric use (hereafter referred as the "Paediatric Regulation") aims to facilitate the development and accessibility of medicinal products for the paediatric population and to ensure that medicinal products used to treat children are subject to high quality research and are appropriately authorized for use in the

paediatric population. One of the legal requirements of the Paediatric Regulation is the collection of available data on all existing uses of medicinal products in the paediatric population. In accordance with art. 42 of the Regulation, the PDCO provided on 26 October 2007 a guideline on the content and format of the data which had to be collected by the 27 EU Member States<sup>1</sup>. The 3 EEA states which are not EU Member States (Iceland, Norway and Liechtenstein) were also invited to provide data. The guideline emphasized the need to collect data on all existing uses of medicinal products in the paediatric population (use of authorised medicinal products within the terms of the marketing authorisation, use of authorised medicinal products outside the terms of the marketing authorization and of the summary of the product characteristics-so-called off-label use- and use of unauthorized medicinal products) for the purpose of establishing the unmet needs at the EU level. It was mentioned that the off-label use and the unauthorised use of medicinal products was of paramount interest for identifying the paediatric needs. For communicating the data to the European Medicines Agency, a structured electronic format with a single table should have been used (tiré de l'introduction).

---

### Pharmacovigilance Drug safety

---

46077

RAPPORT

BENSADON (A.C.), MARIE (E.), MORELLE (A.)

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

#### **Enquête sur le Médiateur : Rapport définitif.**

Paris : La Documentation française

2011/01; 244p., tabl.

Cote Irdes : B6966, B6966 (Annexe 1 à Annexe 10)

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000028/0000.pdf>

Ce rapport d'enquête sur le Mediator s'appuie sur près de 200 annexes pour assurer la plus

grande transparence au débat public à venir. Il confirme que le retrait du médicament du marché aurait pu être décidé dès 1999, soit **dix ans avant son retrait effectif et qu'il y a eu** une inexplicable tolérance à l'égard d'un médicament sans efficacité thérapeutique réelle de la part de l'agence du médicament de l'époque (qui deviendra l'Afssaps en 1998) à l'égard du Mediator, au moment de son autorisation de mise sur le marché et de la définition de ses indications thérapeutiques. Autres graves défaillances constatées : un système de pharmacovigilance incapable d'analyser les graves risques apparus en termes de cardiotoxicité du Mediator ; les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé gérant avec lenteur les remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, aboutissant dans le cas du Mediator à des résultats inverses de ceux recherchés. Ce rapport, très épais, a aussi ses limites. L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) n'a pas pu auditionner des représentants du laboratoire français Servier, le fabricant du Mediator. Une raison à cela : le champ de compétence de cette inspection se limite à enquêter sur l'administration. Cela n'empêche pas l'Inspection de pointer l'attitude défaillante du laboratoire qui, dès l'origine du médicament, a poursuivi un positionnement du médicament en décalage avec sa réalité pharmacologique.

46073  
RAPPORT, INTERNET

Union Régionale des Caisses d'Assurance  
Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.). Dijon.  
FRA

### **Mediator. Contrôle du respect de l'indication thérapeutique.**

Dijon : URCAM : 1998; 33p., tabl.  
Cote Irdes : c, En ligne  
<http://www.annuaire-secu.com/pdf/urcam-bourgogne-rapport1998-mediator.pdf>

Ce rapport avait pour but de vérifier le respect des indications thérapeutiques du Mediator pour lesquelles cette molécule a été admise au remboursement, de rechercher les détournements de ce médicament à usage de

régime à visée amaigrissante et cibler les médecins coutumiers de ce fait. Enfin, il s'agissait de vérifier le respect des règles de délivrance. Au vu des résultats, le rapport conclut que les conditions de prise en charge de ce médicament doivent être reconsidérées.

46773  
RAPPORT

BOUVIER (M.), DURAND (F.), GUILLET (R.)  
Ministère de l'Ecologie - de l'Energie - du Développement Durable - des Transports et du Logement. Paris. FRA, Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable. (C.G.E.D.D.). Paris. FRA

### **Médicament et environnement. La régulation du médicament vis-à-vis du risque environnemental.**

Rapport n° 007058-01  
Paris : CGEDD : 2010/11; 118p.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/007058-01\\_rapport\\_cle2ef48b.pdf](http://www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/007058-01_rapport_cle2ef48b.pdf)

Après un rappel de notions de base sur les résidus de médicaments dans l'environnement, le présent rapport, **met en œuvre une** méthodologie fondée sur une série de questions élémentaires : Dispose-t-on, afin de prévenir les risques éventuels dus aux résidus de médicaments, d'une connaissance satisfaisante de leurs effets sur et par l'environnement ? Dans la négative, comment améliorer cette connaissance ? Est-il pertinent de diminuer la pression des résidus de médicaments sur l'environnement ? Et dans l'affirmative, comment diminuer cette pression ?

46689

RAPPORT

DEBRE (B.), EVEN (P.)

**Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments.**

Paris : La documentation française : 2011; 84p.

Cote Irdes : B6992

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000141/0000.pdf>

Sur la base des défaillances et dérives observées dans le système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments, et en se référant à l'exemple récent du Mediator, la mission conduite par le Professeur Bernard Debré et le Professeur Philippe Even poursuit un double objectif. Elle élabore, d'une part, un audit sur les causes de ces défaillances et dérives, en analysant le panorama actuel des médicaments, l'industrie pharmaceutique en général, et en France en particulier, ainsi que les systèmes d'évaluation et de contrôle du médicament en France, aux Etats-Unis, en Angleterre et au niveau européen. **D'autre part, la mission préconise, à la suite de ses observations, une refondation des agences de santé, particulièrement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), et à un moindre degré de la Haute Autorité de santé (HAS).**

---

**Prix**  
**Pricing**

---

46994

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

MISSIOS (P.), FERRARA (I.)

Ryerson University. Department of Economics.  
Toronto. CAN

**Pricing of Drugs with Heterogeneous Health Insurance Coverage**

*Fixation des prix des médicaments dans un contexte de couverture d'assurance maladie hétérogène.*

Working paper; 26

Toronto : Ryerson University : 2010/10; 39p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://economics.ryerson.ca/workingpapers/wp026.pdf>

This paper examines the role of insurance coverage in explaining the generic competition paradox in a two-stage game involving a single producer of brand-name drugs and quantity-competing producers of generic drugs. Independently of brand loyalty, which some studies rely upon to explain the paradox, it shows that heterogeneity in insurance coverage may result in higher prices of brand-name drugs following generic entry. With market segmentation based on insurance coverage present in both the pre- and post-entry stages, the paradox can arise when the two types of drugs are highly substitutable and the market is quite profitable but does not have to arise when the two types of drugs are highly differentiated. However, with market segmentation occurring only after generic entry, the paradox can arise when the two types of drugs are weakly substitutable, provided, however, that the industry is not very profitable. In both cases, that is, when market segmentation is present in the pre-entry stage and when it is not, the paradox becomes more likely to arise as the market expands and/or insurance companies decrease deductibles applied on the purchase of generic drugs.

46729

DOCUMENT DE TRAVAIL

BERNDT (E.R.), MCGUIRE (T.G.),

NEWHOUSE (J.P.)

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

***A Primer on the Economics of Prescription Pharmaceutical Pricing in Health Insurance Markets.***

*Rudiments sur l'économie de la fixation des prix des médicaments sur les marchés de l'assurance maladie.*

NBER Working Paper Series ; n° 16879

Cambridge : NBER : 2011/03; 39p., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.nber.org/papers/w16879>

The pricing of medical products and services in the U.S. is notoriously complex. In health care,

supply prices (those received by the manufacturer) are distinct from demand prices (those paid by the patient) due to health insurance. The insurer, in designing the benefit, decides what prices patients pay out-of-pocket for drugs and other products. In this primer we characterize cost and supply conditions in markets for generic and branded drugs, and apply basic tools of microeconomics to describe how an insurer, acting on behalf of its enrollees, would set demand prices for drugs. Importantly, we show how the market structure on the supply side, characterized alternatively by monopoly (unique brands), Bertrand differentiated product markets (therapeutic competition), and competition (generics), influences the insurer's choices about demand prices. This perspective sheds light on the choice of coinsurance versus copayments, the structure of tiered formularies, and developments in the retail market.

---

## Médicaments psychotropes Psychoactive drugs

---

46468

OUVRAGE

GRANGER (B.), JALFRE (V.)

### **Les psychotropes.**

Idées reçues

Paris : Le cavalier bleu éditions : 2010; 126p.

Cote Irdes : A4145

Appliqués d'abord aux troubles mentaux les plus graves, les psychotropes sont maintenant prescrits dans de plus larges indications. Critiqués en raison de leurs effets secondaires, ils font l'objet d'un grand nombre d'idées reçues, bien qu'ils figurent parmi les médicaments les plus prescrits en France. L'examen des principales idées reçues permet de décrire l'histoire des psychotropes, leurs indications, leurs modes d'action, leurs bénéfices et leurs défauts sans oublier les cas particuliers que constitue leur utilisation chez l'enfant, la personne âgée et la femme enceinte (D'après l'auteur).

---

## Recherche pharmaceutique Pharmaceutical research

---

46539

RAPPORT

Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.). Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services . Paris. FRA

### **La production des produits de santé d'origine biologique et biotechnologique. Etat des lieux en France 2010.**

Paris : MINEFI : 2010; 15p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.industrie.gouv.fr/portail/chiffres/produits-sante-bio2010.pdf>

La présente étude a pour objectif d'établir une cartographie des sites intervenant dans la production des produits de santé d'origine biologique et biotechnologique en France, de mettre en lumière les investissements en cours dans le périmètre de ces sites et d'identifier les projets potentiels pour de nouveaux sites de production en France. L'étude montre que, loin d'être en retard si l'on considère la filière industrielle des produits de santé d'origine biologique et biotechnologique dans sa globalité, la France possède, dans ce domaine, des atouts indiscutables qu'il convient de mettre en valeur. Elle dispose notamment de capacités de production significatives dans le domaine des vaccins, des produits dérivés du sang, des hormones et des produits pour le diagnostic. Cet avantage compétitif doit être exploité pour renforcer l'excellence de l'industrie biologique française, et doit constituer un terreau fertile pour le développement de nouvelles activités de production biotechnologique sur le territoire. C'est le cas aujourd'hui avec la montée en puissance des investissements en France, à la fois dans les secteurs traditionnels de la biologie industrielle - vaccins en tête – mais aussi dans la production de nouveaux biomédicaments, notamment des anticorps monoclonaux et des protéines recombinantes. Plusieurs groupes pharmaceutiques ont ainsi choisi la France pour implanter leur premier

ou principal centre de production biotechnologique. Parallèlement, plusieurs sociétés de biotechnologies françaises se développent dans le domaine de la **bioproduction à façon. D'autres acteurs** prennent place dans la production de **biomédicaments d'avenir en thérapie cellulaire et thérapie génique, prémices d'une médecine** nouvelle, personnalisée. Enfin, de nombreux **projets à l'étude** pour de nouvelles usines ou unités de production pourraient venir compléter prochainement le paysage de la bioproduction en France (Résumé des auteurs).

## Technologies médicales/Medical technologies

---

### Innovations médicales Medical innovations

---

46696

DOCUMENT DE TRAVAIL

BALTAGI (B.H.), MOSCONE (F.), TOSETTI (E.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

#### **Medical Technology and the Production of Health Care**

*Technologie médicale et la production de  
soins de santé.*

IZA Discussion Paper : 5545  
Bonn : IZA : 2011/03; 21p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://ftp.iza.org/dp5545.pdf>

This paper investigates the factors that determine differences across OECD countries in health outcomes, using data on life expectancy at age 65, over the period 1960 to 2007. We estimate a production function where life expectancy depends on health and social spending, lifestyle variables, and medical innovation. Our first set of regressions include a set of observed medical technologies by country. Our second set of regressions proxy technology using a spatial process. The paper also tests whether in the long-run countries tend to achieve similar levels of health outcomes. Our results show that health spending has a significant and mild effect on health outcomes, even after controlling for medical innovation. However, its short-run adjustments do not seem to have an impact on health care productivity. Spatial spill overs in life expectancy are significant and point to the existence of interdependence across countries in technology adoption. Furthermore, nations with initial low levels of life expectancy tend to catch up with those with longer-lived populations.

---

### Technologie de l'information en santé E-health

---

46463

OUVRAGE, INTERNET

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

#### **The Atlas of eHealth Country Profiles.**

*L'atlas des pays utilisant l'e-santé.*

Global Observatory for eHealth series - Volume 1  
Genève : OMS : 2011; 233p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.who.int/goe/publications/goe\\_atlas\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_atlas_2010.pdf)

This publication presents data on the 114 WHO Member States that participated in the 2009 global survey on eHealth. Intended as a reference to the state of eHealth development in Member States, the publication highlights selected indicators in the form of country profiles. The objectives of the country profiles are to describe the current status of the use of ICT for health in Member States; and provide information concerning the progress of eHealth applications in these countries. (Résumé des éditeurs)

---

### Télémédecine Telemedicine

---

46138

OUVRAGE, INTERNET

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

#### **Telemedicine – Opportunities and developments in Member States**

*Télémédecine- opportunités et dévelop-  
pement au sein des Etats membres.*

Global Observatory for eHealth series - Volume 2  
Genève : OMS : 2010; 93p., tabl., fig.  
Cote Irdes : En ligne

[http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)

Telemedicine can bring the eyes of a specialist to examine a critically ill patient from halfway around the globe. It bridges the distance between people and the best health care available and can be applied to a vast range of situations - from home care to specialized clinical settings. This second volume of the Global Observatory for eHealth series examines trends in the uptake of telemedicine, from the well established to newly emerging telemedicine applications. With an emphasis on the needs of developing countries, it looks to the future with an analysis of the strategic actions required to support and strengthen telemedicine in countries. The publication is targeted at telemedicine practitioners and policymakers in health and information technology, as well as health care practitioners interested in adopting telemedicine services. The data and information would be useful for planning and evaluation of telemedicine service (Résumé des éditeurs)



## Systemes de santé étrangers/ Foreign health care systems

---

### Allemagne Germany

---

46559

RAPPORT, INTERNET

NOLTE (E.), ROLAND (M.), DAMBERG (C.L.)  
et al.

Rand Europe. Cambridge. GBR

#### ***Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system.***

*Documenter le développement d'un système  
d'allocation de ressources dans le système  
de santé allemand.*

Technical Report; n°946

Santa Monica : Rand corporation : 2011; 85p., tabl.,  
annexes.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2011/RAND\\_TR946.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR946.pdf)

In the German statutory health insurance (SHI) system, the payment of office-based physicians in the ambulatory care sector is based on a complex system involving national and regional stakeholders. Payment rates are derived from a national relative value scale but, as budgets are negotiated at the regional level, conversion factors for the relative values and thus prices for the same service can vary by region. Against this background, the National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV) in Germany is looking to develop a national approach that allocates funds according to a unified framework, while taking account of regional characteristics. As part of this new approach, the KBV seeks to incorporate quality indicators into the allocation formula so as to improve the overall quality of care provided by SHI physicians. This report aims to inform the development of the quality component of the proposed national resource allocation framework in the

German statutory healthcare system by providing an overview of quality indicator systems and quality measurement approaches, including criteria for selecting measures of quality currently used for 'high stakes' assessment in high-income countries globally. High stakes uses of performance measures mean that the provider's performance scores are used for public accountability (making results transparent through public reporting) and/or for differentially allocating resources (pay-for-performance or P4P).

---

### Angleterre England

---

47017

OUVRAGE

HUNTER (D.J.), MARKS (L.), SMITH (K.E.)

#### ***The public health system in England.***

*Le système de santé publique en Angleterre.*

Evidence for the public health practice series.

Bristol : The Policy Press : 2010; 192p., tabl., graph.,  
fig.

Cote Irdes : A4176

Health systems everywhere are experiencing rapid change in response to new threats to health, including from lifestyle diseases, risks of pandemic flu, and the global effects of climate change but health inequalities continue to widen. Such developments have profound implications for the future direction of public health policy and practice. The public health system in England offers a wide-ranging, provocative and accessible assessment of challenges confronting a public health system, exploring how its parameters have shifted and what the origins of dilemmas in public health practice are. The book will therefore appeal to public health professionals and students of health policy, potentially engaging them

in political and social advocacy (4e de couverture).

---

**Australie**  
**Australia**

---

46792

FASCICULE

Australian Government. Melbourne. AUS

***Améliorer les soins de santé  
primaires pour tous les Australiens.***

***Improving Primary Health Care for All  
Australians***

Canberra : Australia government: 2011; 16p.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourHealth/publishing.nsf/Content/improving-primary-health-care-for-all-australians-toc/\\$FILE/Improving%20Primary%20Health%20Care%20for%20all%20Australians.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourHealth/publishing.nsf/Content/improving-primary-health-care-for-all-australians-toc/$FILE/Improving%20Primary%20Health%20Care%20for%20all%20Australians.pdf)

The Government is committed to improving **Australia's health care system so that all** Australians can access high quality services that meet their needs and the needs of their family. Primary health care is the part of the health system which Australians use the most. It is delivered in the community, outside of hospitals and covers a wide range of providers such as general practitioners, practice nurses, psychologists, physiotherapists, community health workers and pharmacists. This booklet explains why primary health care is important; why it needs to be improved and what the changes will mean. It also provides further details on Medicare Locals, and their central role in improving the primary health care system.

---

**Etats-Unis**  
**United States**

---

46727

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

JUNG (J.), TRAN (C.)

Australian School of Business. School of Economics. Sidney. AUS

***Market Inefficiency, Insurance  
Mandate and Welfare: U.S. Health  
Care Reform 2010***

***Inefficacité du marché, assurance et  
protection sociale : la réforme du système  
de santé américain 2010.***

School of Business Discussion Paper ; 2010-31

Sydney : Australian School of Business : 2011; 41p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://research.economics.unsw.edu.au/RePEc/papers/2010-31.pdf>

This paper develops a stochastic dynamic general equilibrium overlapping generations (OLG) model with endogenous health capital to study the macroeconomic effects of the Affordable Care Act of March 2010 also known as the Obama health care reform. It finds that the insurance mandate enforced with fines and premium subsidies, successfully reduces adverse selection in private health insurance markets and subsequently leads to almost universal coverage of the working age population. On other hand, spending on health care services increases by almost 6 percent due to moral hazard of the newly insured. Notably, this increase in health spending is partly financed by the larger pool of insured individuals and by government spending. In order to finance the subsidies the government needs to either introduce a 2.7 percent payroll tax on individuals with incomes over \$200,000, increase the consumption tax rate by about 1.1 per cent, or cut government spending about 1 percent of GDP. A stable outcome across all simulated policies is that the reform triggers increases in health capital, decreases in labor supply, and decreases in the capital stock due to crowding out effects and tax distortions. As a consequence steady state

output decreases by up to 2 percent. Overall, we find that the reform is socially beneficial as welfare gains are observed for most generations along the transition path to the new long run equilibrium.

46772

INTERNET , COMMUNICATION

GARBER (A.)

Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres.  
GBR

***US Healthcare Reform: Monumental Health System Transformation, or Fatally Flawed Compromise?***

*La réforme du système de santé américain : prodigieuse transformation ou compromis voué à l'échec ?*

Londres: OHE : 2010/10; 18p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ohe.org/publications/recent-publications/list-by-date-20/detail/date////us-healthcare-reform-monumental-health-system-transformation-or-fatally-flawed-compromise.html>

This lecture gives an overview of US health reform and comment on it.

46620

RAPPORT

U.S Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. (C.D.C.). National Center for Health Statistics. (N.C.H.S.). Hyattsville. USA

***Health, United States, 2010.***

*La santé aux Etats-Unis 2010.*

Hyattsville : CDC - NCHS : 2011; 587p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, SE (USA) 2010

<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf>

Monitoring the health of the American people is an essential step in making sound health policy and setting research and program priorities. In a Chartbook and detailed tables, this report provides an annual picture of the health of the entire Nation. It includes 41 charts, 148 detailed tables, and a Special Feature on Death and Dying.

---

Europe

Europe

---

45964

RAPPORT, INTERNET

BALTAG (V.), MATHIESON (A.)

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

Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK

***Youth-friendly health policies and services in the European Region. Sharing experiences.***

*Politiques de santé et services destinés à la jeunesse dans la région Europe de l'OMS.*

*Partage d'expériences.*

Copenhague : OMS -Bureau Régional de l'Europe :

2010; 267p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/123128/E94322.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf)

This publication presents experiences of how health systems in Member States of the WHO European Region respond to the challenge of meeting the health and developmental needs of young people. The main aim is to facilitate experience-sharing and stimulate actions in countries. The first part presents a summary of the proceedings of the Meeting on Youth-friendly Health Policies and Services held in Edinburgh, United Kingdom (Scotland), 21–23 September 2009, with suggestions to inform decision-makers' actions on creating and developing youth-friendly health policies and services in their own countries and internationally. Then follows a series of 12 case studies from nine countries with differing socioeconomic contexts that recently put in place youth health services initiatives. The case studies are presented within a health system framework which recognizes that for service delivery to achieve its aims, sustainable financing, adequate human resource development strategies and responsible leadership are necessary.

---

**Italie**  
*Italy*

---

45913

OUVRAGE

LO SCALZO (A.)

World Health Organisation. (W.H.O.).

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

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

Européen des Systèmes et des Politiques de

Santé. Bruxelles. BEL

***Health systems in transition : Italy : health system review.***

*Systèmes de santé en transition : Italie.*

Health systems in transition ; vol. 11, n° 6.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2009; 214p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/87225/E93666.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf)

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

---

**Royaume-Uni**  
*United Kingdom*

---

45525

RAPPORT, INTERNET

Department of Health. (D.H.). Londres. GBR

***Department of Health. Business Plan 2011-2015.***

*Plan stratégique 2011-2015 du ministère de la Santé.*

Londres : Department of Health : 2010; 36p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_121413.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_121413.pdf)

Le plan stratégique présente la vision et les priorités du Ministère de la santé britannique ainsi que les principaux engagements du programme de réforme. La section sur la transparence présente les principaux indicateurs relatifs aux coûts et aux résultats en matière de services de santé et de services sociaux.

46771

OUVRAGE

BOYLE (S.)

World Health Organisation. (W.H.O.).

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

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

Européen des Systèmes et des Politiques de

Santé. Bruxelles. BEL

***Health systems in transition : United Kingdom (England) : health system review.***

*Systèmes de santé en transition : Royaume-Uni (Angleterre)*

Health systems in transition ; vol. 13, n° 1

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2011; 483p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of policy initiatives in progress or under development. HiTs examine different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the main actors in health systems; describe the institutional framework, process, content and implementation of health and health care policies; and highlight challenges and areas that require more in-depth analysis. Various indicators show that the health of the population has improved over the last few decades. However, inequalities in health across socioeconomic groups have been increasing since the 1970s. Health services in England are largely free at the point of use. The NHS

provides preventive medicine, primary care and hospital services to all those “ordinarily resident”. Over 12% of the population is covered by voluntary health insurance schemes, known in the United Kingdom as private medical insurance (PMI), which mainly provides access to acute elective care in the private sector. Responsibility for publicly funded health care rests with the Secretary of State for Health, supported by the Department of Health. The Department operates at a regional level through 10 strategic health authorities (SHAs), which are responsible for ensuring the quality and performance of local health services within their geographic area. Responsibility for commissioning health services at the local level lies with 151 primary care organizations, mainly primary care trusts (PCTs), each covering a geographically defined population. Health services are mainly financed from public sources – primarily general taxation and national insurance contributions (NICs). Some care is funded privately through PMI, some user charges, cost sharing and direct payments for health care delivered by NHS and private providers. While the reform programme that developed since 1997 proved to be massive in its scope, some basic features of the English NHS, such as its taxation funding base, the predominantly public provision of services and division between purchasing (commissioning) and care delivery functions, remain unchanged. Nevertheless, in addition to the unprecedented level of financial resources allocated to the NHS since 2000, the most important reform measures included the introduction of the “payment by results” (PbR) hospital payment system; the expanded use of private sector provision; the introduction of more autonomous management of NHS hospitals through foundation trusts (FTs); the introduction of patient choice of hospital for elective care; new general practitioner (GP), consultant and dental services contracts; the establishment of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); and the establishment of the Care Quality Commission (CQC) to regulate providers and monitor quality of services. The English NHS faces

future challenges as 2010 draws to a close, with significant restrictions on expenditure and a newly elected government that has announced its intention to introduce further widespread reform.

---

## Suisse Switzerland

---

46604  
RAPPORT, INTERNET

BAYER-OGLESBY (L.), HOPFLINGER (F.)  
Observatoire Suisse de la Santé. (O.B.S.A.N.).  
Neuchâtel. CHE

### **Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz : Methodik und kantonale Kennzahlen.**

*Bases statistiques pour la planification régionale des établissements pour personnes âgées en Suisse : rapport méthodologique et données cantonales.*

OBSAN Dossier 47.  
Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé.  
(O.B.S.A.N.) : 2010; 55p., ann.  
Cote Irdes : B6991  
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publicationsdatenbank.html?publicationID=4216>

Le rapport décrit la méthode utilisée par l'Observatoire Suisse de la santé (Obsan) pour élaborer les bases de la planification des établissements pour personnes âgées dans les cantons. Il présente par ailleurs des estimations du futur besoin en lits de soins. Pour l'année 2008, il estime le nombre de personnes de plus de 65 ans tributaires de soins en Suisse et dans les cantons, à l'aide des taux de soins empiriques selon l'âge et le sexe. Sur la base des prévisions démographiques de l'Office fédéral de la statistique, quatre scénarios comportant diverses hypothèses relatives au début et à la durée des soins nécessaires permettent de montrer les évolutions possibles du nombre de personnes de plus de 65 ans tributaires de soins jusqu'en 2030. Le rapport traite également de l'influence sur le futur besoin en lits d'un

déplacement des soins de longue durée intra-muros vers des soins ambulatoires, ou vice versa.

## Prévision-Evaluation/Previson-Evaluation

---

### Dépistage Screening

---

46454  
RAPPORT

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

#### **État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France.**

*Evaluation des programmes et politiques de  
santé publique.*

Saint-Denis : HAS : 2010; 235p.  
Cote Irdes : C, En ligne  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)

L'existence d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus depuis de nombreuses années en France et réalisé principalement par des gynécologues formés pour conseiller la population des femmes, exécuter les frottis du **col de l'utérus (fcu)** recommandés et assurer un suivi spécialisé des cas dépistés, constitue un socle essentiel. Néanmoins, la Haute Autorité de santé (HAS) a constaté dans le même temps qu'il existe : un pourcentage important de femmes de la population cible en situation de surdépistage ; un pourcentage important de femmes de la population cible en situation de sous-dépistage ; une évolution de la démographie des gynécologues ne permettant pas d'assurer à eux seuls l'intégralité du dépistage ; une répartition inégale de ces professionnels sur l'ensemble du territoire ; un accès difficile aux praticiens exerçant en secteur 2 (honoraires libres) pour une part non négligeable de la population et plus particulièrement celle en situation de dépistage à un rythme sous-optimal ; des volumes d'examens pris en charge par l'Assurance maladie, qui, si ces FCU étaient effectués dans le cadre des recommandations, permettraient

d'assurer la couverture de la quasi-totalité de la population cible.

---

### Maîtrise des coûts Cost containment

---

47006  
DOCUMENT DE TRAVAIL

ZIEBARTH (N.R.)  
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.  
DEU

#### **Assessing the Effectiveness of Health Care Cost Containment Measures.**

*Evaluer l'efficacité des mesures de maîtrise  
des coûts des soins de santé.*

IZA Discussion Paper : 5602  
Bonn : IZA : 2011/03; 32p., tabl.  
Cote Irdes : En ligne  
<http://ftp.iza.org/dp5602.pdf>

Using SOEP panel data and difference-in-differences methods, this study is the first to empirically evaluate the effectiveness of four different health care cost containment measures within an integrated framework. The four measures investigated were introduced in Germany in 1997 to reduce moral hazard and public health expenditures in the market for convalescent care. Doubling the daily co-payments was clearly the most effective cost containment measure, resulting in a reduction in demand of about 20 percent. Indirect measures such as allowing employers to cut statutory sick pay or paid vacation during health spa stays did not significantly reduce demand.

---

Politique publique  
Public policy

---

47086

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

MARBOT (C.)

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

***Une évaluation de la réduction d'impôt pour l'emploi de salariés à domicile.***

Document de travail Insee ; G 2011/02

Paris : Insee : 2011/01 ; 36p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs\\_doc\\_travail/G2010-08.pdf](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2010-08.pdf)

Ce document a pour objectif d'évaluer l'effet de la réduction d'impôt pour l'emploi de salariés à domicile, introduite en France en 1991. L'enjeu consiste à déterminer si la redistribution que cet avantage fiscal génère en faveur des plus aisés est contrebalancée par une incitation à utiliser des services à domicile en direction de ménages plus contraints financièrement et, ainsi, par des créations d'emplois peu qualifiés. Une méthode qui combine appariement et estimation en différence-de-différence est mise en oeuvre. Les résultats suggèrent que la mise en place de la réduction d'impôt a eu un effet significativement positif, de l'ordre de 1,3 à 4,9 points de pourcentage, sur la propension à consommer des services à domicile des 40 % de ménages dont le niveau de vie est intermédiaire (Résumé d'auteur).

47066

CONGRES, RAPPORT, INTERNET

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

***Actes du séminaire. Méthodes d'évaluation des politiques publiques***

Paris : DREES : 2011 ; 129p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/method\\_eval\\_polit\\_publiq.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/method_eval_polit_publiq.pdf)

L'évaluation s'est imposée comme un domaine à part entière des sciences sociales, recouvrant notamment la recherche évaluative, qui vise à identifier les effets propres d'une politique, en les distinguant des effets de contexte ou produits par d'autres politiques menées concomitamment. Au cours de l'année 2009-2010, un séminaire sur les méthodes de l'évaluation a été organisé par la Direction de la Recherche - des Etudes - de l'Evaluation - et des Statistiques (Drees), chaque séance présentant des outils de l'économie et de la sociologie pouvant contribuer à l'évaluation. La première séance s'est attachée à définir précisément l'évaluation. Les trois séances suivantes ont abordé successivement : les méthodes économétriques visant à identifier les effets propres d'une politique ; les changements organisationnels, tels qu'ils sont perçus à travers les études de terrain ; les méthodes qui permettent d'impliquer les usagers, par l'intermédiaire de focus groups et d'enquêtes de satisfaction. La dernière séance s'est intéressée aux approches consistant à associer objectifs, indicateurs et benchmarking. L'objet de ce recueil est de retranscrire le plus fidèlement possible les différents exposés de ce séminaire ainsi que les débats qui les ont suivis.

47068

RAPPORT, INTERNET

Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée. (M.S.S.L.D.). Toronto ON. CAN

***Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) : comment mener une EIES.***

Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée : 2011 ; 41p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heaia/docs/workbook.pdf>

L'EIES (Evaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé) est un outil de prise de décision qui guide les utilisateurs, étape par étape, tout au long du processus permettant de déterminer l'impact d'un programme, d'une politique ou d'une initiative sur les groupes de population. L'EIES, outil mis au point par le



MSSLD (Ministère de la santé et des soins de longue durée) de l'Ontario, a quatre objectifs principaux : - Permettre de déterminer les impacts potentiels involontaires (positifs et **négatifs**) de la prise de décision liée à l'équité en matière de santé sur certains groupes de la population; - Soutenir les améliorations basées sur l'équité lors de l'élaboration d'une politique, d'une planification, d'un programme ou d'un service; - Intégrer l'équité dans les modèles de prise de décision d'une organisation; - Sensibiliser davantage les personnes au sein de l'organisation à l'équité en matière de santé.

46797

RAPPORT

MORESTIN (F.)

Centre de Collaboration National sur les Politiques Publiques et la Santé. (C.C.N.P.P.S.), Groupe d'Etude sur les Politiques Publiques et la Santé (G.E.P.P.S.), Québec QC. CAN

**Méthodes de synthèse de connaissances sur les politiques publiques : version préliminaire.**

Québec : C.C.N.P.P.S. : 2010/09; 67p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ccnpps.ca/docs/MéthoPP\\_FR.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/MéthoPP_FR.pdf)

Ce document s'adresse aux acteurs de santé publique qui, dans leur rôle de promotion de la santé, s'intéressent aux politiques publiques comme levier d'action sur la santé des populations et ses déterminants. Plus précisément, ce document cherche à répondre aux besoins des acteurs de santé publique dans leur fonction d'experts éclairant les décideurs lors de la promotion, l'adoption et l'application de politiques publiques. Cette fonction exige qu'ils synthétisent les connaissances sur l'efficacité des politiques publiques à promouvoir la santé (y compris leur efficacité dans un contexte donné), et sur les enjeux d'application de ces politiques. L'objectif de ce document est de proposer une méthode de synthèse de connaissances appropriée pour les politiques publiques, s'intéressant aux données d'efficacité, mais aussi aux données sur les enjeux d'application, dans le but de déterminer quelles sont les politiques ayant les meilleures

chances de succès dans un certain contexte où on envisage leur application.

46806

DOCUMENT DE TRAVAIL

L'HORTY (Y.), PETIT (P.)

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

**Evaluation aléatoire et expérimentations sociales.**

Document de travail ; 135

Noisy le Grand : CEE : 2010/12; 25p.

Cote Irdes : B7007

<http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/135->

[evaluation-aleatoire-experimentations-sociales.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/135-evaluation-aleatoire-experimentations-sociales.pdf)

Les méthodes d'évaluation aléatoire ont commencé à être appliquées à de grands programmes sociaux en France depuis 2007, soit plus de quarante ans après les premiers travaux analogues menés aux Etats-Unis. Elles connaissent depuis un développement rapide. Ces méthodes expérimentales consistent à évaluer les effets d'une politique en comparant un groupe test à un groupe témoin, constitués par tirage au sort. Cet article, dont l'objet est de proposer une introduction à l'application de ces méthodes aux expérimentations sociales, souligne que leurs spécificités ne se réduisent pas au principe de l'assignation aléatoire. Elles ont aussi pour autres singularités qui les distinguent des autres méthodes d'évaluation : la dimension expérimentale du programme évalué, le partenariat particulier qui est organisé entre le chercheur et l'institution expérimentatrice, la conception a priori d'un protocole d'évaluation et d'un système d'observation et de traitement de l'information. L'article montre que chacune de ces quatre singularités est la source d'un apport particulier de ces méthodes mais a aussi pour contrepartie une limite spécifique qui mérite d'être soulignée (Résumé d'auteur).

---

**Systèmes d'information**  
*Information systems*

---

46479

RAPPORT, INTERNET

CACACE (M.), ETTILT (S.), BRERETON (L.)  
Rand Europe. Cambridge. GBR

***How health systems make available  
information on service providers.  
Experience in seven countries***

*Comment les systèmes de soins produisent  
des informations valides sur les fournis-  
seurs de soins. Expérience dans sept pays.*

Technical Report; n°788

Santa Monica : Rand corporation : 2011; 48p., fig.,  
tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2011/RAND\\_TR887.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR887.pdf)

The report reviews and discusses information systems reporting on the quality or performance of providers of healthcare ('quality information systems') in seven countries: Denmark, England, Germany, Italy, the Netherlands, Sweden and the United States.

Data collection involves a review of the published and grey literature and is complemented by information provided by key informants in the selected countries using a detailed questionnaire. Quality information systems typically address a number of audiences, including patients (or respectively the general public before receiving services and becoming patients), commissioners, purchasers and regulators. We observe that as the policy context for quality reporting in countries varies, so also does the nature and scope of quality information systems within and between countries. Systems often pursue multiple aims and objectives, which typically are (a) to support patient choice (b) to influence provider behaviour to enhance the quality of care (c) to strengthen transparency of the provider-commissioner relationship and the healthcare system as a whole and (d) to hold healthcare providers and commissioners to account for the quality of care they provide and the purchasing decisions they make. We emphasise that the main users of information systems are the providers themselves as the publication of information provides an incentive for improving the quality of care. Finally, based on the evidence reviewed, we identify a number of considerations for the design of successful quality information systems, such as the clear definition of objectives, ensuring users' accessibility and stakeholder involvement, as well as the need to provide valid, reliable and consistent data.

## Méthodologie-statistique/Methodology-statistics

---

### Coût de la vie humaine Human life cost

---

45546

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

DIONNE (G.), LEBEAU (M.)

Ecole des Hautes Etudes Commerciales de  
Montréal. (H.E.C.). Département des Finances.  
Montréal. CAN

#### **Le calcul de la valeur statistique d'une vie humaine.**

Montréal : HEC : 2010/11; 62p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1707440](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1707440)

Notre société fait face à de nombreux risques qui affectent des vies humaines. Les autorités publiques doivent donc déterminer le budget optimal à consacrer à chaque projet visant à **diminuer ces risques sociaux**. L'analyse avantages-coûts est un outil très utilisé pour **l'évaluation de ces projets**. La tâche du gouvernement est de mettre en place des projets ou des réglementations qui généreront des bénéfices supérieurs aux coûts de leur implantation. Les coûts sont habituellement assez faciles à déterminer, mais comment évaluer les bénéfices reliés à la sauvegarde de vies humaines? Depuis les années 70, le **nombre d'études réalisées sur la mesure de la valeur statistique d'une vie humaine (VSV) est impressionnant**. Plusieurs valeurs ont été estimées, et ce, à l'aide de différentes méthodes. La difficulté des gouvernements à choisir une valeur, provient de la grande variabilité dans les résultats obtenus. En effet, les VSV observées varient de 0,5 million de dollars jusqu'à 50 millions de dollars (\$ US 2000). **L'objectif principal de cet article est d'aider à comprendre d'où vient cette grande variabilité dans les résultats**. Cette étude cherche aussi à déterminer quelle valeur nous semble la plus raisonnable.

---

### Econométrie Econometrics

---

46671

OUVRAGE

DORMONT (B.)

#### **Introduction à l'économétrie.**

Paris : Montchrestien : 2007; 508p., ann., index

Cote Irdes : A4162

<http://www.alapage.com/m/ps/mpid:MP-41EF0M2986885#moid:MO-52DDCM6442427>

Cette introduction à l'économétrie est destinée aux étudiants des masters d'économie quantitative et d'économétrie. Elle peut aussi intéresser les élèves des grandes écoles, les doctorants et les chercheurs désireux d'acquérir des bases en économétrie ou de rafraîchir leurs connaissances. Cet ouvrage a pour ambition de faire comprendre les principes des méthodes économétriques : les résultats théoriques sont démontrés en détail et les notions introduites illustrées par des applications. L'estimation du modèle linéaire de base est tout d'abord étudiée, avec une présentation des tests usuels. Les hypothèses initiales sont ensuite progressivement relâchées pour considérer des modèles plus réalistes, avec des perturbations hétéros-cédastiques ou corrélées entre elles, ou avec des variables explicatives non exogènes. L'ouvrage se termine avec une présentation du traitement économétrique des données de panel. Les méthodes applicables à ces données peuvent être abordées simplement et permettent d'améliorer fortement l'analyse empirique (4e de couverture).

46547

OUVRAGE

WOOLDRIDGE (J.M.)

***Introductory Econometrics : a modern approach.***

*Introduction à l'économétrie : une approche moderne.*

Mason : South-Western Cengage Learning : 2009;  
19p.-865p., tabl., graph., fig., index  
Cote Irdes : Ug13

The modern approach of this book recognizes that econometrics has moved from a specialized mathematical description of economics to an applied interpretation based on empirical research techniques. It bridges the gap between the mechanics of econometrics and modern applications of econometrics by employing a systematic approach motivated by the major problems facing applied researchers today. Throughout the content, the emphasis on examples gives a concrete reality to economic relationships and allows treatment of interesting policy questions in a realistic and accessible framework (4e de couverture.).

---

**Indicateurs de développement humain**  
**Human development index**

---

45534

DOCUMENT DE TRAVAIL

WOLFF (H.), CHONG (H.), AUFFHAMMER (M.)

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

***Classification, Detection and Consequences of Data Error: Evidence from the Human Development Index.***

*Classification, détection et conséquences des erreurs de données : évidence dans le cas de l'Indicateur de développement humain*

NBER Working Paper : 16572  
Cambridge : NBER : 2010/12: 52p.  
Cote Irdes : C, En ligne  
<http://www.nber.org/papers/w16572>

This paper measures and examines data error in health, education and income statistics used

to construct the Human Development Index. We identify three sources of data error which are due to (i) data updating, (ii) formula revisions and (iii) thresholds to classify a country's development status. We propose a simple statistical framework to calculate country specific measures of data uncertainty and investigate how data error biases rank assignments. It finds that up to 34% of countries are misclassified and, by replicating prior studies, it shows that key estimated parameters vary by up to 100% due to data error.

---

**Politique publique**  
**Public policy**

---

47085

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GIVORD (P.)

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

***Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques.***

Document de travail Insee ; G 2010/08  
Paris : Insee : 2010/06; 74p., fig.  
Cote Irdes : En ligne  
[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs\\_doc\\_travail/G2010-08.pdf](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2010-08.pdf)

Ce document présente les principales méthodes économétriques qui peuvent être utilisées pour l'évaluation ex post de l'impact d'une politique publique. Il met l'accent sur les problèmes de sélection qui se posent pour une évaluation (en particulier distinguer ce qui relève de l'effet de la politique des spécificités éventuelles de ces bénéficiaires). Il trace les différentes étapes d'une feuille de route d'un tel exercice (données nécessaires, hypothèse d'identification, interprétation des résultats), illustrées par les exemples issus d'articles récents de la littérature économique. Il commence par rappeler le cadre classique dit « de Rubin » pour définir une inférence causale, puis décrit en détail les quatre principales méthodes empiriques : différences de différences, variables instrumentales,

régression sur discontinuités et sélection sur observables (Résumé d'auteur).

46608

RAPPORT, INTERNET

MORESTIN (F.), GAUVIN (F.P.), HOGUE (M.C.)

Centre de Collaboration National sur les Politiques Publiques et la Santé. (C.C.N.P.P.S.). Montréal. CAN

***Method for Synthesizing Knowledge About Public Policies.***

*Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques.*

Montréal : NCCHPP : 2011/02; 53p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ncchpp.ca/docs/MethodPP\\_EN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/MethodPP_EN.pdf)

Parce que l'étude des politiques publiques soulève des défis particuliers, le Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé a développé une méthode de synthèse de connaissances adaptée. Celle-ci permet de documenter les effets et l'équité des politiques étudiées ainsi que les enjeux d'application qui intéressent les décideurs (coûts, faisabilité, acceptabilité), en se basant sur la construction de modèle logique, sur les littératures scientifique et grise, et sur des processus délibératifs organisés pour recueillir de l'information contextuelle.

tableaux statistiques que l'on rencontre dans les sciences sociales. À cette fin, il présente plusieurs types différents de tableaux tirés de la littérature sociologique, et montre comment il est possible d'en extraire les informations essentielles sans utiliser d'autres outils mathématiques que les quatre opérations arithmétiques. Les exemples sont présentés par ordre de complexité croissante. Ils sont l'occasion de rappeler les notions de base indispensables pour lire et analyser les données quantitatives (niveaux de mesure, liaison entre variables, interaction, etc.), mais en les considérant seulement du point de vue des services qu'ils peuvent rendre au sociologue ; tout formalisme mathématique en a donc été exclu. C'est pour introduire ces notions d'une manière progressive que ce manuel accorde une place qui pourrait sembler trop importante aux tableaux les plus simples que l'on puisse trouver : les distributions à une seule dimension (Tiré de l'introduction).

---

**Statistiques**  
**Statistics**

---

45960

OUVRAGE, INTERNET

GREMY (J.P.)

***Introduction à la lecture des tableaux statistiques.***

Auxerre : Sciences Humaines éditions : 2003; 69p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.scienceshumaines.com/textesinedits/Gremy.pdf>

Ce manuel propose quelques principes empiriques destinés à faciliter la lecture des

## Démographie-Conditions de vie/ Demography-Living conditions

---

### Espérance de vie sans incapacité Disability free life expectancy

---

46535

DOCUMENT DE TRAVAIL

SIEURIN (A.), CAMBOIS (E.), ROBINE (J.M.)  
Institut National d'Etudes Démographiques.  
(I.N.E.D.). Paris. FRA

***Les espérances de vie sans incapacité  
en France: une tendance récente  
moins favorable que dans le passé.***

Document de travail ; 170

Paris : INED : 2011; 28p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1529/publi\\_pdf1\\_170.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf)

En 2008, l'espérance de vie (EV) des hommes et des femmes était respectivement de 78 ans et 84 ans. **Devant l'allongement de l'espérance de vie, comprendre si les années de vie gagnées le sont en bonne santé est devenu un enjeu de santé publique afin de mieux planifier les besoins en matière de soins et d'assistance.** C'est aussi dorénavant un enjeu économique et social avec les attentes grandissantes pour la participation sociale des plus âgés. Combien de ces années sont-elles vécues en bonne santé fonctionnelle ? Que peut-on dire des évolutions récentes ? Pour répondre à ces questions, cette étude présente les nouvelles estimations espérances de vie sans incapacité (EVSI) en France.

---

### Logement Housing

---

46534

RAPPORT, INTERNET

Fondation Abbé Pierre pour le Logement des  
Défavorisés. (F.A.P.L.D.). Paris. FRA

***L'état du mal logement en France : 16  
ème rapport annuel.***

Paris : Fondation Abbé Pierre pour le Logement des  
Défavorisés : 2011; 250p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fondation-abbé-pierre.fr/pdf/rml\\_10\\_synthese.pdf](http://www.fondation-abbé-pierre.fr/pdf/rml_10_synthese.pdf)

[http://www.fondation-abbepierre.fr/publications.php?filtre=publication\\_rml](http://www.fondation-abbepierre.fr/publications.php?filtre=publication_rml)

Dans cette nouvelle édition du Rapport de la Fondation sur l'état du mal-logement, on trouvera une réflexion sur les effets de la crise économique sur l'extension de l'exclusion par le logement. Il s'interroge également sur l'opportunité de faire de l'accession à la propriété la pierre angulaire de la politique du logement en France en ces temps de crise. Il présente ensuite une vision synthétique de **l'état du mal logement en France à travers un tableau de bord d'indicateurs composé de deux parties distinctes** : présentation des situations de mal-logement et des données sur les déterminants de la crise du logement. Il prône donc une politique du logement juste, ambitieuse et protectrice et offre une série de propositions afin de favoriser une politique nouvelle contre le mal-logement.

---

Violence  
Violence

---

47054

RAPPORT

Banque Mondiale. Washington DC. USA

***World development report 2011 :  
conflict, security and development.***

*Rapport sur le développement dans le  
monde 2011 : conflit, sécurité et  
développement.*

Washington : Banque Mondiale : 2011; 325p., tabl.,  
graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://wdr2011.worldbank.org/fulltext>

This report examines the changing nature of violence in the 21st century, and underlines the negative impact of repeated cycles of violence on a country or region's development prospects. Preventing violence and building peaceful states that respond to the aspirations of their citizens requires strong leadership and concerted national and international efforts. The Report is based on new research, case studies and extensive consultations with leaders and development practitioners throughout the world.

## Economie/Economy

---

### Conditions de travail

#### Working conditions

---

46093

OUVRAGE

GOLLAC (M.), VOLKOFF (S.)

#### **Les conditions de travail.**

Collection Repères.

Paris : La Découverte : 2007; 121p., tabl.

Cote Irdes : A3459 (2007)

Le travail change: changements techniques et organisationnels, changements dans les formes d'emploi et la gestion des carrières. Quelles sont les conséquences de ces évolutions sur la santé physique et mentale des salariés, au long de leurs parcours professionnels? Quels sont les principaux facteurs de diversité des conditions de travail, entre catégories sociales, entre grands secteurs de l'économie, entre les âges et les sexes? Va-t-on vers une amélioration des conditions de travail sous l'effet du progrès technique? Cette amélioration est-elle automatique ou nécessite-t-elle des stratégies de régulation? Où se situent, aujourd'hui, les marges d'action? Pour améliorer les conditions de travail, faut-il vraiment envisager l'activité de chaque travailleur dans sa globalité et sa singularité? Cette nouvelle édition d'un ouvrage rédigé par deux spécialistes reconnus mobilise les dernières avancées de l'économie, de la sociologie, de l'ergonomie, de la psychologie et de la médecine, ainsi que les sources statistiques les plus récentes, pour apporter des éléments de réponse à ces questions (4e de couverture).

46981

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).  
Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail. (C.O.C.T.). Paris. FRA

#### **Conditions de travail : Bilan 2010.**

Paris : La documentation Française : 2011; 398p.

Cote Irdes : B7004

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/14000223/0000.pdf>

L'édition 2010 présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2010 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il développe les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Il présente également les actions prioritaires, nationales et territoriales, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014 en privilégiant une entrée thématique déclinée par l'ensemble des acteurs de la santé au travail. L'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, ANACT, Branche AT/MP, OPPBTP, ANSES, InVS, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage.

---

### Performance

#### Performance

---

46148

RAPPORT

Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA, German Council of Economic Experts. (G.C.E.E.). Wiesbaden. DEU

#### **Evaluer la performance économique, le bien-être et la soutenabilité.**

Les Rapports du Conseil d'analyse économique : 95

Paris : La documentation française : 2010/12; 229p.

Cote Irdes : P117



<http://www.cae.gouv.fr/IMG/pdf/095.pdf>

Ce rapport est un travail commun du Conseil d'analyse économique et du Conseil allemand des experts en économie. Il répond à une commande de la Chancellerie fédérale d'Allemagne et du Président de la République française lors du Conseil des ministres franco-allemand du 4 février 2010. Ce rapport s'appuie sur les travaux de la Commission Stiglitz-Sen-Fitoussi qui encourageait à une réflexion complémentaire sur le thème de la mesure et du suivi des facteurs contribuant au bien-être (consulter le rapport : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/O94000427/index.shtml>). Il se présente comme un travail d'économistes français et allemands et limite donc son champ aux domaines qui sont les leurs. (Résumé d'auteur).

---

**Recueil de données**  
**Statistical data collection**

---

46633

RAPPORT

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

**Tableaux de l'économie Française -  
Edition 2011.**

Collection Insee Références

Paris : INSEE : 2011/02; 245p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4163

<http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2011/tef2011.pdf>

**Les Tableaux de l'Économie Française (TEF)** rassemble les principales données démographiques, économiques et sociales de la France. Pour la première fois, de nombreux indicateurs sur le thème du développement durable sont publiés. Organisé en 88 fiches, **l'ouvrage couvre cinq grands domaines** : « territoire-population », « emploi-revenus », « conditions de vie-société », « économie-finances » et « système productif ». Chaque fiche fournit des informations sur la France, ainsi que des données de cadrage sur les **27 pays de l'Union européenne et sur le reste du monde**. Elle propose également un commentaire qui éclaire les tableaux et les graphiques, des définitions, et une liste de publications en lien avec le sujet traité. L'édition 2011 ouvre une fiche, pour la première fois à la population handicapée (Chiffres de 2007, 2008 et 2009).

## Documentation/Documentation

---

### Données longitudinales

#### Longitudinal data

---

45961

OUVRAGE

DEGENNE (A.)

#### **Introduction à l'analyse des données longitudinales.**

Auxerre : Sciences Humaines éditions : 2001; 79p., tab.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.scienceshumaines.com/textesInedits/De.pdf>

Cet ouvrage propose une introduction à l'analyse des données longitudinales, c'est-à-dire des données constituées par des informations répétées dans le temps lorsque l'on suit un ensemble d'individus sur une certaine période. Dans un premier temps, il présente à travers quelques exemples, l'intérêt de la prise en compte de l'évolution des phénomènes dans le temps et il montre que l'on peut ainsi éviter des interprétations fausses. Dans un second temps, il présente de façon simple des procédures courantes d'analyse fondées sur une modélisation des observations.

---

### Internet

#### Internet

---

46530

FASCICULE

LE CROSNIER (H.)

#### **Internet : la révolution des savoirs.**

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX : 2010/11; 119p.

Paris : La documentation Française

Cote Irdes : A4154

Internet, synonyme de révolution ? Outil d'un profond renouvellement des relations sociales

et politiques, il permet l'irruption de savoirs « profanes » qui ne sont pas issus des institutions (université, revues scientifiques, institutions diverses...). Les producteurs de ces savoirs partagent directement leurs expériences cognitives et constituent des communautés créatives. Ce dossier présente cette « révolution » sous quatre grands thèmes : l'apparition de nouvelles pratiques culturelles : internet a-t-il changé notre façon de penser ? ; quels sont les nouveaux modes de production et de partage des connaissances (publications numériques, logiciels libres ...) ; quel est l'impact sur la transmission des connaissances (TIC à l'école, cyberéducation ...) ; comment constituer des mémoires numériques et comment vont coexister le livre et les bibliothèques numériques ?

---

### Répertoire de médicaments

#### Drug directory

---

46520

REPertoire

OVP. Edition Vidal. Paris. FRA

#### **Vidal 2011.**

Paris : Editions du Vidal : 2011; 2667p., index

Cote Irdes : Ub111 (2011)

---

Ressources électroniques  
Online resources

---

45958

DIPLOMES, INTERNET

MEHREZI (M.)

Université de Bordeaux 3. Talence. FRA

**Les revues électroniques scientifiques : stratégies éditoriales et médiation de l'information.**

Thèse pour le doctorat Sciences de l'Information et de la Communication

Villeurbanne : Halshs archives ouvertes : 2010; 314p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/54/81/52/>

[PDF/these\\_7\\_septembre\\_2010.pdf](#)

Dans le domaine de l'édition électronique, la question de la médiation se pose comme la **plus importante** puisqu'elle concerne les intervenants (éditeurs, bibliothèques, usagers). Les efforts qui ont été faits dans ce cadre sont considérables, les éditeurs ont envisagé des stratégies pour développer leurs services et rendre leurs collections accessibles aux usagers. Mais les coûts générés sont importants, ce qui oblige plusieurs bibliothèques à annuler des abonnements. Les **professionnels de l'information considèrent** la question de la médiation comme une affaire qui fait partie de la politique des institutions de tutelle, les efforts dans ce sens sont de plus en plus renforcés avec des séances de formation, **des conseils pratiques pour aider l'utilisateur** et des catalogues accessibles en ligne. Mais ces **efforts sont loin de satisfaire l'utilisateur** et répondre à ses exigences et aux exigences des nouvelles technologies. Peut-t-on dire que les nouvelles **technologies de l'information et de la communication** ont facilité les tâches des médiateurs, ou au contraire ont-elles compliqué les choses? **La réponse n'est pas facile, en l'état actuel de la situation nous ne pouvons ni infirmer ni confirmer** cette hypothèse pour plusieurs raisons : la première raison est la nouveauté du modèle éditorial basé sur l'électronique, ce modèle est très jeune. Les disciplines n'ont pas la même chance au niveau de l'équipement ni au niveau

de la production. Les sciences pures et exactes sont favorisées en revanche les sciences sociales et humaines sont en train de chercher leur place sur le réseau. Au niveau des chercheurs et des pays, la fracture numérique est toujours profonde entre le sud et le nord malgré les initiatives internationales.

---

Technologies de l'information  
Information technologies

---

47064

OUVRAGE

DENOUEL (J.) / dir., GRANJON (F.) / dir.

**Communiquer à l'ère numérique : regards croisés sur la sociologie des usages.**

Collection Sciences sociales.

Paris : Presses des Mines : 2011; 320p.

Cote Irdes : A4180

Au sein des sociétés capitalistes avancées, la question de l'appropriation des technologies numériques d'information et de communication (TNIC) s'impose comme une problématique centrale. Si le facteur technique n'est pas une préoccupation majeure de la raison sociologique contemporaine, les sciences sociales peuvent néanmoins se **prévaloir d'un nombre très important de travaux** conduits ces trente dernières années sur les usages de **l'informatique connectée, tant dans la sphère domestique que dans les espaces professionnels**. Réunissant les contributions de dix chercheurs réputés, cet **ouvrage n'a pas pour objectif de proposer une dissertation théorique** mais, dans une démarche résolument **polyphonique, d'ouvrir un ensemble de travaux pertinents et originaux** (4e de couverture).

47065

OUVRAGE

GRIVEL (L.) / dir.

***La recherche d'information en  
contexte : outils et usages applicatifs.***

Hermès Science Publications

Paris : Lavoisier : 2011; 279p., index

Cote Irdes : A4181

Les nouvelles architectures informatiques et les évolutions récentes des technologies de l'information tendent à entraîner un décloisonnement progressif des systèmes d'information et amènent à chercher à concevoir des systèmes de recherche d'information plus intelligents, plus démocratiques, plus respectueux de leurs utilisateurs. Comment relier des systèmes existants et des contenus jusqu'alors autonomes ? Comment garantir la cohérence des résultats, la sécurité et la confidentialité des accès aux contenus ? Comment définir et prendre en charge le contexte de l'utilisateur (son profil, la tâche à accomplir, les connaissances concernées, l'application utilisée, etc.) pour mieux assister celui-ci durant le processus de recherche d'information ? La complémentarité des expériences des contributeurs de cet ouvrage permet, en neuf chapitres, d'aborder l'ensemble de ces questions et de dresser un panorama des techniques en action (ontologies, taxonomies, raisonnement à partir de cas, traitement du langage naturel, classification incrémentale, etc.) et de leur impact sur les usages, dans le cadre d'applications et de projets de recherche touchant à la sphère professionnelle, privée ou publique, dans des secteurs d'activité variés (énergie, santé, tourisme, édition, veille technologique, etc.) (4e de couverture).

## Réglementation/Law

---

### Droit hospitalier

#### Hospital law

---

46979

OUVRAGE

CLEMENT (J.M.)

***Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier.***

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2011; 196p.  
Cote Irdes : A4174

Le droit hospitalier s'impose à tous les usagers et à toutes les catégories de personnels de l'hôpital. Plutôt que de l'ignorer, il est plus prudent de le connaître. L'art du professeur Jean-Marie Clément, dont des générations d'étudiants ont pu apprécier la clarté de l'exposé, est de rendre limpide ce qui peut être facilement ardu. Cette édition propose une mise à jour qui prend en compte la nouvelle loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Résumé d'auteur).

---

### Médecine du travail

#### Occupational medicine

---

46106

RAPPORT

PAYET (A.M.)

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

***Rapport sur la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail.***

Paris : Sénat : 2011; 94p., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/rap/l10-232/l10-2321.pdf>

La réforme de la médecine du travail est en préparation depuis trois ans. De nombreux travaux ont démontré la nécessité de

parachever les évolutions engagées depuis le début des années 2000 pour adapter la médecine du travail à l'évolution de l'économie et des formes d'emploi. Le vieillissement de la population, le développement des emplois précaires justifient en particulier des adaptations de l'organisation de la santé au travail afin que les services de santé au travail deviennent les acteurs principaux d'un dispositif de traçabilité des risques professionnels, non pour simplement constater les atteintes à la santé mais pour stimuler la prévention et les actions correctrices. Dans un contexte caractérisé par une crise démographique de la médecine du travail, la mise en oeuvre de cette réforme doit désormais intervenir rapidement, afin de moderniser le fonctionnement des services de santé au travail tout en redonnant de l'attractivité à une médecine du travail dont le rôle est plus indispensable que jamais (Tiré de l'introduction).

---

### Médicaments

#### Drugs

---

46117

RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.S.). Direction de l'Offre de Soins. (D.O.S.). Département des Produits de Santé. (D.P.S.). Paris. FRA

***Références juridiques - Produits de santé - Octobre 2010***

Paris : CNAMTS : 2010; 325p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/ref-jurid-produits-sante-2010.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ref-jurid-produits-sante-2010.pdf)

Le guide des « Références juridiques - Produits de santé » recense l'ensemble des textes législatifs et réglementaires, ainsi que les

instructions émanant du ministère et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), relatifs aux règles de prescription, de délivrance et de prise en charge des produits de santé, c'est-à-dire des médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), en ville et en établissement de santé. Les références tiennent compte des textes parus jusqu'au 31 octobre 2010.

Index des auteurs

*Author index*





## **INDEX DES AUTEURS/AUTHOR INDEX**

### **A**

ABADIA-TAIRA (M.B.) .....	108
Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.) .....	16, 83
ADEMA (W.) .....	41
AEBERHARD (P.) .....	71
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.) .....	96, 98, 100, 104
Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (A.N.S.E.S.) .....	50
AHONEN (S.) .....	119
ALBREHT (T.) .....	92
ALDEGHI (I.) .....	62
ALGAVA (E.) .....	52
AMBROISE-THOMAS (P.) .....	83
AMGHAR (Y.G.) .....	28
ANDERSON (G.F.) .....	113
Assemblée Nationale. (A.N.) .....	13, 24, 30, 43, 44, 52, 54, 99, 100
ATGER (F.) .....	99
AUBRY (R.) .....	22
Australian National University .....	110

BEHAGHEL (L.) .....	30
BEN HALIMA (M.) .....	123
BENSADON (A.C.) .....	101
BERCHE (P.) .....	82
BERTIN (P.) .....	99
BERTOSSI (C.) .....	64
BESSON (A.) .....	115
BIAS (E.) .....	17
BLACK (S.) .....	93
BLANCHET (D.) .....	30
BLANPAIN (N.) .....	66
BOMBA (Y.) .....	114
BORSCH-SUPAN (A.) .....	121
BOURDAIS (J.F.) .....	28
BOUVIER (G.) .....	120
BRANCHU (C.) .....	115
BRANDT (M.) .....	121
BRANGET (F.) .....	49
BRAS (P.L.) .....	99
BRERETON (L.) .....	22
BRIERE (J.) .....	124
BROUSSY (L.) .....	57
BRUGERON (C.) .....	130
BRUGUIERE (M.T.) .....	74
BUCHAN (J.) .....	93
BUCKLEY (G.) .....	81
BUR (Y.) .....	13, 43

### **B**

BAARS (E.W.) .....	39
BAETEN (R.) .....	111
BAIL (J.N.) .....	18
Banque Mondiale .....	25, 47, 126
BARBIER (G.) .....	49
BARK (P.) .....	134
BARNAY (T.) .....	117
BARTHELEMY (A.I.) .....	63
BAS-THERON (F.) .....	19, 20
BAYON (E.) .....	97
BAZILLIER (R.) .....	129

### **C**

CACACE (M.) .....	22
CAICEDO (E.) .....	34
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.) .....	27
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.) .....	15, 34, 41, 51, 77
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.) .....	53, 54
CAPDEVILLE (B.) .....	25
CARD (D.) .....	122
CARMAN (K.G.) .....	38

**Index des auteurs**  
**Author index**

CASTRO (E.).....	130
CAYLA (F.) .....	63
Center for Studying Health System Change. (C.S.H.C.).....	110
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.) .....	55
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.).....	62
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.....	114
Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé .....	72
Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.).....	29, 30
CHAMI (J.).....	95
CHAMPY (F.) .....	95
CHAPIN (W.) .....	110
CHARBOTEL (B.).....	124
CHARDON (O.) .....	66
CHARPENTIER (B.).....	83
CHARPIN (J.M.) .....	56
CHASSAGNE (P.).....	58
CHEN (J.) .....	119
CHEVALIER (A.) .....	124
CHICOYE (A.) .....	18
CHOJECKI (D.) .....	130
CHOUANIERE (D.) .....	52
CLARKE (P.) .....	67
CLEMENT (O.) .....	117
CLERC (M.E.) .....	126
CLERGEAU (M.F.).....	43
COHEN (D.R.) .....	39
COHIDON (C.) .....	52
COLDEFY (M.) .....	73
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.) .....	117
COLLINS (A.).....	80
COLUMBO (F.) .....	60
Comité Economique des Produits de Santé. (C.E.P.S.) .....	97
Comité Médical pour les Exilés. C.O.M.E.D.E.) .....	71
Commission Européenne .....	68
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (C.N.I.L.).....	134
Commonwealth Fund .....	108, 109, 113
COM-RUELLE (L.) .....	73
Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.).....	25, 55

Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.) .....	77
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.) .....	94
Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.).....	63
CORTY (J.F.) .....	63
COSTA-FONT (J.).....	60, 65
COULTER (A.) .....	80
Cour des Comptes.....	26, 33, 35, 36
COURTET (P.) .....	49
COUTURIER (D.) .....	83
CULYER (A.J.).....	114
CURRY (N.) .....	83

## D

DANIEL (C.).....	19, 20
Danish National Centre for Social Research. (S.F.I.) .....	61
DANZON (P.) .....	102, 103
DAUBRESSE (M.P.) .....	26
DAURES (J.P.) .....	18
DAVID (G.).....	89, 103
DAVIS (K.).....	109
DE CICCA (P.).....	81
DE NAVAS-WALT (C.) .....	109
DEBRAND (T.).....	30, 123
DEGOS (L.).....	16
DELLAVIGNA (S.) .....	122
Deloitte Access Economics .....	86
DENNET (L.).....	130
DICKINSON (H.).....	41, 76
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) .....	34, 35, 61
DOETTER (L.F.) .....	112
DOOR (J.P.).....	43, 100
DORGELO (A.).....	69
DREYER (P.) .....	61
DUHAMEL (G.).....	92
DUNLEAVY (P.) .....	131
DURAN (A.) .....	108
DURAND (N.).....	19, 20
DUSSILLOL (G.) .....	40

## E

Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques. (E.N.S.S.I.B.) .....	130
ECONOMOU (C.) .....	111
EL HAJ TIRARI (M.) .....	125
ELBAUM (M.) .....	27
ERREYGERS (G.) .....	67
ETTELT (S.) .....	22
European Union Agency for Fundamental Rights. (F.R.A.) .....	70
EVIN (C.) .....	15
EXTERKATE (A.) .....	120
EXWORTHY (M.) .....	23

## F

FABLET (D.) .....	95
FAHET (G.) .....	63
FAHR (R.) .....	51
FANG (H.) .....	110
FAVRE (C.) .....	100
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.) .....	96
FERRAUD-CIANDET (N.) .....	136
FEURPRIER (M.) .....	124
FINKELSTEIN (A.) .....	109
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie .....	28, 29, 72
FONSECA (R.) .....	68
FORSE (M.) .....	70
FOUDRIAT (M.) .....	87, 128
FOUQUET (A.) .....	58
FRENDIA (A.) .....	51
FRICK (B.) .....	51
FRON (P.) .....	41
FUCHS (V.R.) .....	42

## G

GADOT (L.) .....	99
GAILLARD (R.) .....	85
GALLAND (O.) .....	70
GARAU (M.) .....	103
GARCIA-ARRESTO (S.) .....	108
GATRELL (A.C.) .....	73
GAUTIER (A.) .....	80
GILLAM (S.) .....	79
GIMBERT (V.) .....	55
GLIED (S.) .....	42
GLINOS (I.A.) .....	94
GOASGUEN (C.) .....	24
GOHET (P.) .....	61
GONENC (R.) .....	107
GOODAL (A.H.) .....	88
GOTZE (R.) .....	112
GROSCLAUDE (P.) .....	45
GUINCHARD (P.) .....	21
GUTERMAN (S.) .....	109

## H

HAM (C.) .....	83
Haut Conseil de la Famille. (H.C.F.) .....	53
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.) .....	116
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.) .....	56
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.) .....	18, 85, 117, 118
HEALTH (I.) .....	79
HEALY (J.) .....	135
HEISS (F.) .....	69
HENDERSON (J.B.) .....	39
HERMANGE (M.T.) .....	101
HERNANDEZ-QUEVEDO (C.) .....	65
HERREROS (G.) .....	87
HERVEY (T.K.) .....	111
HOFMARCHER (M.M.) .....	107
HONTEBEYRIE-SOULIE (C.) .....	133
HUGUIER (M.) .....	16
HULSTAERT (F.) .....	114
HURLEY (J.) .....	81

**Index des auteurs**  
**Author index**

## I

IEZZI (E.).....	81
IMBAUD (D.) .....	55
IMBERNON (E.) .....	124
IMMERVOLL (H.).....	127
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).....	19, 20, 58, 92, 99, 101, 115
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.) .....	107
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.) .....	73, 123
Institut Français des Relations Internationales. (I.F.R.I.) .....	64
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	18, 52
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.) ...	47, 66, 120, 126
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.).....	80
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).....	45, 124
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)...	45, 105
Institut Thomas More.....	40
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.) .....	38, 39, 51, 82, 88, 125
Institute of Health Economics. (I.H.E.) .....	130
International Atomic Energy Agency. (I.A.E.A.).....	64
ISSINDOU (M.) .....	30

## J

JACQUAT (D.).....	30, 43
JOUGLA (E.).....	75
JUNG (J.) .....	110

## K

KANTAREVIC (J.).....	82
KERVASDOUE (J. de) .....	87

King's Fund Institute .....	80, 83
KIOUR (A.) .....	99
KNOEF (M.) .....	39
KOENIG (D.).....	100
KOOREMAN (P.) .....	39
KOPONEN (P.) .....	119
KOUBI (M.) .....	34
KOUCHNER (G.).....	78
KRALJ (B.) .....	82
KRIEGER (N.) .....	122
KUHL (C.).....	66
KUHN (A.).....	38
KUMAR (N.).....	119

## L

LA ROSA (E.) .....	98
LADAIQUE (M.).....	41
LADOUCETTE (O. de).....	59
LALIVE (R.).....	38
LAMBERTERIE (O. de).....	133
LAURENT (P.).....	74
LAVALLEE (P.) .....	125
LE BIHAN (B.).....	60
LE BIPE .....	99
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.) .....	77
LE PEN (C.).....	117
LEAPE (L.) .....	21
LEBAS (J.).....	71
LEBRUN (T.).....	18
LEFRAND (G.) .....	52
LEFRERE (J.J.).....	82
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.)..	99
LI (J.).....	81
LIANG (D.) .....	119
LIMOUSIN (M.).....	76
LINDERMAN (M.) .....	119
LIPPI-BRUNI (M.).....	81
LIUA (Q.).....	103
LOISANCE (D.) .....	83
London School of Economics and Political Science. (L.S.E.) .....	38, 65, 115, 131
LOONES (A.) .....	62
LOPEZ (R.) .....	76
LORENZONI (L.).....	90
LSE Public Policy Group.....	131
LUCAS-GABRIELLI (V.) .....	73

**Index des auteurs**  
**Author index**

LUMSDAINE (R.L.) .....120  
 LUNT (N.) .....23

**M**

MAIER (C.) .....94  
 MALMENDIER (U.) .....122  
 MALOCHET (G.) .....55  
 MAQUART (B.) .....99  
 MARESSO (A.) .....111  
 MARIE (E.) .....101  
 MARKOVICH (P.) .....113  
 MARKOWITZ (S.) .....103  
 MARMOT (M.) .....67  
 MARTIN (C.) .....60  
 MCFADDEN (D.) .....69  
 MCGUIRE (A.) .....65  
 MCLENNAN (S.) .....25  
 McMaster University .....81  
 Médecins du Monde (M.D.M.) .....63  
 MICHEL (F.B.) .....83  
 MILHAUD (G.) .....16  
 MILLAR (R.) .....113  
 Ministère chargé de la Santé.  
 (M.S.S.P.S.) ... 14, 22, 31, 34, 35, 37, 48, 54, 55,  
 56, 59, 61, 71, 86, 88, 90, 135  
 Ministère de l'Enseignement Supérieur et de  
 la Recherche. (M.E.S.R.) .....85  
 Ministère des Solidarités et de la Cohésion  
 Sociale .....115  
 Ministère du Budget des Comptes Publics et  
 de la Réforme de l'Etat .....35  
 Ministère du Travail de la Solidarité et de la  
 Fonction Publique.....35  
 Mission Interministérielle de Recherche et  
 d'Expérimentation. (M.I.R.E.) .....61  
 MITIS (F.) .....59  
 MOLLETT (A.) .....131  
 MONSO (O.) .....126  
 MORAN (D.) .....131  
 MOREL (A.) .....56  
 MORELLE (A.) .....101  
 MORIN (A.) .....99  
 MOSSIALOS (E.) .....111  
 MULCAHY (A.W.) .....102  
 MULLA (A.) .....113

**N**

National Bureau of Economic Research.  
 (N.B.E.R.) .....30, 69, 79, 89, 102, 103, 109, 120,  
 122  
 National Institute for Health and Welfare.. 119  
 Netherlands Institute for Health Promotion  
 and Disease Prevention. (N.I.G.Z.) ..... 69  
 Network for Studies on Pensions - Aging and  
 Retirement. (N.E.T.S.P.A.R.) ..... 67  
 NEYT (M.) ..... 114  
 NIEL (X.) ..... 47

**O**

Observatoire Européen des Systèmes et  
 Politiques de Santé ..... 94, 111  
 Observatoire Régional de la Santé  
 d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.) ..... 14, 74  
 Office of Health Economics. (O.H.E.) ..... 103  
 OR (Z.) ..... 121  
 Organisation de Coopération et de  
 Développement Economique.  
 (O.C.D.E.) .....23, 41, 43, 60, 90, 93, 107, 127  
 Organisation des Nations Unies. (O.N.U.) .. 127  
 Organisation Internationale du Travail.  
 (O.I.T.) ..... 66  
 Organisation Mondiale de la Santé.  
 (O.M.S.)... 13, 16, 17, 46, 47, 48, 59, 67, 92, 94,  
 106, 108, 111

**P**

PAFFRATH (D.) ..... 102  
 PAOLUCCI (F.) ..... 43  
 PAUTI (M.D.) ..... 63  
 PEARSON (M.) ..... 90  
 PENAUD (P.) ..... 28  
 PEPIN (P.), PRAZNOCZY (C.) ..... 74  
 PERMANAND (G.) ..... 111  
 PETIT (J.F.) ..... 21  
 PIETRO (C.) ..... 92

**Index des auteurs**  
**Author index**

POILIQEN (E.) .....	126
POLETTI (B.) .....	43
POLSKY (D.) .....	89
PONCHON (F.) .....	133
POS (S.) .....	69
POULIAKAS (K.) .....	125
POUVOURVILLE (G. de) .....	18
POWELL (M.) .....	113
PRAZNOCZY (C.) .....	14
Présidence de la République .....	26
PROCTOR (B.D.) .....	109
PRUD'HOMME (D.) .....	64
PY (B.) .....	133

## R

RABILLE (E.) .....	40
Rand Corporation .....	68
RAND Europe .....	22
RATTE (E.) .....	55
RAWLEY (E.) .....	89
REBITZER (J.B.) .....	79
REMONTET (L.) .....	45
RICAN (S.) .....	75
RICHARDSON (L.) .....	127
ROBINET (A.) .....	99
ROBINSON (S.) .....	41, 76
ROCHE (J.) .....	40
ROGER (M.) .....	30
ROLLAND (Y.) .....	58
ROSSIGNOL (C.) .....	16
ROSSO-DEBORD (V.) .....	54
ROSTGAARD (T.) .....	61
ROUT (H. S.) .....	112
RYS (V.) .....	31

## S

SACHIN (G.) .....	103
SALEM (G.) .....	75
SCHEIL-ADLUNG (X.) .....	66
SCHOENBAUM (S.C.) .....	109
SCHRODER (M.) .....	121
SCHWABE (U.) .....	102

Sénat .....	49, 74, 101
SERMET (C.) .....	52
SETHI (D.) .....	59
SIRIWARDENA (A.N.) .....	79
SIRUGUE (C.) .....	24
SIRVEN (N.) .....	121
SITRUCK (P.) .....	58
SIVASANKARA KURUP (A.) .....	17
SIVEK (P.) .....	14
SMITH (J.C.) .....	109
SMITH (P.C.) .....	42
SMITH (R.) .....	23
SOMMERFELD (J.) .....	17
SORENSEN (B.S.) .....	13
SOULIGNAC (R.) .....	99
SPATH (P.L.) .....	21
STOWASSER (T.) .....	69
STRITTMATTER (A.) .....	17
SUNDE (U.) .....	17

## T

TABUTEAU (D.) .....	71
TAUBAM (S.) .....	109
Terra Nova .....	57
The Nuffield Trust .....	76
THIERRY (M.) .....	115
TINGLE (J.) .....	134
TLILI (C.) .....	56
TOMASINO (A.) .....	63
TOWSE (A.) .....	103
TOWSE (A.K.) .....	102
TRAN (C.) .....	110
TREGOAT (J.J.) .....	58
TREMBLAY (M.E.) .....	125
TUOMI-NIKULA (A.) .....	119

## U

UGOLINI (C.) .....	81
UHRY (Z.) .....	45
Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.) - Que Choisir .....	40, 57

**Index des auteurs**  
**Author index**

Union Nationale des Associations Familiales.  
(U.N.A.F.) .....58  
Union Nationale des Sociétés Etudiantes  
Mutualistes Régionales. (U.S.E.M.) .....65  
United States General Accounting Office.  
(G.A.O.) .....110  
Université Jean-Monnet .....97  
University of Birmingham .....113  
University of Bologna .....81  
University of Bremen .....112  
University of Iowa .....119  
University of Saint Gallen .....17  
University of York .....78, 114  
US Census Bureau .....109

**Y**

YANAT-IRFANE (A.) ..... 34

**Z**

ZANE (R.D.) ..... 13  
ZHENG (Y.) ..... 68  
ZIGANTE (V.) ..... 115  
ZORN-MACREZ (C.) ..... 133  
ZWEIMULLER (J.) ..... 38

**V**

VAILLANT (Z.) .....75  
VAN OURTI (T.) .....67  
VANDOROS (S.) .....38  
VELLAS (B.) .....58  
VEROLLET (Y.) .....55  
VERON (P.) .....63  
VERVOORDELDONK (J.) .....69  
VILLEBRUN (F.) .....76  
VOTRUBA (M.E.) .....79  
VRANCKEN (D.) .....26

**W**

WALLACH (D.) .....78  
WANTE (B.E.) .....13  
WEBER (M.) .....55  
WEBER (O.) .....56  
WERDING (M.) .....25  
WILLIAMS (I.) .....41, 76  
WINCK (I.) .....114  
WINTER (J.) .....69  
WISKOW (C.) .....92  
WISMAR (M.) .....94  
WOOD (S.) .....59  
WORGOTTER (A.) .....107  
WRIGHT (M.) .....109





Carnet d'adresse des éditeurs

*Publishers adress book*



## **CARNET D'ADRESSE DES ÉDITEURS** **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

### **A**

**A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de  
Sécurité Sanitaire des Produits du  
santé)**

Unité de Documentation  
143-147, Bd Anatole France  
93285 St Denis cedex  
☎ 01 49 77 38 20  
Fax : 01 49 77 26 13  
Email : [wb.internet@afssa.fr](mailto:wb.internet@afssa.fr)  
<http://www.afssaps.fr/>

**A.N.S.E.S. (Agence Nationale de  
Sécurité Sanitaire Alimentation  
Environnement travail)**

(ex A.F.S.S.A.)  
27/31 avenue du général Leclerc  
94701 Maisons-Alfort  
☎ 01 49 77 13 50  
<http://www.afssa.fr>

**A.S.I.P. Santé (Agence nationale des  
Systèmes d'Information Partagés de  
santé)**

9 rue Georges Pitard  
75015 Paris  
☎ 01 58 45 32 50  
Fax : 01 58 45 33 33  
<http://esante.gouv.fr/>

**Académie Nationale de Médecine**

16, rue Bonaparte  
75272 Paris cedex 06  
☎ 01 42 34 57 70  
Fax : 01 40 46 87 55  
<http://www.academie-medecine.fr>

**Armand Colin Editions**

21, rue du Montparnasse  
75283 Paris cedex 06  
☎ 01 44 39 54 47  
Fax : 01 44 39 43 43  
Email : [infos@armand-colin.com](mailto:infos@armand-colin.com)  
<http://www.armand-colin.com/>

**Ashgate Publishing Limited**

Gower House Croft Road  
Aldershot, Hampshire  
GU11 3HR, Royaume-Uni  
Fax : 00 44 1252 344405  
<http://www.ashgate.com>

**Assemblée Nationale**

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

**Australian National University**

Research school of Economics  
College of Business and Economics  
HW Arndt Building 25a  
The Australian National University ACT 0200  
Australie  
<http://rse.anu.edu.au/>

## B

### **Banque Mondiale / World Bank**

1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433  
Etats-Unis  
Email : [books@worldbank.org](mailto:books@worldbank.org)  
<http://www.worldbank.org>  
<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de  
recherche des documents et rapports)  
<http://econ.worldbank.org/> (documents de  
recherche sur la Banque mondiale)

### **Banque Mondiale (Distributeur en France)**

Editions Eska;  
12, rue du Quatre-Septembre  
75002 Paris  
☎ 01 42 86 55 66  
Email: [eska@eska.fr](mailto:eska@eska.fr)  
<http://www.eska.fr/>

### **BIPE (Le)**

Le Vivaldi  
11/13 rue René Jacques  
92138 Issy-les-Moulineaux Cedex  
☎ (0)1 70 37 23 23  
<http://www.bipe.com>

## C

### **C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)**

18, rue de Martignac  
75700 Paris cedex 07  
☎ 01 45 56 51 00  
Fax : 01 45 55 53 27  
<http://www.strategie.gouv.fr/>

### **C.C.M.S.A. (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)**

Direction des Statistiques et des Etudes  
Economiques et Financières  
Les Mercuriales

40, rue Jean-Jaurès  
73547 Bagnole Cedex  
☎ 01 41 63 80 77  
Fax : 01 41 63 83 80  
<http://www.msa.fr>

### **C.E.P.S. (Comité Economique des Produits de Santé)**

8, av. de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
☎ 01 40 56 73 76  
Fax : 01 43 06 72 05  
<http://www.sante.gouv.fr/ceps/>

### **C.E.S. (Collège des Economistes de la Santé)**

7, rue de Citeaux  
75012 Paris  
☎ 01 43 45 75 65  
Fax : 01 43 45 75 67  
Email : [ces2@wanadoo.fr](mailto:ces2@wanadoo.fr)  
<http://www.ces-asso.org/>

### **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  
☎ : 04 77 81 17 17  
<http://www.cetaf.asso.fr/>

### **C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information) / I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé)**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Canada  
☎ 00 1 613 241 7860  
Fax : 00 1 613 241 8120  
<http://www.cihi.ca>

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

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

**Carnet d'adresse des éditeurs**  
**Publisher Address Book**

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

180, bd Haussman  
75008 Paris  
☎ 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  
☎ 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr>

**C.N.C.P.H. (Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées)**

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.  
72 rue de Varenne  
75007 Paris

**C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)**

8, rue Vivienne  
CS 30223  
75083 Paris cedex 02  
☎ 01 53 73 22 22  
<http://www.cnil.fr/>

**C.N.L.E. (Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale)**

Adresse postale :  
DGCS  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

Adresse des bureaux :  
DGCS  
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon  
75014 Paris  
<http://www.cnle.gouv.fr/>

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

180, bd Haussman  
75008 Paris  
☎ 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  
☎ 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr>

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

66 avenue du Maine  
75682 Paris cedex 14  
☎ 01 53 91 28 00  
<http://www.cnsa.fr>

**C.R.E.D.O.C. (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie)**

142, rue du Chevaleret  
75013 Paris  
☎☎ 01 40 77 85 01  
Fax : 01 40 77 85 33  
<http://www.credoc.fr/>

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

10, rue Cambacérès  
75008 Paris  
☎ 01 42 66 68 49  
Fax : 01 42 66 64 90  
<http://www.ctip.asso.fr>

**Cambridge University Press**

The Edinburgh Building  
Cambridge CB2 1RP  
Royaume-Uni  
<http://www.cambridge.org/>

**Cavalier bleu (Le)**

31, rue de Bellefonds  
75009 Paris  
☎ 01 44 69 15 00  
Fax : 01 44 69 15 10  
<http://www.lecavalierbleu.com/>

**Chronique sociale**

7 rue du Plat  
69288 Lyon cédex 02  
☎ 04 78 37 22 12  
<http://www.chroniquesociale.com/>

**Carnet d'adresse des éditeurs**  
**Publisher Address Book**

**Comede (Le) (Comité Médical pour les Exilés)**

Hôpital de Bicêtre  
BP 31  
78, rue du Général Leclerc  
94272 Le Kremlin Bicêtre cedex  
☎ 01 45 21 38 40  
Fax : 01 45 21 38 41  
Email : [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
<http://www.comede.org>

**Commonwealth Fund (The)**

One east 75<sup>th</sup> street  
New York, NY 10021.2692  
Etats-Unis  
☎ 00 1 212 535 0400  
Email : [cmwf@cmwf.org](mailto:cmwf@cmwf.org)  
<http://www.commonwealthfund.org/>

**Cour des Comptes**

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

**Commission des comptes de la Sécurité sociale**

D.S.S. (Direction de la Sécurité Sociale)  
Ministère de la Santé et de la Protection sociale  
Sous-direction du financement et de la gestion de la Sécurité sociale  
1, Place Fontenoy  
75350 Paris 07 SP  
☎ 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)

**D**

**D.A.T.A.R. (Délégation Interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale)**

8, rue de Penthièvre  
75800 Paris Cedex 08  
☎ 01 40 65 12 34  
<http://territoires.gouv.fr/la-datar>

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

Ministère chargé de la Santé, Ministère des Affaires sociales  
11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
☎ 01 40 56 80 68  
Fax : 01 40 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/publications-de-la-drees,3891.html>

**Dalloz-Sirey**

31-35 rue Froidevaux  
75685 Paris Cedex 14  
☎ 01 40 64 54 54  
Fax : 01 40 64 54 60  
Email : [ventes@dalloz.fr](mailto:ventes@dalloz.fr)  
<http://www.dalloz.fr>

**Danish National Centre for Social Research**

Herluf Trolles Gade 11  
1052 København K  
Danemark  
☎ +45 33 48 08 00  
[http://www.sfi.dk/the\\_danish\\_national\\_centre\\_for\\_social\\_research-2631.aspx](http://www.sfi.dk/the_danish_national_centre_for_social_research-2631.aspx)

**Documentation Française (La)**

Librairie de Paris  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
☎ 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 72 30  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

**Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)**

124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
☎ 01 40 15 68 74  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

**Deloitte Access Economics**

Level 1  
9 Sydney Avenue  
Barton ACT 2600  
PO Box 6334  
Kingston ACT 2604  
Australie  
☎ +61 2 6175 2000  
[www.deloitte.com/au/economics](http://www.deloitte.com/au/economics)

**Dunod**

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

**E**

**E.N.S.S.I.B. (Ecole Nationale Supérieure  
des Sciences de l'Information et des  
Bibliothèques)**

17/21, boulevard du 11 Novembre 1918  
69623 Villeurbanne cedex  
<http://www.enssib.fr/>

**Editions de l'Atelier (Les)**

51-55 rue Hoche  
Bât. B Hall 1 Étage 3  
94200 Ivry-Sur-Seine  
☎ 01 45 15 20 20  
<http://www.editionsatelier.com/>

**Editions des Journaux Officiels**

26 rue Desaix  
75727 Paris cedex 15  
☎ 01 40 58 75 00  
Email : [info@journal-officiel.gouv.fr](mailto:info@journal-officiel.gouv.fr)  
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

**Le Coudrier (Editions)**

Park avenir II  
313 avenue Marcel Mérieux  
Zone d'activités de Sacuny  
69530 Brignais  
<http://www.lecoudrier.fr/>

**Editions E.H.E.S.P. (Ecole des hautes  
Etudes en Santé Publique)**

Avenue du Professeur Léon-Bernard  
CS 74312  
35043 Rennes  
☎ 02 99 54 90 98  
Fax : 02 99 54 22 84  
<http://www.presses.ehesp.fr/>

**Editions Heures de France**

7, cité du Cardinal-Lemoine  
75005 Paris  
☎ 01 53 10 08 18  
Fax : 01 53 10 85 19  
<http://www.heuresdefrance.com/>

**Editions Le Pommier**

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

**Éditions Perrin**

11 rue de Grenelle  
75007 Paris  
☎ 01 53 63 50 10  
<http://www.editions-perrin.fr/main.php>

**Etudes Hospitalières (Les)**

38, rue du Commandant Charcot  
33000 Bordeaux Centre  
☎ 05 56 98 85 79  
<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

**European Union Agency for Fundamental  
Rights**

Schwarzenbergplatz 11  
1040 Vienne / Autriche  
☎ +43 1 580 30 60  
Email : [information@fra.europa.eu](mailto:information@fra.europa.eu)  
<http://www.fra.europa.eu>

## F

### **F.N.M.F. (Fédération Nationale de la Mutualité Française)**

255, rue de Vaugirard  
75719 Paris cedex 15  
☎ 01 40 43 30 30  
Email : [webmail@mutualite.fr](mailto:webmail@mutualite.fr)  
<http://www.mutualite.fr/>

### **Fayard**

13, rue du Montparnasse  
75006 Paris  
☎ 01 45 49 82 00  
<http://www.fayard.fr/Site/CtlPrincipal>

### **Fonds CMU (ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie)**

Tour Onyx  
10, rue Vandrezanne  
75013 Paris  
☎ 01 58 10 11 90  
Fax : 01 58 10 11 99  
<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  
☎ 00 1 202 512 6000  
Fax : 00 1 202 512 6061  
<http://www.gao.gov/>

## H

### **H.A.s. (Haute Autorité de santé)**

2, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
☎ 01 55 93 70 00  
Email : [contact.web@has-sante.fr](mailto:contact.web@has-sante.fr) (webmaster)

Email : [contact.presse@has-sante.fr](mailto:contact.presse@has-sante.fr) (contact presse)

Email : [contact.revues@has-sante.fr](mailto:contact.revues@has-sante.fr) (contact revues)

[http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j\\_5](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5)

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

Adresse postale :  
Ministère de la santé  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
14 avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
☎ 01 40 56 56 00  
Fax 01 40 56 59 55

Locaux HCAAM:  
Ministère de la santé  
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
7 rue Saint-Georges - 5ème étage  
75009 Paris  
<http://www.securite-sociale.fr/-Actualites,1189->

### **H.C.S.P. (Haut Conseil de la Santé Publique)**

Adresse postale  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

Bureaux  
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon  
75014 Paris  
☎ 01 40 56 79 80  
☎ ADSP : 01 40 56 79 56  
Fax : 01 40 56 79 49  
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil>



**Harmattan (L')**

5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique  
75005 Paris  
☎ 01 43 54 79 14  
Fax : 01 43 29 86 20  
<http://www.editions-harmattan.fr>

**Haut Conseil de la Famille :**

Ministère Travail, Emploi et Santé  
Adresse postale :  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris Cedex SP 07  
☎ 01 40 56 56 00

Adresse des bureaux :

11, pl. Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon  
75014 Paris

**Health Services Management Centre  
(HSMC)**

University of Birmingham  
Park House  
40 Edgbaston Park Road  
Birmingham  
B15 2RT  
Royaume-Uni



**I.F.R.I. (Institut Français des Relations  
Internationales)**

27 rue de la Procession  
75740 Paris Cedex 15  
☎ 01 40 61 60 00  
Email : [accueil@ifri.org](mailto:accueil@ifri.org)  
<http://www.ifri.org/index.php>

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

25-27, rue d'Astorg  
75008 Paris  
☎ 01 40 56 6000  
Fax : 01 40 56 6001  
<http://www.igas.gouv.fr/>

**I.H.E. (Institute of Health Economics)**

10405 Jasper Avenue  
Edmonton, Alberta  
Canada T5J 3N4  
☎ 00 1 780 448 4881  
Fax : 00 1 780 448 0018  
<http://www.ihe.ca/>

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

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

**I.N.P.E.S. (Institut National de  
Prévention et d'Éducation pour la Santé)**

42, Bd de la Libération  
93203 St Denis cedex  
☎ 01 49 33 22 22  
<http://www.inpes.sante.fr>

**I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)**

12 rue du Val d'Osne  
94415 St Maurice cedex  
☎ 01 41 79 67 00  
Fax : 01 41 79 67 67  
<http://www.invs.sante.fr>

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

18, boulevard Adolphe-Pinard  
75675 Paris cedex 13  
☎ 01 41 17 50 50  
<http://www.insee.fr>

Diffusion : Insee Info Service

Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452  
Fax : 01 53 17 88 09  
[http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil\\_ppp.htm](http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm)

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

Service Editions Librairie  
101, rue de Tolbiac  
75013 Paris  
☎ 01 44 23 60 82  
Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de recherche de l'Inserm)  
Fax : 01 45 85 68 56  
<http://www.inserm.fr>  
<http://bir.inserm.fr/>

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

(ex CREDES)  
Service Publication-communication  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
☎ 01 53 93 43 17  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [presse@irdes.fr](mailto:presse@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr>

**I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)**

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9  
PO Box 7240  
53072 Bonn  
Allemagne  
☎ 00 49 228 3894 0  
Fax : 00 49 228 3894 510  
Email : [iza@iza.org](mailto:iza@iza.org)  
<http://www.iza.org/>

**Institut Diderot**

Fonds de dotation pour le développement de l'économie sociale  
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon  
75014 Paris  
☎ +33 (0)1 53 10 65 60  
Email : [contact@institutdiderot.fr](mailto:contact@institutdiderot.fr)  
<http://www.institutdiderot.fr/>

**Institut Thomas More**

20, rue Laffitte  
75009 Paris  
☎ 01 49 49 03 30  
Email : [info@institut-thomas-more.org](mailto:info@institut-thomas-more.org)  
<http://www.institut-thomas-more.org/home.html>

**International Atomic Energy Agency**

Vienna International Centre  
PO Box 100  
1400 Vienne  
Autriche  
<http://www-pub.iaea.org>

**J**

**John Libbey Eurotext**

127, av. de la République  
92210 Montrouge  
☎ 01 46 73 06 60  
Fax : 01 40 84 09 99  
Email : [contact@john-libbey-eurotext.fr](mailto:contact@john-libbey-eurotext.fr)  
<http://www.john-libbey-eurotext.fr>

**John Wiley & Sons**

Wiley Europe Ltd.  
Customer Services Department (ref. DMW)  
1 Oldlands Way  
Bognor Regis  
West Sussex  
PO22 9SA  
Royaume Uni  
<http://www.wiley.co.uk>

## K

**K.C.E. (Federaal Kenniscentrum voor de  
Gezondheidszorg / Centre Fédéral  
d'Expertise des Soins de Santé)**

Centre Administratif du Botanique  
Door Building (10e étage)  
Boulevard du Jardin Botanique 55  
1000 Bruxelles  
Belgique  
☎ 00 32 2 287 33 88  
<http://www.kce.fgov.be/>

**King's Fund Institute**

11-13 Cavendish Square  
London W1G 0AN  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 20 7307 2591  
Fax : 00 44 20 7307 2801  
Email : [bookshop@kingsfund.org.uk](mailto:bookshop@kingsfund.org.uk)  
<http://www.kingsfund.org.uk>

## L

**London School of Economics and Political  
Science (L.S.E.)**

Houghton Street  
London WC2A 2AE  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 20 7405 7686  
<http://www2.lse.ac.uk/home.aspx>

## M

**McMaster University**

Department of Economics  
Kenneth Taylor Hall, Rm 426  
McMaster University  
1280 Main Street West  
Hamilton, Ontario, Canada  
L8S 4M4  
☎ 00 1 905 525 9140, ext. 22765  
Email : [econ@mcmaster.ca](mailto:econ@mcmaster.ca)  
[econch@mcmaster.ca](mailto:econch@mcmaster.ca)  
<http://www.mcmaster.ca/economics/>

**Flammarion-Médecine-Sciences**

Le Sequana  
87 quai Panhard et Levassor  
75 647 Paris cedex 13  
☎ 01 40 51 30 08  
Fax : 01 43 25 01 18  
<http://medecine.flammarion.com/>

**Médecins du Monde**

62, rue Marcadet  
75018 Paris  
☎ 01 44 92 15 15  
Email : [medmonde@medecinsdumonde.org](mailto:medmonde@medecinsdumonde.org)  
<http://www.medecinsdumonde.org>

**Ministère chargé de la Santé  
(M.S.S.P.S.)**

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

**Ministère de l'Éducation Nationale, de  
l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche**

3-5, bd Pasteur  
75015 Paris  
☎ 01 55 55 77 01  
Fax : 01 55 55 77 13  
<http://www.education.gouv.fr/index.php>

**Munich Personal RepeCH Archive**

Munich University Library  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
D-80539 Munich  
Allemagne  
<http://mpa.ub.uni-muenchen.de/>

**New Century Publications**

4800/24, Bharat Ram Road,  
Ansari Road, Daryaganj,  
New Delhi - 110 002  
Inde  
<http://www.newcenturypublications.com/servlet/ncpHome>



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

1050 Massachusetts Avenue  
Cambridge MA 02138  
Etats-Unis  
☎ 001 617 588 0315  
<http://www.nber.org>

**Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services**

59 New Cavendish Street  
London W1G 7LP  
Royaume Uni  
☎ 00 44 20 7631 8450  
Email : [mail@nuffieldtrust.org.uk](mailto:mail@nuffieldtrust.org.uk)  
<http://www.nuffieldtrust.org.uk>

**National Institute for health and Welfare.**

P.O. Box 30  
00271 Helsinki  
Finlande  
[http://www.thl.fi/en\\_US/web/en/Home](http://www.thl.fi/en_US/web/en/Home)



**Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention**

P.O. Box 550  
3440 AM Woerden  
Pays-Bas  
<http://eurohealthnet.eu/>

**O.C.D.E.**

Les éditions sont localisées à l'O.C.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour y acheter les documents.

Les publications sont diffusées par...  
Librairie de l'OCDE en ligne  
Pour acheter en ligne monographies et publications en série  
<http://www.ocdelibrairie.org>  
<http://www.oecdbookshop.org>

**Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement**

Tilburg University Campus - Tias Building  
Warandelaan 2  
5037 AB Tilburg  
Pays-Bas  
☎ 31 13 466 2109.  
<http://www.netspar.nl/>

Documents en ligne :

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

Autres diffuseurs...

Monographies  
Documentation Française (La)  
Librairie de Paris  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
☎ 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 72 30  
Email : [libparis@ladocfrancaise.gouv.fr](mailto:libparis@ladocfrancaise.gouv.fr)  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>  
=> rechercher sur « OCDE »

**Carnet d'adresse des éditeurs**  
**Publisher Address Book**

Abonnements (publications en série,  
documents de travail... ) à souscrire auprès du  
distributeur anglais  
Extenza Turpin  
Pegasus Drive  
Stratton Business Park  
Biggleswade  
Bedfordshire, SG18 8TQ  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 1767 604 800  
Fax : 00 44 1767 601 640  
[http://www.turpin-distribution.com/turpinweb  
/content/home.aspx](http://www.turpin-distribution.com/turpinweb/content/home.aspx)

Consultation des documents : à la  
Documentation Française

**O.I.T. (Organisation International du  
Travail)**

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

**O.H.E. (Office of Health Economics)**

12 Whitehall  
London SW1A 2DY  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 20 7747 8850  
<http://www.ohe.org/page/index.cfm>

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

Avenue Appia  
CH 1211 Genève 27  
Suisse  
☎ 00 41 22 791 21 11  
<http://www.who.int/en/>  
[http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents  
2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE](http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents/2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE) (diffuseurs  
en France)

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

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

**O.N.U.**

Publication Room DC2-853  
New York 10017  
Etats-Unis  
☎ 00 1 212 963 8302  
<http://www.un.org/Publications>

**O.R.S.I.F. (Observatoire régional de la  
Santé d'Ile-de-France)**

43 rue Beaubourg  
75003 Paris.  
☎ 01 77 49 78 60  
Fax : 01 77 49 78 61  
Email : [ors-idf@ors-idf.org](mailto:ors-idf@ors-idf.org)  
<http://www.ors-idf.org>

**Office des Publications Officielles des  
Communautés Européennes**

2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
☎ 00 352 29 29 1  
[http://publications.europa.eu/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/index_fr.htm)

Réseau d'agents de vente :  
[http://publications.europa.eu/others/agents/index  
\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm) => France

**Oxford University Press**

Publishing office  
Great clarendon Street  
Oxford OX2 6DP  
Royaume-Uni  
Email: [enquiry@oup.co.uk](mailto:enquiry@oup.co.uk)  
<http://www.oup.co.uk/>

## P

### **Parangon/Vs**

31, rue de Brest  
69002 Lyon  
☎ 04 92 53 59 62  
<http://www.editions-parangon.com/f/index.php>

### **Pearson Education France**

47bis avenue des Vinaigriers  
75010 Paris  
☎ 01 72 74 90 00

### **Policy Press (The)**

Fourth Floor Beacon House  
Queen's road  
Bristol BS8 1QU  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 117 331 4054  
Fax : 00 44 117 331 4093  
<http://www.policypress.org.uk>

### **Presses de Sciences Po**

117, boulevard Saint-Germain  
75006 Paris  
☎ 01 45 49 83 64  
Email : [info.presses@sciences-po.fr](mailto:info.presses@sciences-po.fr)  
<http://www.pressesdesciencespo.fr/>

### **Presses Universitaires de France (PUF)**

6, avenue Reille  
75685 Paris Cedex 14  
☎ : 01.58.10.31.00  
Fax : 01.58.10.31.82  
<http://www.puf.com/>

### **Presses Universitaires de Nancy**

42- 44 avenue de la Libération  
BP 3347  
54014 Nancy Cedex  
☎ 03 83 96 84 30  
Fax : 03 83 96 84 39  
Email : [pun@univ-nancy2.fr](mailto:pun@univ-nancy2.fr)  
<http://www.univ-nancy2.fr>

## R

### **Radcliffe Publishing**

18, Marcham Road  
Abingdon  
Oxford OX14 1AA  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 1235 528 820  
Fax : 00 44 1235 528 830  
Email : [contactus@radcliffemed.com](mailto:contactus@radcliffemed.com)  
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

### **Rand corporation**

Publications customer services  
1776 Main Street  
PO Box 2138  
Santa Monica CA 90407-2138  
Etats-Unis  
☎ 00 1 310 451 7002  
Fax : 00 1 412 802 4981  
Email : [order@rand.org](mailto:order@rand.org)  
<http://www.rand.org>

### **Routledge**

2, Park Square  
Milton Park  
London EC4 P 4EE  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 20 7583 9855  
Fax : 00 44 20 7842 2298  
<http://www.routledge.com/>

## S

### **Sénat**

15, rue de Vaugirard  
75292 Paris cedex 06  
☎ 01 42 34 20 00  
Espace librairie  
20 rue de vaugirard 75006 Paris  
☎ 01 42 34 21 21  
Email : espace-librairie@senat.fr  
<http://www.senat.fr>

### **Social Science Electronic Publishing**

2171 Monroe Avenue, Suite 3  
Rochester, NY 14618  
Etats-Unis  
<http://www.ssrn.com/>

### **Springer-Verlag Berlin**

PO-Box 14302  
Heidelberger Platz 3  
D-14197 Berlin  
Allemagne  
<http://www.springer.com>

### **Springer Medizin**

Tiergartenstraße 17  
69121 Heidelberg  
Allemagne  
☎ : +49 6221 487-0  
fax: +49 6221 487 8611  
[www.springer.com/sgw/cda/frontpage/0,,5-10054-0-0-0.00.html](http://www.springer.com/sgw/cda/frontpage/0,,5-10054-0-0-0.00.html)

## T

### **Temps des Cerises (Le)**

6, av. Edouard Vaillant  
93500 Pantin  
☎ 01 49 42 99 11  
Fax : 01 49 42 99 68  
Email : editeur@tdcerises.com

### **Terra Nova**

66 avenue des Champs-Elysées  
75008 Paris  
☎ 01 58 36 15 20  
<http://www.tnova.fr/>

## U

### **U.F.C. (Union Fédérale des Consommateurs)**

11, rue Guénot  
75011 Paris  
☎ 01 43 48 55 48  
Fax : 01 43 43 44 35  
<http://www.quechoisir.org/>

### **U.N.A.F. (Union Nationale des Associations Familiales)**

(CISS)  
28, pl. St Georges  
75009 Paris  
☎ 01 49 95 36 97  
Fax : 01 49 95 36 44  
<http://www.unaf.fr>

### **U.S.E.M. (Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales)**

116, rue du Bac  
75007 Paris  
☎ 01 44 18 37 87  
<http://www.usem.fr>

### **Université Jean Monnet, Faculté de Médecine**

15, Rue Ambroise Paré  
42023 Saint-Etienne cedex 2  
☎ : 04 77 42 14 00

**University of Bremen**

Postfach 33 04 40-D  
28334 Bremen  
Allemagne  
☎ 49 421 218-8720

**University of Saint Gallen**

Department of Economics  
Bodanstr. 1  
CH-9000 St. Gallen

**University of York**

Department of economics and related studies  
York  
Y010 5DD  
Royaume-Uni  
☎ (0)1904 433776  
Fax : (0) 1904 433759  
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

**US Government Printing Office**

732 north Capitol  
Washington DC, 20401  
Etats-Unis  
Fax : 202.512.2104  
Email : [ContactCenter@gpo.gov](mailto:ContactCenter@gpo.gov)  
<http://www.gpo.gov>



**Wiley-Blackwell**

108 Cowley Road  
Oxford OX4 AJF  
Royaume-Uni  
00 44 1865 776868  
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/Brand/id-35.html>

**World Scientific Publishing Co, Ltd**

52 Shelton Street  
London WC2H 9HE  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 207 836 0888  
Fax : 00 44 207 836 2020  
Email : [sales@wspc.com.sg](mailto:sales@wspc.com.sg)  
<http://www.wspc.com.sg/>





## **Irdes Documentation center**

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

### **Missions**

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

**On-site consultation, on appointment only:**  
Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:  
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

### **Multidisciplinary documentary archives**

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

### **Documentary products**

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

## **La documentation de l'Irdes**

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

### **Missions**

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

**Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :**

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :  
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

### **Fonds documentaire pluridisciplinaire**

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

### **Produits documentaires**

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé

