

Quoi de neuf, Doc ?

Août-octobre / Aug.-October 2012, n° 4

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

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 ?

Août-septembre-octobre 2012, n° 4

Table of contents (in English)	5	Présentation.....	2
		Comment lire une notice ?.....	7
		Index des auteurs	83
		Carnet d'adresse des éditeurs.....	91

Références bibliographiques

11 POLITIQUE DE SANTÉ

Croissance économique	11
Droits des malades	11
Performance	11
Politique des handicapés	12
Réforme	13
Satisfaction des usagers.....	14

15 PROTECTION SOCIALE

Arrêts maladie.....	15
Assurance maladie	15
Couverture maladie universelle	16
Enquête ESPS.....	18
Mgen.....	18
Minima sociaux	19
Politique sociale.....	19
Protection complémentaire d'entreprise	20
Retraite	20

22 PRÉVENTION

Accidents de trajet	22
Accidents du travail.....	22
Comportement de santé	22
Démence.....	23
Politique d'ensemble.....	23

24 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Comptes de la Sécurité sociale	24
Croissance économique	24
Dépenses de santé.....	25

Etudes d'ensemble	27
Financement	27
Maîtrise des dépenses.....	28

29 ÉTAT DE SANTÉ

Alcoolisme.....	29
Cancer	29
Maladies rares	30
Panorama d'ensemble	30
Personnes âgées	31
Schizophrénie	31
Statistiques sanitaires	32
Travail et santé.....	32

35 PERSONNES ÂGÉES

Aidants.....	35
Aménagement du territoire	35
Dépendance.....	35
EHPAD.....	36
Soins de longue durée	36
Vieillesse active	38

39 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins	39
Étudiants.....	40
Inégalités sociales de santé.....	40
Migrants	42
Pauvreté.....	43
Renoncement aux soins	43

44 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Approche théorique.....	44
Agence régionales de santé.....	44
Psychologie communautaire.....	45
Recherche Action participative.....	45
Territorialisation.....	46

47 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Etude d'ensemble.....	47
Performance.....	47
Pratique médicale.....	47
Relations interprofessionnelles.....	48

50 HÔPITAL

Activité hospitalière.....	50
Chirurgie ambulatoire.....	51
Etudes d'ensemble.....	51
Evènements indésirables.....	52
Gestion hospitalière.....	53
Hôpital public.....	53
Performance.....	54
Pratique médicale.....	54
Réstructuration.....	55
Sécurité sanitaire.....	56
Tarification hospitalière.....	56

58 PROFESSIONS DE SANTÉ

Cancérologie.....	58
Infirmiers.....	58
Médecines alternatives.....	59
Migration internationale.....	59
Pharmaciens d'officines.....	59
Planification.....	60

61 MÉDICAMENTS

Antibiotiques.....	61
Automédication.....	61
Innovation médicale.....	62
Marché.....	62
Médicaments orphelins.....	63
Politique du médicament.....	64
Prescription.....	64
Prix.....	65

67 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Délai d'attente.....	67
Radiothérapie.....	67
Systèmes d'information.....	68

69 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Etats-Unis.....	69
Europe.....	69
Kazakhstan.....	70
Royaume-Uni.....	70

72 PRÉVISION-ÉVALUATION

Diabète.....	72
Evaluation économique.....	72
Maladie d'Alzheimer.....	73
Médecine factuelle.....	73
Non-recours.....	74
Rmi/Rsa.....	74

75 MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Econométrie.....	75
Economie de la santé.....	75
Enquêtes.....	76
Recherches documentaires.....	76
Systèmes d'information.....	76

78 DOCUMENTATION

Dictionnaire.....	78
-------------------	----

79 RÉGLEMENTATION

Médecine du travail.....	79
Médicaments.....	79
Psychiatrie.....	79
Santé publique.....	80

Table of contents

Quoi de neuf, Doc ?

Aug.-September-October 2012, n° 4

Table of contents (in English)	5	Presentation.....	2
		Reading a notice.....	7
		Author index.....	83
		Publishers address book.....	91

Bibliographic references

11 HEALTH POLICY

Economic growth	11
Patient rights.....	11
Performance	11
Policy for the disabled.....	12
Reform	13
Patient satisfaction.....	14

15 SOCIAL PROTECTION

Sickness absence	15
Health insurance.....	15
Supplementary universal medical coverage ...	16
ESPS survey.....	18
Mutual Health Insurance.....	18
Minima social benefits.....	19
Social policy.....	19
Employer-based complementary health insurance	20
Retirement	20

22 PREVENTION

Commuting injuries	22
Occupational injuries.....	22
Health behavior.....	22
Dementia.....	23
Global policy	23

24 HEALTH ECONOMICS

Social security accounts	24
Economic growth	24

Health expenditures.....	25
Global studies	27
Financing	27
Health care cost containment	28

29 HEALTH STATUS

Alcoholism.....	29
Cancer	29
Rare diseases	30
Health at glance	30
Elderly	31
Schizophrenia	31
World health statistics	32
Occupational health	32

35 ELDERLY

Informal care	35
Regional planning	35
Dependency.....	35
Home for the aged	36
Long-term care.....	36
Active ageing	38

39 HEALTH INEQUALITIES

Health care accessibility	39
Students.....	40
Social health inequalities	40
Migrants	42
Poverty.....	43
Unmet needs.....	43

44 GEOGRAPHY OF HEALTH

Theoretical approach	44
Regional Health agencies	44
Community psychology	45
Participatory Action Research	45
Territorialisation	46

47 PRIMARY HEALTH CARE

Global study	47
Performance	47
Medical practice	47
Interprofessional relationships	48

50 HOSPITAL

Hospital activity	50
Ambulatory surgery	51
Global studies	51
Adverse events	52
Hospital management	53
Public hospital	53
Performance	54
Medical practice	54
Restructuration	55
Patient safety	56
Hospital payment system	56

58 HEALTH PROFESSIONS

Cancerology	58
Nurses	58
Alternative medicines	59
International migration	59
Pharmacists	59
Planning	60

61 PHARMACEUTICALS

Antibiotics	61
Self-medication	61
Medical innovation	62
Market	62
Orphan drugs	63
Drug policy	64
Drug prescription	64
Pricing	65

67 MEDICAL TECHNOLOGIES

Waiting list	67
Radiotherapy	67
Information systems	68

69 FOREIGN HEALTH SYSTEMS

United States	69
Europe	69
Kazakhstan	70
United Kingdom	70

72 PREVISION-EVALUATION

Diabetes	72
Economic evaluation	72
Alzheimer disease	73
Evidence-based medicine	73
Non take-up	74
Minimum insertion Income	74

75 METHODOLOGY-STATISTICS

Econometrics	75
Health economics	75
Surveys	76
Search strategies	76
Information systems	76

78 DOCUMENTATION

Dictionary	78
------------------	----

79 LAW

Occupational medicine	79
Drugs	79
Psychiatry	79
Public health	80

READING A NOTICE**COMMENT LIRE UNE NOTICE ?**

Author(s)	LEEuw (E.J.J.)	Auteur(s)
Original title	<i>The sane revolution: health promotion: backgrounds, scope, projects</i>	Titre original
French title	<i>La révolution raisonnable : promotion de la santé : fondements, perspectives</i>	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
And other authors	<i>et al. (et alii)</i>	et d'autres auteurs
Volume number	<i>vol.</i>	numéro de volume de la revue
Journal number	<i>n°</i>	numéro de la revue
Includes tables	<i>tabl.</i>	présence de tableaux
Includes charts	<i>graph.</i>	présence de graphique
Bibliographic references quoted at the end of text	<i>réf.</i>	références bibliographiques citées à la fin du texte
Bibliographic references quoted	<i>réf. bibl.</i>	références bibliographiques citées

Références bibliographiques

Bibliographic references

Politique de santé / Health policy

Croissance économique Economic growth

50491

RAPPORT, INTERNET
FIGUERAS (J.) / éd., MC KEE (M.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Genève. CHE. Regional Office for Europe.
Copenhague. DNK,

Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems.

Systèmes de santé, santé, prospérité et bien-être de la société. Évaluation des arguments en faveur d'un investissement dans les systèmes de santé.

Maidenhead : Open University Press : 2012 : xxiv
+304p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf

This book looks at health systems from a new perspective. By reviewing the complex relationship between health systems, health and wealth, it argues that health systems need not be, as is often believed, simply a drag on resources but rather can be part and parcel of improving health and achieving better economic growth. Aiming to assist policy-makers as they assess the case for investing in health systems, this book reviews the evidence and analyses some of the lessons that can be drawn from that evidence.

Droits des malades Patient rights

51258

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

Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.

Saint-Denis : HAS : 2012 : 121p.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.has-sante.fr/>

La loi du 4 mars 2002 reconnaît un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels de santé. L'information délivrée est destinée à éclairer la personne sur son état de santé et l'aider à prendre les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. Cette recommandation a pour objectifs d'aider les professionnels de santé à satisfaire à leur obligation d'information et de leur proposer des principes pour dispenser une information pertinente, de qualité et personnalisée.

49996

RAPPORT
LH2 Opinion. Paris. FRA, Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA

Le baromètre des droits des malades 2012.

Paris : LH2 Opinion, Paris : CISS : 2012/03 : 31p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leciss.org>

Le Collectif Interassociatif sur la santé (Ciss) publie son baromètre LH2-CISS 2012 des droits des malades. Il comporte six axes d'enquête : l'informatisation des données de santé, la relation patient/médecin, l'information sur les soins reçus, le refus de l'accès au crédit et les refus de soins, la représentation des intérêts des malades, et enfin les affaires sanitaires.

Performance Performance

50672

RAPPORT, INTERNET
Health Consumer Powerhouse. Danderyd. SWE

Euro Health consumer index 2012.

Indice européen des consommateurs de soins de santé 2012.

Danderyd : Health Consumer Powerhouse : 2012 : 84p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

L'Euro Health Consumer Index (EHCI) est aujourd'hui devenu un indicateur de référence pour les soins de santé européens. Pour l'année 2012, celui-ci classe les systèmes de soins de santé de 34 pays européens selon 42 paramètres couvrant cinq domaines essentiels pour les patients. Il ressort que le classement des soins de santé français est affecté par les délais d'attente. Au sommet du classement, les Pays-Bas se sont vus attribuer 872 points sur 1 000, suivis par le Danemark (822 points), l'Islande, le Luxembourg et la Belgique (783 points). La France obtient quant à elle 766 points et se classe en recul à la 8e place sur les 34 pays (7e selon l'indice EHCI 2009). La France semble constamment perdre du terrain depuis 2005 et la détérioration de l'accès aux soins de santé en est la principale explication.

Politique des handicapés Policy for the disabled

50919

RAPPORT, INTERNET
CAMPION (C.L.), DEBRE (I.)
Sénat. Paris. FRA

Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante.

Rapport d'information ; n° 635
Paris : Sénat : 2012/07 : 115p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.senat.fr/notice-rapport/2011/r11-635-notice.html>

Selon la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément réformé la politique en faveur des personnes handicapées mais son application souffre de trop nombreux retards. Confrontée à l'épreuve du terrain, la mise en application d'une loi aussi ambitieuse se traduit inévitablement par des retards et des inerties, si bien qu'au final, le bilan reste en deçà des espoirs initialement soulevés. Ce rapport souligne des disparités d'application selon les territoires et un manque de volonté et de pilotage. Il déplore ainsi l'inflation d'activité dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichets uniques créés par la loi de 2005, conduisant à un engorgement très préjudiciable. La Prestation de compensation du handicap (PCH) ne prend pas

suffisamment en charge les aides humaines. Et si la loi a permis la scolarisation de 55 000 enfants supplémentaires, 20 000 seraient encore en attente de place. Concernant l'emploi, le rapport relève que les employeurs privés n'emploient que 2,7 % de travailleurs handicapés et le secteur public 4,2 %, quand la loi les oblige à en employer 6 %. La commission sénatoriale propose trente-cinq mesures pour favoriser la mise en œuvre de la loi.

50787

RAPPORT, INTERNET
Ministère du travail - de l'Emploi et de la Santé.
(M.T.E.S.). Paris. FRA

Rapport du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées.

Paris : La Documentation française : 2012/02 : 184p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000262/0000.pdf>

A la suite de la Conférence nationale du handicap organisée le 8 juin 2011, le présent rapport propose un bilan de l'application de la loi du 11 février 2005 et présente les orientations retenues par le Gouvernement en matière d'évolution de la politique du handicap pour les trois années à venir. La première partie de ce rapport est consacrée au bilan de la politique du handicap notamment en matière de dépense publique affectée à cette politique, d'accessibilité, de scolarisation, de recherche et des conditions de vie des personnes handicapées. La seconde partie présente les orientations arrêtées par le Gouvernement et relatives à l'accès à l'éducation, la formation et au marché du travail, au maintien dans l'emploi, quel que soit le handicap, au chemin pour atteindre l'objectif d'une société accessible à tous en 2015, à l'amélioration des conditions de vie des plus fragiles, à la recherche et aux actions de prévention des déficiences.

Réforme
Reform

51368

RAPPORT, INTERNET
BENAMOUZIG (D.)
Terra Nova. Paris. FRA

**Réinventons notre système de santé,
au-delà de l'individualisme et des
corporatismes.**

Projet 2012 ; 29

Paris : Terra Nova : 2012 : 107p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.tnova.fr>

Ce rapport de Terra Nova, fruit des réflexions d'un groupe de travail présidé par Daniel Benamouzig, tente de réinventer le système de santé français en prenant en compte la vigueur de l'individualisme et l'affaiblissement des appartenances professionnelles, en intégrant ces principes sans renoncer à la solidarité, en envisageant de nouveaux équilibres. Ce rapport est composé de cinq parties, consacrées à la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la définition d'une politique de prévention, à la régulation de l'assurance maladie, à l'élaboration d'une stratégie explicite d'organisation des soins et à la réforme des structures de gouvernance. Ces thématiques permettent d'embrasser une grande part des dynamiques et des transformations du système de santé, afin de dessiner ses évolutions progressistes. Pour chaque thématique, les chapitres apportent des éléments de diagnostic et de bilan des politiques mises en œuvre ces dernières années, tout en proposant des orientations assorties de propositions. Certains aspects importants des politiques de santé ne sont cependant pas abordés dans le rapport car elles n'ont pas véritablement fait l'objet de débats au sein du groupe de travail, faute de temps, de moyens ou de compétences. C'est en particulier le cas des politiques de recherche médicale, des études médicales, des politiques de prise en charge psychiatrique et des politiques d'innovation dans le secteur du médicament. La conclusion reprend sous forme de synopsis l'ensemble des propositions formulées dans le rapport (Résumé d'auteur).

50056

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
COSTA-FONT (J.), ZIGANTE (V.)
London School of Economics and Political Science.
(L.S.E.). Londres. GBR

***Are Health Care 'Choice – and –
Competition' Reforms really Efficiency
Driven?***

*Les réformes en matière de soins de santé et de
concurrence sont-elles réellement menées de
manière efficace ?*

LSE Health Working Paper ; 26

London : London School of Economics and Political
Science : 2012/01 : 30p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/
LSEHWP26.pdf](http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHWP26.pdf)

Are choice and competition reforms only a route to improving economic efficiency or, do other goals buttress the so-called choice agenda? We here examine evidence of alternative explanations for drivers of choice reforms. More specifically, we explore whether there is evidence consistent with political incumbents' aspirations to satisfy middle (median) classes (voters), alongside providers capture and service modernisation agendas as potential drivers. We concentrate on health care sector reforms given its central role as a reference universal welfare service - and focus on eight European countries where there has been heterogeneous experimentation with choice and competition reforms. Our findings suggest that whilst competition and choice reforms are primarily driven by the attainment of micro-efficiency and modernisation goals, middle class politics and to a some extent provider interests, appear to also prompt choice reforms. Hence, we conclude that allocative efficiency is not the sole driver of choice reforms.

50049

RAPPORT
Think Thank Economie Santé. Paris. FRA

***5 recommandations pour améliorer le
système de soins.***

Paris : les Echos conférences : 2012 : 15p.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.lesechos-conferences.fr/data/document/rapport-
eco-sante-2012.pdf?rand=671724242](http://www.lesechos-conferences.fr/data/document/rapport-eco-sante-2012.pdf?rand=671724242)

Vingt experts d'horizons différents, institutionnels, médecins, pharmaciens, économistes, industriels, syndicalistes, assureurs de base ou complémentaire ont travaillé ensemble pendant toute une année, en toute indépendance, avec la ferme volonté de confronter leurs idées et points de vue avec un seul objectif : améliorer le système de soins, dans toutes ses composantes. Financement solidaire ou responsable, implication des professionnels, anticipation de la mutation stratégique des établissements hospitaliers, gestion et prise en charge des maladies chroniques et enfin organisation de la prévention ont été au menu des réunions de travail (tiré de l'introduction).

50024

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GRIGNON (M.)

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

Roadblocks to Reform: Beyond the Usual Suspects

Les obstacles à la réforme : aller au-delà des raisons habituellement avancées.

Chepa working paper series ; 12-01

Hamilton : McMaster University : 2012/01 : 22p., tabl., fig. + annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/docs/working-papers/12-01.pdf?sfvrsn=2>

Real reforms attempt to change how health care is financed and how it is rationed. Three main explanations have been offered for why such reforms are so difficult: institutional gridlock, path dependency and societal preferences. The latter posits that choices made regarding the health care system in a given country reflect the broader societal set of values in that country and that, as a result, public resistance to real reform may more accurately reflect citizens' personal convictions, self-interest or even active social choices. "Conscientious objectors" may do more to derail reform than previously recognized.

Satisfaction des usagers

Patient satisfaction

50788

RAPPORT, INTERNET

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Directorate-General for Health and Consumers. Bruxelles. BEL

Patient involvement : Eurobarometer Qualitative Study. Aggregate Report.

La participation des patients : Etude qualitative Eurobaromètre. Rapport d'ensemble.

Bruxelles : Communauté Européenne : 2012/05 : 124p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf

Sur la base d'entretiens approfondis réalisés auprès d'un panel d'usagers et de professionnels de santé des quinze pays de l'Union européenne, ce rapport permet de mieux cerner les avis, les enjeux et les possibilités liés à la participation des patients et de préciser ce que patients et médecins pensent de leur système de soins.

Protection sociale / Social protection

Arrêts maladie Sickness absence

51381
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
WESTERGARD-NIELSEN (N.C.), PERTOLD (F.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU

Firm Insurance and Sickness Absence of Employees.

La couverture d'entreprise et son impact sur les arrêts maladie des employés.

IZA Working Paper; 6782
Bonn : IZA : 2012/08 : 31p., 8 tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp6782.pdf>

This study investigates the effect of firms' participation in an insurance scheme on the long-term sickness absence of their employees, using administrative records. In Denmark and several other European countries, firms are obliged to cover the first two weeks of sickness. The insurance scheme is provided by government authority and is designed to help small firms with the financial burden related to sickness absence of their workers. The authors use an exogenously-set threshold for the eligibility as a policy experiment. Using regression discontinuity in the fuzzy form, we show that sickness absence in insured firms is much more prevalent than in uninsured firms. Sickness spells in insured firms are shorter and the conditional probability to return back to work from sickness is much higher in insured firms. These results suggest that employees in insured firms are less monitored during the first two weeks and that their sickness is less serious. We demonstrate in the paper that the minimum cost of the present insurance scheme is similar to about 1100 man-years. On top of that comes a substantial cost to more short time sickness.

Assurance maladie Health insurance

51061
OUVRAGE
BRAS (P.L.), TABUTEAU (D.)

Les assurances maladie.

Paris : PUF: 2012 : 128p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : A4379
http://www.puf.com/Que_sais-je:Les_assurances_maladie

Comprendre le système de santé français passe nécessaire aujourd'hui par la connaissance des missions respectives de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires – privées, mutualistes et paritaires – et de la manière dont elles s'articulent. L'une des raisons en est l'augmentation constante des sommes laissées à la charge des ménages, qui se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins mais aussi par l'essor des assurances maladie complémentaires. L'autre raison est l'enjeu majeur que constitue désormais la régulation des dépenses de santé. Cet ouvrage propose le premier panorama des assurances maladie en France. Il met en lumière les caractéristiques divergentes et convergentes de ces deux piliers de la protection sociale contre la maladie et éclaire ainsi les politiques de santé menées actuellement (4e de couverture).

50731
RAPPORT
Sénat. Direction de l'Initiative Parlementaire et des Délégations. Paris. FRA

Note sur l'assurance maladie et les étudiants. Allemagne – Belgique – Danemark – Espagne – Italie – Pays-Bas – Royaume-Uni (Angleterre) – Suède.

Paris : Sénat : 2012 : 31p., annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.senat.fr/lc/lc224/lc224.pdf>

La présente étude de législation comparée sur l'assurance maladie des étudiants portent sur huit pays (Allemagne, Belgique, Espagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni (Angleterre) et

Suède). Dans l'ensemble de ces pays, les étudiants sont pour l'essentiel soumis aux dispositions du droit commun et ne relèvent pas d'un régime délégué. Pour autant, les dispositions qui leur sont applicables prennent en compte les spécificités de leur situation, notamment la durée des études.

50034

RAPPORT

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

Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM.

Paris : HCAAM : 2012/03 : 31p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.securite-sociale.fr.pdf>

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a été installé en octobre 2003 pour exercer une vigilance collective garantissant la pérennité du système français de prise en charge solidaire des frais occasionnés par la maladie. Dans un contexte financier difficile, son premier rapport de janvier 2004 avait affirmé qu'une démarche exigeante de qualité des pratiques et des organisations était essentielle pour que le système solidaire d'assurance maladie trouve la voie d'un équilibre financier durable. Huit ans après ce premier rapport, alors que la situation financière de l'assurance maladie traverse de nouveau, après une phase de redressement, une période extrêmement critique, il lui a semblé nécessaire de s'appuyer sur l'ensemble de ses travaux pour en souligner les principaux éléments d'actualité, identifier les options décisives pour l'avenir de l'assurance maladie et dégager les principaux sujets de débat qui en découlent (Résumé de l'éditeur).

Couverture maladie universelle ***Supplementary universal medical coverage***

50902

FASCICULE, INTERNET

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

Les chiffres de la Couverture Maladie Universelle dans le régime général au 31 décembre 2011.

Paris : Cnamts : 2012/06 : 4p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/
Tableaux_departements_31122011.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Tableaux_departements_31122011.pdf)

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/
Tableaux_France_entiere_31122011.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Tableaux_France_entiere_31122011.pdf)

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/
Tableaux_France_metropolitaine_31122011.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Tableaux_France_metropolitaine_31122011.pdf)

Dans ce document, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) actualise les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans le régime général au 31 décembre 2011. A cette date, environ 4 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient de la couverture complémentaire CMU. 40 % d'entre elles bénéficient également de l'affiliation à la CMU « de base » sous critère de résidence pour le régime obligatoire. Sur le portail de l'Assurance maladie, est proposé un ensemble de tableaux sur la répartition des bénéficiaires de la CMU par mode de couverture et qualité de bénéficiaire. Les bénéficiaires sont ventilés suivant leur régime obligatoire France métropolitaine, France entière, par département.

50706

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport d'activité 2011 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Paris : Fonds CMU : 2012/05 : 167p., ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-
publics/114000350/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000350/index.shtml)

Ce rapport d'activité reprend les données qualitatives et quantitatives au 31 décembre 2011 relatives notamment aux effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la CMU de base. Fin 2011, les bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, RSI et MSA) représentent 5,9 % de la population de métropole et 30 % de la population des DOM. La proportion de bénéficiaires gérés par un organisme complémentaire progresse : elle est de 15,7 % en 2011, contre 15,1 % en 2010. Le rapport signale la baisse sensible du non recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle qui se situe à 21,5 % à fin juin 2011, soit une baisse de 7 points en 1 an. A l'issue

de l'année 2011, il est observé une hausse sensible du nombre de bénéficiaires de l'ACS (+ 20,8 %), évolution correspondant exactement à la mesure de l'impact du relèvement du plafond faite par le Fonds.

50705

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2011.

Paris : Fonds CMU : 2012/04 : 47p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_prix_contenuACS_2011.pdf

Conformément aux dispositions de l'article L.863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Cette enquête est particulièrement représentative car elle est basée sur la réponse de 55 organismes complémentaires (OC) couvrant 66 % des bénéficiaires de l'ACS (247 000 contrats et 410 000 bénéficiaires).

50686

RAPPORT

BRAJON (E.), CAMBONA (C.), CHARRON (L.), et al.

RUNFOLA (S.) /dir.

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

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

La rotation des bénéficiaires dans le dispositif de la CMU-C.

Paris : Fonds Cmu : 2011 : 64p., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.cmu.fr/Le%20turn%20over%20au%20sein%20de%20la%20CMU-C_2012.pdf

À la demande du Fonds CMU, un groupe d'étudiants de l'EN3S a mené une étude sur le turn-over des bénéficiaires de la CMU-C auprès de la CPAM de Valence (Drôme). En effet, depuis 2006, plusieurs

études (CPAM de l'Allier et de l'Eure-2008) ont été diligentées dans le double objectif de mieux appréhender la population CMU-C, en particulier sous les angles sociologique et de comportement de soins et de mieux cerner le phénomène d'entrée et de sortie de la CMU-C des bénéficiaires. La finalité était d'identifier les éventuels cas de renoncement aux soins et ainsi de réfléchir aux conditions d'une meilleure couverture sociale des populations les plus précaires.

50685

RAPPORT

CORTINAS (J.), DIVERT (N.)

LEDUC (S.) /éd.

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

L'accueil des bénéficiaires de la CMU-C au sein des hôpitaux publics.

Paris : Fonds Cmu : 2011 : 21p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20hopital.pdf>
<http://www.cmu.fr/userdocs/synthese%20hopital.pdf>

Suite à des interrogations concernant le rôle des hôpitaux dans la constitution des dossiers des bénéficiaires potentiels de la CMU-C, la direction de l'assurance maladie a sollicité le Fonds CMU afin de comprendre la spécificité de l'institution hospitalière dans cette prestation. L'enquête présentée ici a donc pour objet d'approfondir les différentes déclinaisons de l'aide à la constitution des demandes de CMU-C apportée par les hôpitaux publics, conformément aux dispositions du 2ème alinéa de l'article L.861-5 du code de la sécurité sociale, qu'elle relève du domaine d'un prescrit adapté, de la mise en oeuvre d'un projet spécifique, ou encore de pratiques issues de l'expérience. Partant d'un questionnement relatif à la place des institutions hospitalières dans l'aide apportée à l'élaboration des dossiers de la CMU-C, il s'est agi d'interroger leur spécificité eu égard aux autres intervenants habilités, selon la loi, à élaborer ces dossiers. Les résultats présentés ici seront parfois mis en perspective avec les CPAM et les CCAS. Les valeurs propres au personnel hospitalier, leurs modèles professionnels de référence, leurs pratiques, savoirs et savoir-faire mobilisés et les dynamiques internes à l'hôpital seront appréhendés afin d'éclairer des pratiques demeurant largement inconnues.

50683

RAPPORT
DIVERT (N.)
LEDUC (S.) /éd.
Fonds de Financement de la Protection
Complémentaire de la Couverture Universelle du
Risque Maladie. (Fonds CMU). Paris. FRA

L'accueil des bénéficiaires de la CMU-C au sein de deux centres communaux d'action sociale de la Seine-Saint-Denis.

Paris : Fonds Cmu : 2011 : 53p.

Cote Irdes : en ligne
<http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20CCAS%2093.pdf>

L'arrivée de la CMUC dans les multiples tâches des CCAS est donc réalisée au titre de l'aide sociale légale, dans un contexte où le cadre législatif, a pu être questionné par certaines directions de CCAS. En effet, l'enquête menée auprès du CCAS de Clermont-Ferrand, a révélé l'existence de certaines réticences concernant la prise en charge de cette prestation. Les raisons invoquées sont multiples et cette étude essaie de les analyser au regard des différents entretiens menés auprès des responsables du CCAS en charge de l'aide sociale légale (le directeur du CCAS et la responsable du service Interventions Sociales) et de 7 assistantes sociales.

Enquête ESPS
ESPS survey

50930

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

Enquête sur la santé et la protection sociale 2010.

Paris : IRDES : 2012/07 : 232p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : R1886
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé protection sociale (ESPS) est un outil pluridisciplinaire qui explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale lui permettent de

participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2010, l'enquête ESPS prenant en compte l'évolution des systèmes d'information de l'Assurance maladie a été réalisée sur un échantillon intégralement renouvelé. Plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus ont été interrogés. Après avoir décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête, un article s'appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS, concernant la problématique santé-travail, présente des résultats sur l'état de santé des salariés en emplois précaires en 2010.

Mgen
Mutual Health Insurance

50674

RAPPORT, INTERNET
Mutuelle Générale de l'Education Nationale.
(M.G.E.N.). Paris. FRA

Rapport annuel 2011 de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN).

Paris : MGEN : 2012 : 178p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
http://mgenrm.net/rapport-interactif/rapport-annuel-2011/files/rapport_annuel_2011.pdf

Au terme d'un exercice marqué par une taxation renforcée des mutuelles, le groupe MGEN parvient tout de même à l'équilibre budgétaire en 2011. Son résultat net s'établit à 19 millions d'euros (contre 71,7 millions d'euros en 2010). Le résultat a ainsi été impacté par la décision de ne répercuter qu'au 1er janvier 2012 le doublement de la taxe sur les contrats responsables de 3,5 % à 7 % (effective au 1er octobre 2011). Le groupe a franchi le cap des 3,5 millions de personnes protégées pour la première fois de son existence. Le nombre de mutualistes progresse en dépit de la politique de non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux et grâce à la dynamique de MGEN Filia. La MGEN poursuit le renforcement du conventionnement avec les professionnels de santé. Après avoir renouvelé son réseau d'optique en 2011, elle s'apprête à créer un réseau

d'audioprothèse dès 2013. Le groupe MGEN tire les bénéfices de sa stratégie d'optimisation de la qualité de gestion, de service et de soins aux assurés sociaux et adhérents. En parallèle, il conduit une politique partenariale ambitieuse en France et en Europe.

Minima sociaux

Minima social benefits

51413

OUVRAGE

LABARTHE (J.) / éd., LELIEVRE (M.) / éd.
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

Minima sociaux et prestations sociales en 2010 : ménages aux revenus modestes et redistribution.

Paris : DREES : 2012 : 116p.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.drees.sante.gouv.fr/minima-sociaux-et-prestations-sociales-en-2010-menages-aux-10990.html>

Une vue d'ensemble s'attache à décrire le rôle de ces prestations dans la redistribution en faveur des plus modestes et donne les principales évolutions connues par ces dispositifs en 2010. Le premier article des dossiers s'intéresse à une population relativement peu étudiée, les ménages aux revenus modestes. Il retrace l'évolution entre 1996 et 2009 de leurs caractéristiques et de leurs revenus ainsi que de l'effet de la redistribution sur leur niveau de vie. S'appuyant sur les résultats d'une enquête qualitative menée dans le cadre du Comité national d'évaluation du revenu de solidarité active (RSA), le second article décrit comment les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) perçoivent et vivent le dispositif. Les analyses transversales s'intéressent aux comparaisons entre prestations, notamment entre minima sociaux, ainsi qu'aux trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux. Une nouvelle fiche présente de manière détaillée l'effet des transferts sociaux et fiscaux sur la pauvreté. Les fiches par dispositifs permettent d'avoir une vue synthétique de chaque dispositif étudié dans le recueil.

Politique sociale

Social policy

51062

OUVRAGE

ANDRE-PECHAUD (A.), CLAVE (S.), HUTEAU (G.),
PONCHON (F.)
RAYSSIGUIER (Y.) / dir., JEGU (J.) / dir.,
LAFORCADE (M.)

Politiques sociales et de santé : comprendre et agir.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2012 : 672p., tabl.,
graph., fig. Cote Irdes : A4380

Les questions sanitaires et sociales passionnent autant la population que le législateur. Dans ce secteur, plus que dans tout autre, l'explosion normative et réglementaire a créé un enchevêtrement de politiques et d'acteurs d'une rare complexité. L'ambition des auteurs est de présenter l'ensemble des politiques de manière thématique, sous une forme raisonnée, sans exclure analyses et commentaires critiques. L'action sanitaire et sociale ne peut se résumer à la présentation du droit positif et des politiques publiques. Pour être comprise, elle suppose des références à la science politique, à la sociologie des acteurs, aux théories de la complexité ou à l'analyse systémique. Ces références contribuent au regard critique qui est aussi celui des auteurs. Sont ainsi abordés en détail le contenu précis des politiques, leur genèse, leur environnement, le jeu des acteurs qui les animent, les valeurs qui les portent, les méthodes et outils auxquels elles ont recours. Dès la première édition de cet ouvrage, les auteurs ont choisi de traiter conjointement des politiques sanitaires et sociales. Les séparer peut donner l'illusion de la simplification. Mais cette disjonction ne résiste pas à l'analyse, tant les besoins de la population et le contenu des politiques relient de plus en plus étroitement les dimensions sanitaire et sociale. Les récentes évolutions n'ont fait que conforter ce parti pris. |

50028

OUVRAGE

GIBELIN (J.L.) / dir., LAURENT (P.) / préf.

Pour une santé et une protection sociale solidaires : analyses et propositions.

Paris : Le Temps des cerises. : 2011 : 264p., index

Cote Irdes : A4340

<http://www.amazon.fr/Pour-sant%C3%A9-protection-sociale->

solidaires/dp/284109913X

Cet ouvrage collectif, préfacé par Pierre Laurent, a été dirigé par Jean-Luc Gibelin, animateur de la Commission nationale Santé & Protection sociale du Parti communiste français, démontre que penser qu'une autre politique de santé et de protection sociale est possible, qui replace l'humain au cœur du dispositif. Cet ouvrage le prouve. Il ne prétend pas tout aborder, tout résoudre. D'importants domaines restent encore à explorer (4e de couverture).

50025

OUVRAGE

PENAUD (P.), AMGHAR (Y.G.), BOURDAIS (J.F.), DUPAYS (S.), LALOUE (F.), LEOST (H.), MOLEUX (M.)

Politiques sociales.

Paris : Presses de Sciences Po ; Paris : Dalloz : 2011 : 756p., graph.

Cote Irdes : A4339

<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100445200>

Couvrant un champ très large qui touche à la fois la santé, la protection sociale, le travail, l'emploi et la formation professionnelle, les politiques sociales répondent à des enjeux majeurs. Elles influent sur les conditions de vie des français, mais elles ont aussi un impact politique, économique et financier puisque ce secteur pèse près de 600 milliards d'euros. Ce manuel présente un panorama complet de ces politiques ainsi que des institutions qui les mettent en œuvre. Il comporte à la fois des chapitres transversaux (financement, Europe sociale, etc.) et des chapitres thématiques, qui abordent l'ensemble des politiques publiques et les problématiques qui les concernent. Issu d'enseignements délivrés dans les principales préparations à l'École nationale d'administration (ENA), à l'École nationale de sécurité sociale (EeN3S) et à l'École des hautes études en santé publique (EHESP^o, nourri des expériences d'auteurs ayant tous une pratique de terrain (4e de couverture).

Protection complémentaire d'entreprise *Employer-based complementary health insurance*

50933

RAPPORT

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

Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise 2009.

Paris : IRDES : 2012/07 : 206p., tabl., graph.

Cote Irdes : R1890

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1890.pdf>

Cette deuxième édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE 2009), qui présente un panorama de la complémentaire santé d'entreprise et de la prévoyance offertes par les entreprises à leurs salariés et ayants droit, s'inscrit dans un contexte différent de la précédente (PSCE 2003). Entrée en vigueur au 1er janvier 2009, la loi Fillon conditionne en effet les exonérations de charge dont bénéficient les entreprises proposant un contrat de complémentaire santé au caractère obligatoire de ce dernier. PSCE 2009 s'est en outre enrichie d'un questionnaire auprès des salariés qui permet d'étudier la demande d'une telle complémentaire santé.

Retraite *Retirement*

51415

RAPPORT

DANIEL (C.), ESLOUS (L.), ROMANEIX (F.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).
Paris. FRA

Evaluation du cumul emploi retraite.

Paris : IGAS : 2012/06 : 200p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000324/index.shtml>

La mission de l'IGAS s'inscrit dans le cadre d'une thématique consacrée aux dispositifs de transition entre l'activité et la retraite qui figure dans le programme d'activité de l'Inspection générale. S'appuyant sur les objectifs poursuivis par les poli-

tiques publiques en matière de retraite, le rapport est composé de quatre parties permettant : de décrire la réglementation applicable au cumul emploi retraite et son évolution ; de cerner le recours au cumul emploi retraite ; d'évaluer son impact pour l'équilibre financier des régimes de retraite ; de proposer des évolutions du dispositif (Résumé d'auteurs).

Prévention / Prevention

Accidents de trajet Commuting injuries

50004

RAPPORT, INTERNET
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Comité de
Pilotage pour la Prévention du Risque Routier
Professionnel. Paris. FRA

Livre blanc Prévenir le risque trajet domicile-travail : 12 propositions.

Paris : CNAMTS : 2012/02 : 36p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, En ligne
http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/livre_blanc_prevention_090112_HD.pdf

Le risque routier sur le trajet domicile-travail reste un grand pourvoyeur d'accidents. Ce risque ne diminue que trop lentement, malgré les efforts de prévention consentis. Il est indispensable aujourd'hui d'aller plus loin dans une double perspective de sécurité et de développement durable. Moins et mieux se déplacer, quand cela est possible, favorise à la fois la protection de l'environnement en réduisant les sources de pollution, et la protection de la santé en limitant les risques d'accidents. Ce livre blanc est le produit d'une large concertation entre acteurs publics et privés issus des secteurs de la protection sociale et de la protection environnementale, du commerce, des services et de l'industrie. Il propose 12 actions concrètes visant une mobilité sûre et durable.

Accidents du travail Occupational injuries

50675

RAPPORT, INTERNET
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 2011.

Paris : La documentation Française : 2012 : 385p., tabl.,

fig., annexes

Cote Irdes : En ligne
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Conditions_de_travail_en_2011.pdf

Le Comité permanent du Conseil d'orientation sur les conditions de travail a examiné le 15 mai 2012 le bilan annuel des conditions de travail 2011. Cet ouvrage présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2011 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 et fournit les données chiffrées 2010 sur les AT-MP (déjà connues) et celles sur la médecine du travail pour l'année 2011 (les effectifs Sauveteurs Secouristes du travail et médecins du travail sont en baisse). Le rapport 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 : La réforme de la médecine du travail ; La prévention de la pénibilité ; La prévention du risque chimique ; La prévention du risque routier professionnel ; La prévention du risque hyperbare ; La surveillance du marché des machines

Comportement de santé Health behavior

50719

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
WERLE (C.)
Ecole de Management de Grenoble. (G.E.M.).
Grenoble. FRA

The Determinants of Preventive Health Behavior: Literature Review and Research Perspectives.

*Les déterminants du comportement de
prévention en santé : revue de la littérature et
perspectives de recherche.*

Grenoble : Ecole de Management : 2012 : 14p.

Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:hal-00638266&r=hea>

People normally know they should follow a few preventive health behaviors in order to have a better and long life: to not smoke, to have a balanced diet low in fat and rich in vegetables and fruits, to exercise regularly, to avoid heavy drinking, to take medical screens for dangerous diseases, to have immunizations and to use seatbelts while driving. But even knowing that these measures can prevent serious future problems, some people do not adopt them. From a managerial and academic standpoint, it is important to understand the factors behind why people develop preventive health behaviors such as those cited above. On one hand, this is a primary question for public health when major diseases could be avoided by such simple actions. In addition, scant attention has been paid to this subject in the marketing literature in France.

Démence

Dementia

50433
RAPPORT, INTERNET
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Genève. CHE

Dementia: a public health priority.
Démence : une priorité en santé publique.

Genève : OMS : 2012 : 112p.
Cote Irdes : en ligne
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

The purpose of this report is to raise awareness of dementia as a public health priority, to articulate a public health approach and to advocate for action at international and national levels. Dementia is a syndrome that affects memory, thinking, behaviour and ability to perform everyday activities. The number of people living with dementia worldwide is currently estimated at 35.6 million. This number will double by 2030 and more than triple by 2050. Dementia is overwhelming not only for the people who have it, but also for their caregivers and families. There is lack of awareness and understanding of dementia in most countries, resulting in stigmatization, bar-

riers to diagnosis and care, and impacting caregivers, families and societies physically, psychologically and economically. The report is expected to facilitate governments, policy-makers, and other stakeholders to address the impact of dementia as an increasing threat to global health. It is hoped that the report will promote dementia as a public health and social care priority worldwide.

Politique d'ensemble

Global policy

50720
INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
FLEURBAEY (M.), PONTIERE (G.)
Ecole d'Economie de Paris. Paris. FRA

Prevention against equality?
Prévention contre l'égalité ?

Working Paper ; 2012 – 12.
Paris : Ecole d'Economie: 2012: 39p.
Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-00677393&r=hea>

Common sense supports prevention policies aimed at improving survival prospects among the population. It is also widely acknowledged that an early death is a serious disadvantage, and that attention should be paid to the compensation of short-lived individuals. This paper re-examines the compatibility of those two concerns: prevention against early death and compensation for early death. We show that, under mild conditions, no social ordering on allocations can satisfy a concern for prevention and a concern for compensation. The reason is that if it is socially desirable to raise the number of survivors through prevention, it must also be, under costly prevention, desirable to deteriorate the living standards of the short-lived. We then explore two approaches to the prevention / compensation dilemma, and study the associated optimal allocation of resources.

Économie de la santé / Health economics

Comptes de la Sécurité sociale Social security accounts

50938

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.
(C.C.S.S.). Paris. FRA

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale :
2012/07 : 229p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_07-2012.pdf

Ce rapport propose une actualisation détaillée des données concernant le régime général de la sécurité sociale : les comptes pour 2011 et les prévisions pour 2012. Le déficit de l'ensemble régime général – fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est établi à -20,9 Md€ en 2011, soit une diminution de 7,1 Md€ par rapport au niveau de 2010 qui a marqué un maximum historique. Le déficit de 2011 reste toutefois très élevé, plus du double des niveaux de 2007-2008. La réduction des déficits amorcée en 2011 se poursuivrait en 2012 mais serait beaucoup plus limitée. Elle serait rendue plus difficile par la dégradation de la conjoncture qui se traduit par un ralentissement de la masse salariale.

50903

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2011.

Paris : Cour des comptes : 2012/06 : 207p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-exercice-2011>

La Cour des comptes publie son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2011. La Cour prend position sur la régularité, la sincérité et l'image fidèle de neuf séries d'états financiers (comptes de résultats, bilans et an-

nexes) : les comptes combinés des quatre branches (maladie, AT/MP, famille et vieillesse) et de l'activité de recouvrement du régime général, qui comprennent au total 341 organismes différents ; les comptes annuels des quatre caisses nationales (CNAMTS, CNAF, CNAVTS, ACOSS). Tout en prenant acte de l'importance des réorganisations majeures en cours au sein des différents réseaux et des nombreux progrès réalisés depuis plusieurs années, la Cour constate, en 2011, un sensible ralentissement de la démarche continue et progressive d'amélioration de la qualité des comptes du régime général. Ainsi, elle refuse la certification des comptes de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles et des comptes de la branche famille et de la CNAF (Résumé d'auteur).

Croissance économique Economic growth

50864

RAPPORT

BRUNAT (M.), FARGEON (V.), EUZEBY (C.)
Université de Grenoble 2. Centre de Recherche en
Economie de Grenoble. Grenoble. FRA

La contribution du secteur de la santé et de l'assurance santé au développement et à la croissance économique de la France.

Paris : Institut Montparnasse : 2012 : 51p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.institut-montparnasse.fr/wp-content/files/etude-grenoble2.pdf>

Cette étude a pour objectif d'établir un état des lieux et une analyse critique des systèmes d'information et des indicateurs disponibles pour objectiver et rendre compte des contributions du secteur de la santé et de l'assurance santé à la croissance et au développement économique, social et humain. Il s'agit ainsi de repérer les systèmes d'information et les indicateurs disponibles qui rendent compte des contreparties aux dépenses de santé (économiques, sociales : inégalités de niveaux de vie (et de pauvreté), et en termes d'amélioration de la qualité de vie des personnes).

Dépenses de santé
Health expenditures

51067

INTERNET, RAPPORT
DAUDIGNY (Y.)
Sénat. Commission des Affaires sociales. Paris. FRA

Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux dépenses de l'Assurance maladie hors prise en charge des soins.

Paris : Sénat : 2012/07 : 179p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-656/r11-6561.pdf>

Les dépenses de l'Assurance maladie hors prise en charge des soins, de nature très disparate, représentent tout de même 6 à 7 milliards d'euros par an. Elles sont dispersées dans les comptes de l'Assurance maladie, mal identifiées, leur légitimité et leur évolution étant jusqu'ici restées peu étudiées. S'appuyant sur les conclusions de l'étude de la Cour des comptes commandée par la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale, ce rapport préconise notamment de clarifier les conditions dans lesquelles l'Assurance maladie, sur décision de l'Etat, finance une vingtaine de fonds ou organismes dont le lien avec ses missions est parfois ténu. Yves Daudigny souhaite un encadrement pluriannuel systématique de ces contributions chiffrées par la Cour à 959 millions d'euros en 2010 et demande une plus grande transparence. Le sénateur recommande également une simplification des règles d'attribution des aides individuelles financées par l'action sanitaire et sociale des CPAM. Enfin, à propos de la prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux du secteur 1, qui représente un coût de 2 milliards d'euros par an pour l'Assurance maladie, la Cour des comptes suggérerait qu'elle soit modulée selon des critères géographiques, en vue de corriger les inégalités de répartition territoriale des médecins. Le rapporteur général s'empresse d'écarter cette solution qui prise isolément pourrait réduire l'attractivité du secteur 1. Il souhaite une réponse plus globale à la question des déserts médicaux, passant par le soutien actif aux formes d'exercice en groupe et à un meilleur partage des rôles entre professionnels de santé et la lutte contre les dépassements d'honoraires. Les départements ruraux eux-mêmes sont aujourd'hui touchés par des dépassements élevés, subissant une

forme de double peine de l'accès aux soins : désert médical et restes à charge importants.

50944

CHAPITRE
Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.).
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.
(C.C.S.S.). Paris. FRA

Incidence prévisible des tombées de brevets médicamenteux sur les remboursements d'assurance maladie.

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 2012/07 : 124-127, tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_07-2012.pdf

Ce chapitre fournit un bilan du développement des médicaments génériques en France et des économies qu'ils ont permis de dégager pour l'assurance maladie. Par ailleurs, y est analysé l'impact en 2012 et 2013 des tombées de brevets de 2012, dont l'enjeu en termes de chiffre d'affaires peut être estimé à 1,4 Md d'euros en valeur 2011. Enfin, dans un contexte d'évolution contrainte des dépenses d'assurance maladie, ce chapitre estime l'impact annuel en termes d'économies des échéances de brevets (D'après l'introduction).

50865

RAPPORT
DORMONT (B.), HUBER (H.)
Chaire Santé. Paris. FRA

Vieillesse de la population et croissance des dépenses de santé.

Paris : Institut Montparnasse : 2012 : 26p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.institut-montparnasse.fr/wp-content/files/Rapport_Montparnasse_BDHH_fin.pdf

Depuis le milieu du XXe siècle les économies développées connaissent deux grandes tendances : un formidable accroissement de la longévité et une augmentation continue de la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. Quel est le lien entre ces deux évolutions ? Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Certes, chaque individu voit ses dépenses de

santé augmenter lorsqu'il vieillit. Mais les changements les plus importants sont dus au fait que les dépenses individuelles de santé augmentent dans le temps, à âge et à maladie donnés. En 2009, par exemple, un homme de 50 ans affecté d'un diabète dépense beaucoup plus pour sa santé que le même quinquagénaire diabétique ne dépensait en 2000. Ce mouvement est sans rapport avec le vieillissement de la population. Il résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, qui induisent des changements dans les pratiques médicales. Une analyse de micro-simulation réalisée sur des échantillons représentatifs des assurés sociaux français a permis de montrer que ces changements de pratiques influencent massivement la croissance des dépenses de santé, le vieillissement de la population ne jouant qu'un rôle mineur : sur la période 1992-2000, il n'explique pas plus d'un dixième de la croissance des dépenses de soins. Cette étude procède ici à une actualisation sur la période 2000-2008. En reprenant les termes de l'analyse sur les deux périodes 1992- 2000 et 2000-2008, Elle réalise décompositions rétrospectives de l'impact des différents facteurs de la croissance des dépenses de santé. Ces décompositions sont obtenues grâce à l'estimation, sur des échantillons représentatifs des assurés français, de modèles de consommation de soins permettant de mettre en oeuvre des microsimulations.

50849

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
DUNN (A.), SHAPIRO (H.A.)
Federal Trade Commission. Bureau of Economic
Analysis. Washington DC. USA

Physician Market Power and Medical-Care Expenditures.

Le pouvoir des médecins sur le marché et les dépenses de santé.

Washington : Federal Trade Commission : 2012:04 :
60p., tabl., grapg. fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:bea:wpaper:0078&r=hea>

Physicians play a critical role in determining medical-care expenditures. This study empirically assesses the degree to which physicians exploit their bargaining leverage over insurance carriers as a means to raise service prices. It also examines the degree to which these potentially higher payments may

translate into different levels of service utilization. It finds that physicians are able to translate bargaining leverage into both higher fees and higher service utilization. Ceteris paribus, a cardiologist with high market power (concentration in the 90th percentile) will charge 25 percent higher prices and perform 22 percent more services than a cardiologist with low market power (concentration in the 10th percentile). The corresponding orthopedist will charge 24 percent higher prices and perform 4 percent more services. That provides evidence that the effect of bargaining leverage on service utilization may be explained by physicians responding to the negotiated service prices. As measurement of medical-care output requires an accurate decomposition of nominal expenditures into prices and quantities, this paper shows that bargaining leverage can affect both medical-care prices and utilization.

49982

DOCUMENT DE TRAVAIL
BARNAY (T.), DAMETTE (O.)
Travail Emploi Politiques Publiques. (T.E.P.P.).
Paris. FRA

What drives Health Care Expenditure in France since 1950? A time-series study with structural breaks and non-linearity approaches.

Qu'est-ce qui motive les dépenses de soins de santé en France depuis 1950 ? Une étude de séries temporelles avec des ruptures structurelles et des approches non linéaires.

TEPP Working Paper ; 2012-01

Paris : TEPP : 2012 : 30p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/71/74/35/PDF/12_01_working_paper.pdf

Using the French annual database (1950-2009), we conducted a time-series analysis to explain the role of GDP per capita on HCE (Health Care Expenditure) per capita taking into account structural breaks and non-linearity in the long-term economic relationship between HCE and GDP, controlling for price effect, population ageing, innovation proxy and medical density. We show that the non-linearity of the long-run relationship between HCE and GDP comes from both the presence of a structural break and non-linearity explained by a transition variable (by constructing a smooth transition cointegrating regression). More precisely, lower GDP elasticity is

explained by an exogenous shock linked to health system policies in the mid 1980's (break analysis) and endogenously driven changes in the health care system via medical density in France.

Etudes d'ensemble
Global studies

50852

OUVRAGE

PAULY (M.V.) / éd., MCGUIRE (T.G.) / éd.,
BARROS (P.P.) / éd.

Handbook of health economics: volume 2.
Manuel d'économie de la santé : volume 2.

Amsterdam : Elsevier Science B.V. : 2011 : 1125p., index
Cote Irdes : A4368/2

Véritable bible en économie de la santé, cet ouvrage rassemble les contributions de différents économistes de la santé d'origine anglo-saxonne. Le premier volume aborde les aspects suivants : vue d'ensemble sur l'économie de la santé, demande de santé et remboursement des soins médicaux, concepts de « marchés » et de concurrence en assurance maladie.

Financement
Financing

51069

INTERNET, RAPPORT

GODEFROY (J.P.), DEROUCHE (C.)

Sénat. Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. Paris. FRA

Le financement de la branche AT-MP : préserver le dialogue social - revenir à l'équilibre : rapport d'information.

Paris : Sénat : 2012/07 : 58p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-657/r11-657.html>

Ce rapport se penche pour la première fois sur les enjeux de financement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et propose une étude approfondie sur un sujet qui n'a suscité jusqu'à présent que peu d'intérêt. Il faut dire que les enjeux financiers sont faibles, considérablement

moins importants que ceux des autres branches, et le système de cotisations entièrement à la charge des employeurs sur des principes assurantiels est censé permettre à la branche d'être toujours à l'équilibre. Mais au cours des trois dernières années, ce rapport fait remarquer que le financement de la branche a pu paraître fragilisé avec un déficit non pris en charge par une augmentation des cotisations, en 2009, 2010 et 2011, qui aboutit à une dette estimée entre 1,7 milliard d'euros (CCSS) et 2,2 milliards (Acoss). Cette dette n'a pas été transférée à la CADES (caisse d'amortissement de la dette sociale), dans le cadre du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Sénat ayant rejeté cette mesure. Depuis, la question de la résorption de la dette est en suspens et la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche pour deux exercices consécutifs 2010 et 2011 (épingleant le contrôle interne, le mode de recouvrement et l'absence de provisionnement adéquat des contentieux qui représentent la bagatelle de 520 millions d'euros en 2011). Après avoir présenté les caractéristiques du financement de la branche et ses problèmes structurels, le rapport a tenté de répondre à plusieurs questions pratiques. Comment améliorer durablement les modalités de financement de la branche afin d'assurer sa pérennité et donc l'indemnisation des victimes du travail ? Et à court terme, comment financer la dette ? Sans vouloir trancher à ce stade une question qui relève de la négociation entre partenaires sociaux et des choix du gouvernement, les rapporteurs envisagent trois scénarios possibles pour la résorption rapide du déficit, l'Acoss n'ayant pas vocation à assumer durablement cette charge. Il s'agit de socialiser la dette de la branche par un transfert à la CADES, d'augmenter les cotisations payées par les entreprises, ou encore d'imaginer une solution médiane entre financement par les entreprises et socialisation. Les auteurs soulignent que la solution retenue ne doit pas conduire à une dénaturation de la branche et de mettre en cause sa pérennité.

51068

INTERNET, RAPPORT

DAUDIGNY (Y.)

Sénat. Commission des Affaires sociales. Paris. FRA

Finances sociales : l'urgence du redressement, l'exigence de justice : rapport d'information.

Paris : Sénat : 2012/07 : 33p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-661/r11-661.html>

Le présent rapport d'information est établi en vue du débat d'orientation sur les finances publiques inscrit à l'ordre du jour du Sénat le 17 juillet prochain. Ce débat annuel prend place dans la préparation des deux grands textes financiers examinés par le Parlement à l'automne, le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le projet de loi de finances. Cette année, ceux-ci s'articuleront avec un projet de loi de programmation des finances publiques couvrant, pour l'Etat et pour la sécurité sociale, les cinq années de la législature, jusqu'en 2017. Ce débat d'orientation s'inscrit dans un contexte particulièrement difficile : une croissance pratiquement nulle (+ 0,3 % en 2012) qui pénalise les rentrées de recettes fiscales et sociales, après trois années de lourds déficits publics ; une grande incertitude autour du financement des dettes souveraines, avec tous les risques qui en résultent pour la zone euro et pour la France. Il s'inscrit aussi dans une perspective que vient de réaffirmer très fermement le Gouvernement, à savoir l'engagement de retour à l'équilibre des comptes publics d'ici cinq ans.

les domaines de l'organisation et de l'utilisation des ressources, des comportements de recours aux soins des patients et des pratiques des professionnels, et de la régulation des prix (génériques).

Maîtrise des dépenses

Health care cost containment

51070

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013. 2 volumes: constat et propositions.

Paris : Cnamts : 2012 : 90p.+11p., tabl.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2013.pdf

Cette publication en 2 volumes constitue le rapport annuel de la CNAMTS sur les charges et produits pour l'année 2013 et identifie plusieurs gisements d'économies pour les dépenses de santé. Elle souligne des marges de progrès, en termes de qualité mais aussi de rapport coût – qualité, pour des processus de soins particulier, dans les secteurs de la chirurgie programmée, du diabète, des cancer de la prostate et colorectal, de l'insuffisance cardiaque. La Cnamts met également en avant des progrès possibles dans

État de santé / Health status

Alcoolisme Alcoholism

50380

RAPPORT, INTERNET

ANDERSON (P.) / éd., MOLLER (L.) / éd., GALEA (G.) / éd.

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

Alcohol in the European Union - Consumption, harm and policy approaches.

L'alcool dans l'Union européenne. Consommation, nocivité et stratégies adoptées.

Copenhagen : OMS - Bureau régional de l'Europe : 2012 : 161p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

Alcohol is one of the world's top three priority areas in public health. Even though only half the global population drinks alcohol, it is the world's third leading cause of ill health and premature death, after low birth weight and unsafe sex, and greater than tobacco. In Europe, alcohol is also the third leading risk factor for disease and mortality after tobacco and high blood pressure. This report presents the latest literature overview of effective alcohol policies, and includes data from the European Union, Norway and Switzerland in the areas of alcohol consumption, harm and policy approaches. The data presented were collected from a survey in 2011.

Cancer Cancer

50912

OUVRAGE

BECK (F.) / dir., GAUTHIER (A.) / dir.

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

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

Baromètre Cancer 2010.

Saint-Denis : INPES, Boulogne Billancourt : INCA : 2012/06 : 268p.

Cote Irdes : A4376

<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/index.asp>

Le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès en France. On estime aujourd'hui que 1 200 000 personnes vivent avec un cancer ou après avoir eu un cancer. Ces données montrent l'importance des enjeux sociaux et de santé publique liés à cette pathologie. Le Baromètre cancer 2010 est la deuxième vague, après le Baromètre cancer 2005, d'une enquête menée en population générale. Lancée dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut national du cancer et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, cette étude vise à identifier les évolutions des perceptions, des risques et des comportements entre les deux enquêtes. Un échantillon représentatif de 4 000 personnes de 15 à 85 ans a été interrogé sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque du cancer, mais également sur ses représentations de la maladie et l'image des malades. Les personnes ont également été questionnées sur la qualité perçue des soins ainsi que sur les pratiques de dépistage mises en oeuvre par les pouvoirs publics. Cet ouvrage permet ainsi de mesurer les évolutions et les progrès réalisés depuis 2005, mais aussi les avancées qui restent à faire, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. Leur réduction est un élément pivot du Plan cancer 2009-2013 (Résumé d'auteur).

50661

RAPPORT, INTERNET

POURCEL (G.), BOUSQUET (P.J.)

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

Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011.

Boulogne Billancourt : INCA : 2012 : 34p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr>

L'annonce du diagnostic de cancer est une étape marquante dans la vie du patient et de son entourage. En réponse à la demande des malades et afin de leur permettre d'avoir les meilleures conditions d'annonce de leur pathologie, le dispositif d'annonce a été mis en place dans le cadre du premier Plan cancer et des recommandations nationales ont été publiées afin de préciser le cadre général et les modalités de mise en oeuvre de ce dispositif structuré autour de quatre temps. Puis, avec la mise en oeuvre du dispositif des autorisations, l'organisation de l'accès au dispositif d'annonce est aujourd'hui devenue un élément constitutif de l'autorisation donnée aux établissements de santé pour traiter les malades atteints de cancer. C'est dans ce cadre que l'Institut national du cancer a lancé en 2011, en lien avec la Ligue nationale contre le cancer et la Direction générale de l'offre de soins, une étude d'impact en termes de ressenti pour les personnes malades ayant bénéficié du dispositif dans des établissements de santé sélectionnés, et d'évaluation de la faisabilité d'un renouvellement annuel de l'enquête.

Maladies rares Rare diseases

50924
RAPPORT
DE KERVASDOUE (J.) / collab.
Observatoire des Maladies Rares. Paris. FRA

Les résultats 2011 de l'Observatoire des maladies rares.

Paris : Observatoire des maladies rares : 2012 : 53p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.maladiesraresinfo.org/assets/pdf/Observatoire_maladies_rares_2011_Maladies_Rares_Info_Services.pdf

L'observatoire des maladies rares est destiné à mesurer les difficultés et avancées auxquelles sont confrontées les personnes touchées par une maladie rare. Pour cela, un recueil de données a été effectué auprès des usagers du service d'information et de soutien en 2011, à travers deux enquêtes, l'une qualitative et la seconde quantitative. C'est de cette dernière dont sont issus les résultats présentés dans ce rapport. Trois thématiques ont été étudiées : l'errance diagnostique ; l'accès à l'information ; la prise en charge financière des soins, produits et prestations. Les années suivantes, de nouvelles

thématiques seront étudiées, tout en reconduisant la mesure de certaines d'entre elles au fil des ans. Ainsi en 2012, ce sont trois nouvelles thématiques qui feront l'objet d'enquêtes qualitative et quantitative : l'annonce diagnostique et ses suites ; les difficultés pratiques liées à un médicament ou à un autre produit de santé ; la coordination des acteurs du parcours médico-social de la personne malade.

Panorama d'ensemble Health at glance

50671
RAPPORT, INTERNET
SERMET (C.), JUSOT (F.), LE FUR (P.), COM-
RUELLE (L.), PERRONNIN (M.) et al.
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris.
FRA

La santé en France et en Europe : convergences et contrastes.

Paris : HCSP : 2012/03 : 266p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf

Réalisé pour la première fois par le Haut Conseil de la santé publique, ce rapport prend appui sur l'ensemble des indicateurs de santé ECHI (European Community Health Indicators), défini par la Commission européenne en vue d'établir une cohérence dans les données statistiques à l'échelle communautaire. La France affiche l'un des meilleurs taux d'espérance de vie dans l'Union européenne, mais, la mortalité par suicide est très élevée. On observe aussi que le poids de dépenses de santé dans le PIB est le plus élevé de l'Union européenne, mais le niveau de dépenses par habitant n'arrive qu'en sixième position. Voici quelques-uns des enseignements de ce rapport comparatif France-Union européenne sur l'état de santé. Le rapport met ainsi en exergue les atouts et les handicaps de la situation française en indiquant des pistes possibles d'amélioration.

48916

RAPPORT

DANET (S.), ALLONIER (C.), COM-RUELLE (L.),
GUILLAUME (S.), LE FUR (P.), ROCHEREAU (T.)
et al.

Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.). Direction
de la Recherche - des Etudes de l'Évaluation et des
Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

***L'état de santé de la population en
France : rapport 2011 (Suivi des objectifs
de santé publique).***

Paris : La documentation française : 2011 : 340p., tabl.,
graph., carte

Cote Irdes : B7100

[http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-
population-en-france-rapport-2011,9985.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html)

La synthèse de cette cinquième édition donne une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France, en conjuguant les approches démographiques et sociales et l'approche par déterminants et pathologies à partir des données disponibles les plus récentes. Elle a été établie d'après la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux et le suivi d'indicateurs associés à 74 objectifs spécifiques. Pour cette édition, trois dossiers thématiques viennent enrichir l'ouvrage. Ces dossiers portent sur les événements indésirables graves dans les établissements de santé, l'état de santé et la participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles, et l'état de santé après 50 ans et les conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle.

Personnes âgées

Elderly

47679

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

***Dimensions of Health in the Elderly
Population.***

*Les dimensions de la santé chez les personnes
âgées.*

NBER Working Paper Series ; 17148

Cambridge : NBER : 2011/06 : 28p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17148>

This paper characterizes the multi-faceted health of the elderly and understand how health along multiple dimensions has changed over time. Our data are from the Medicare Current Beneficiary Survey, 1991-2007. It shows that 19 measures of health can be combined into three broad categories: a first dimension representing severe physical and social incapacity such as difficulty dressing or bathing; a second dimension representing less severe difficulty such as walking long distances or lifting heavy objects; and a third dimension representing vision and hearing impairment. These dimensions have changed at different rates over time. The first and third have declined rapidly over time, while the second has not. The improvement in health is not due to differential mortality of the sick or a new generation of more healthy people entering old age. Rather, the aging process itself is associated with less rapid deterioration in health. It speculates about the factors that may lead to this.

Schizophrénie
Schizophrenia

50252

OUVRAGE

DE CLERCQ (M.), PEUSKENS (J.)

GALAN (M. de) / préf.

Les troubles schizophréniques.

Paris : De Boeck : 2000 : 554p., tabl.

Cote Irdes : A4350

Les troubles schizophréniques touchent plus d'un pour cent de nos populations mais représentent encore plus de la moitié des patients hospitalisés en psychiatrie. Cependant, les nouvelles politiques de désinstitutionnalisation et l'arrivée de nouvelles molécules antipsychotiques dites «atypiques» ont amené à réenvisager le traitement de la phase aiguë de la schizophrénie mais également de la prise en charge à long terme.

Statistiques sanitaires World health statistics

50663

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

World health statistics 2012. *Statistiques sanitaires mondiales 2012.*

Statistiques sanitaires mondiales.
Genève : OMS : 2012 : 176p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2012_Full.pdf

Les statistiques sanitaires mondiales 2012 présentent les statistiques sanitaires les plus récentes des 193 États Membres de l'OMS et un résumé des progrès accomplis vers les objectifs et les cibles du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé.

Travail et santé Occupational health

51327

RAPPORT
CAVALIN (C.), CELERIER (S.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

Une mesure de la santé à l'âge du travail. Approche du travail par la santé à partir de l'enquête Événements de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006).

Noisy-le-Grand : CEE : 2012/07 : 76p., fig., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/78-mesure-sante-age-travail-evs.pdf>

Le texte propose une mesure de la santé à l'âge du travail qui permet de décrire les états de santé des personnes concernées, qu'elles travaillent effectivement ou qu'elles ne travaillent pas. La vaste littérature disponible sur les liens entre santé et travail fournit en effet de nombreux indices montrant que la santé est moins uniformément bonne que l'on pourrait a priori le penser pour cet âge particulier. Par cette mesure, les auteures souhaitent en ap-

précier l'ampleur en saisissant la santé dans sa globalité, c'est-à-dire sans la limiter à ce qu'y imprime le rapport au travail ou à l'emploi. Elles entrent donc dans le travail par la santé, en considérant celle-ci de la manière la plus ouverte possible. Cette ouverture suppose également de considérer, ensemble, les dimensions physique, mentale et fonctionnelle de la santé en examinant les liens possibles entre elles. Le propos est par ailleurs résolument descriptif plutôt que causaliste. Sans remettre en cause l'intérêt de la recherche des causalités réciproques entre travail et santé, dont les auteures retrouvent d'ailleurs plusieurs des résultats – notamment les mécanismes liés aux inégalités sociales de santé –, sont explorés les états de santé à l'âge du travail, de la bonne santé jusqu'à la santé très dégradée, en les qualifiant le mieux possible.

50931

CHAPITRE
BEN HALIMA (M.A.), LENGAGNE (P.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

L'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010.

Enquête sur la santé et la protection sociale 2010.
Paris : IRDES : 2012/07 : 29-48
Cote Irdes : R1886bis
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

A partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée par l'Irdes, cet article présente des résultats statistiques sur l'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010. Il propose une mesure de la corrélation entre emploi précaire et santé et étudie, de plus, l'influence des conditions de travail dans cette relation. Les données de l'enquête ESPS offrent la possibilité de lier des informations à la fois sur l'état de santé, l'emploi et la situation socio-économique des travailleurs, ainsi que des données sur leurs conditions de travail. La précarité de l'emploi est une notion recouvrant plusieurs dimensions – une notion ne reflétant pas seulement le statut permanent ou temporaire du contrat de travail. Elle est ici mesurée à partir de différents indicateurs : un indicateur du contrat de travail (permanent versus temporaire), un indicateur des licenciements survenus dans l'établissement où l'enquêteur travaille et un indicateur d'insécurité de l'emploi ressentie.

50855

OUVRAGE

BARDELLI (P.) / dir., ALLOUCHE (J.) / dir.

La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?

Paris : Armand Colin : 2012/01 : 385p., tabl., ann.

Cote Irdes : A4370

Souffrance et travail : deux notions évoluant conjointement depuis les débuts de la modernité, deux entités de plus en plus prégnantes et qui ont invité chercheurs et praticiens des organisations à analyser leurs relations dans un monde économique complexe. Cet ouvrage a l'ambition de changer la perspective habituellement adoptée en invitant des chercheurs de différents horizons (sciences de la gestion, sciences économiques, sociologie, psychologie, médecine) à interroger la responsabilité de l'entreprise dans la souffrance au travail. Par-delà ses méthodes de management et de communication, ses impératifs économiques de production, l'entreprise a en effet un rôle et un devoir qui pourraient trouver leur expression dans la RSE (Responsabilité sociale de l'entreprise), un dispositif reposant sur une démarche volontaire : celle-ci pourrait ainsi fournir un cadre de travail et de prise en charge incitant les organisations à adopter une position préventive vis-à-vis des souffrances, dans une volonté de maintien et de pérennisation du potentiel de leurs salariés. Ceci pose la question de la pertinence de la démarche RSE, quant à sa capacité à réguler la société et, conjointement, la question de la responsabilité objective de l'entreprise, dans le processus qu'elle semble nier, de montée en puissance de la souffrance au travail.

50847

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BRATBERG (E.), MONSTAD (K.)

University of Bergen. Department in Economics.
Bergen. NOR

Worried sick? Worker responses to organizational turmoil.

Malades d'inquiétude ? Les réponses des travailleurs aux turbulences de l'organisation.

Working papers in Economics ; 08/12.

Bergen : University of Bergen : 2012 : 31p.

Cote Irdes En ligne

https://www.uib.no/filearchive/w.p-08.12_1.pdf

Sickness absence has risen over the past years in Norway. One explanation put forward is that a

tougher labor market represents a health hazard, while a competing hypothesis predicts that loss of job security works as a disciplinary device. This analysis aims to trace a causal impact of organizational turmoil or job insecurity on sickness absence, applying a difference-in-difference approach. Utilizing a negative financial shock that hit specific employers and workplaces, it finds that sickness absence decreased considerably in the following year. The decrease is substantially larger among male than among female employees, and stronger for days of sickness absence than for its incidence.

50789

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

ROLLOT (J.)

Les risques psychosociaux : un vide conceptuel ?

Villeurbanne : HALSHS : 2012/05 : 10p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/69/28/95/PDF/Risques_psychosociaux_vide_conceptuel.pdf

L'objectif du présent article est de démontrer que la difficulté pour définir les risques psychosociaux est due à l'orientation méthodologique prise dans le rapport Nasse-Légeron (2008). Cette orientation, établit la primauté de la mesure sur le phénomène psychosocial et considère ce dernier dans un schéma causal linéaire. Le rapport Gollac (2011), sans rompre radicalement avec le précédent rapport, tente néanmoins d'apporter une perspective redonnant place à la subjectivité.

50709

RAPPORT, INTERNET

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

Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale au travail.

Paris : OCDE : 2012 : 235p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

Bien que la mauvaise santé mentale constitue l'un des principaux défis pour les politiques sociales et du marché du travail dans les pays de l'OCDE, on ne sait pas grand-chose des liens entre santé mentale, invalidité et emploi. Dans quelle mesure la mauvaise santé mentale influe-t-elle sur les possibilités d'emploi et la gravité de la maladie jouet-elle un rôle ? La transformation de l'environnement

de travail contribue-t-elle à l'augmentation des cas d'invalidité pour mauvaise santé mentale ? Dans quelle mesure la part croissante de l'invalidité consécutive à une mauvaise santé mentale est-elle la conséquence de la conception des politiques et des systèmes ? Quel est le rôle du système de soins de santé au regard de la situation professionnelle des patients ? Pourquoi les jeunes dans les pays de l'OCDE sont-ils de plus en plus nombreux à être admis au bénéfice de prestations d'invalidité sans avoir jamais travaillé ? Les éléments dont on dispose pour traiter ces questions sont parcellaires ou incomplets ; beaucoup de facteurs importants restent inconnus ou mal compris, et les croyances erronées sont nombreuses. Ce rapport vise à cerner les données manquantes, à enrichir la base de connaissances et ainsi à remettre en question certains mythes, et à donner une vision plus complète des défis stratégiques sous-jacents. C'est le premier rapport d'une série consacrée à la question de la mauvaise santé mentale en lien avec le travail. Les rapports suivants examineront en détail les possibilités d'action dans un certain nombre de pays de l'OCDE, afin d'identifier les bonnes pratiques et les réformes requises. Un rapport final fera la synthèse des principaux enseignements. L'objectif ultime de l'examen Santé mentale et emploi mené par l'OCDE est de déterminer les politiques qui améliorent l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladie mentale, et d'empêcher le stress et la tension au travail qui, faute de mesures correctives, peuvent avoir des effets délétères sur la santé mentale des travailleurs.

Personnes âgées / Elderly

Aidants

Informal care

50026

RAPPORT, INTERNET
PICKARD (L.)

European Network of Economic Policy Research
Institutes. (E.N.E.P.R.I.). Bruxelles. BEL, Assessing
Needs of Care in European Nations. (A.N.C.I.E.N.).
sl. INT

The supply of Informal Care in Europe.

L'offre de soins informels en Europe.

Bruxelles : ENEPRI : 2011/09 : 44p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ceps.eu/book/informal-care-provision-europe-regulation-and-profile-providers>

This research report is concerned with the analysis of the supply of informal care provided by family and friends in Europe, using data on provision of informal care from the 2007 Eurobarometer survey, which includes all the countries in the ANCIEN study. The research uses multivariate analysis of the provision of informal help with personal care tasks in Europe, taking into account socio-demographic factors likely to affect the provision of informal care, including gender, age, marital status and education, and also taking into account differences in long-term systems. The key conclusion of the report is that differences in informal care provision in European countries are affected, not only by differences in socio-demographic factors, but also by differences in long-term care systems between countries.

Aménagement du territoire Regional planning

50033

OUVRAGE
VIRIOT-DURANDAL (J.P.) / dir., PIHET (C.) / dir.,
CHAPON (P.M.)

Les défis territoriaux face au vieillissement.

Paris : La Documentation française : 2012 : 183p.,
graph.

Cote Irdes : A4342
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110086082/index.shtml>

Cet ouvrage propose un ensemble de réflexions sur l'adaptation de l'environnement physique et social au vieillissement de la population. Son intérêt réside dans la pluridisciplinarité des angles d'analyse développés sur les territoires de vie. Les auteurs proposent une série de réflexions originales sur les territoires à partir des pratiques spatiales et sociales des personnes âgées. Ils livrent également un regard critique sur les interactions plus ou moins abouties entre ces publics et les interfaces politiques, administratives, sociales et économiques sensées répondre à leurs besoins. Il invite enfin, en troisième partie, à un dialogue constructif, en ouvrant de manière originale un débat avec des acteurs opérationnels publics et privés, premiers concernés par l'organisation des espaces, des réseaux et des territoires gérontologiques (4e de couverture).

Dépendance Dependency

50936

RAPPORT
LAUTIER (S.), LOONES (A.), ROSE (N.)
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation
des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement : regards croisés des acteurs du secteur.

Paris : CREDOC : 2011/12 : 77p., fig.
Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C286.pdf>

Depuis plusieurs années, la perte d'autonomie liée au vieillissement est devenue une source de préoccupation pour les gouvernements mais aussi pour l'ensemble des Français. Avec l'allongement de l'espérance de vie, de plus en plus de ménages y sont confrontés, et le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement est devenu un en-

jeu national. Le projet de réforme du gouvernement a donné lieu à la mise en place, au début de l'année 2011, de groupes de travail chargés de réfléchir sur les différentes dimensions de la perte d'autonomie. Dans le cadre de ce Cahier de recherche, le CRÉDOC apporte un éclairage prospectif sur les sources possibles de financements et le rôle des acteurs pouvant être concernés par cette problématique, c'est-à-dire les ménages, les départements, les employeurs et les assurances (Extraits synthèse).

50031

OUVRAGE
HENRARD (J.C.)

La perte d'autonomie : un nouvel enjeu de société.

Paris : L'Harmattan : 2012 : 145p.

Cote Irdes : A4341
<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=36226>

Il s'agit de faire de la perte d'autonomie un nouveau droit social, étendant la protection sociale à un cinquième risque à côté des quatre risques existants : maladie, accidents du travail, (chargé de) famille, vieillesse. Comment financer les prestations de soins et d'aide de longue durée ? Comment organiser des prestations de façon efficace et équitable ? Comment adapter les établissements d'hébergement au vieillissement de leur population ? Comment aider les aidants familiaux ? Cet ouvrage tente de répondre à l'ensemble de ces questions, tout en comparant le système de prise en charge français avec les autres modèles européens (4e de couverture).

EHPAD

Home for the aged

49896

OUVRAGE
DESTAIS (N.), RUOL (V.), THIERRY (M.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).
Paris. FRA

Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : évaluation de l'option tarifaire dite globale : rapport définitif.

Paris : IGAS : 2011 : 210p.

Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//124000032/0000.pdf>

Ce rapport porte sur l'évaluation comparée des deux modes de financement des soins actuellement en vigueur, selon un tarif dit « partiel » et selon un tarif dit « global ». Il s'agit de comparer les coûts pour l'assurance maladie des deux tarifs, d'examiner leurs incidences respectives sur la pertinence et la qualité des soins délivrés, enfin d'analyser les conditions de régulation et de suivi de la dépense dans ce secteur.

Soins de longue durée

Long-term care

50723

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
DONDER (P. de), PESTIAU (P.)
Institut d'Economie Industrielle. (I.D.E.I.).
Toulouse. FRA

Private, social and self insurance for long term care: a political economy analysis.

Assurance privée, assurance sociale et assurance personnelle pour les soins de longue durée : une analyse d'économie politique.

Idei Working Paper Series ; 719.

Toulouse : IDEI : 2011 : 34p., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ide:wpaper:25821&r=hea>

We analyze the determinants of the demand for social, private and self-insurance for long-term care in an environment where agents differ in income, probability of becoming dependent and of receiving family help. Uniform social benefits are financed with a proportional income tax and are thus redistributive, while private insurance is actuarially fair. We obtain a rich pattern of insights, depending on whether private insurance is available or not, on its loading factor, and on the correlation between, on the one hand, income and risk, and, on the other hand, income and family help. Although the availability of private insurance decreases the demand for social insurance, it only affects a minority of agents so that the majority-chosen social insurance level remains unaffected. Family support crowds out the demand for both private and social insurance, and may even suppress any demand for private insurance. Family

help crowds out self-insurance only for agents whose demand for both social and private insurance is nil. A general increase in the probability of becoming dependent need not increase the demand for social insurance, since it decreases its return.

50721

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
PONTHIERE (G.)
Ecole d'Economie de Paris. Paris. FRA

Long-Term Care, Altruism and Socialization.

Soins de long terme, altruisme et socialisation.

Working Paper ; 2011 – 31.

Paris : Ecole d'Economie de Paris : 2012 : 28p.

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-00622385&r=hea>

The public provision of long-term care (LTC) can replace family-provided LTC when adults are not sufficiently altruistic towards their elderly parents. But State intervention can also modify the transmission of values and reduce the long-run prevalence of family altruism in the population. That evolutionary effect questions the desirability of the LTC public provision. To characterize the optimal LTC policy, we develop a three-period OLG model where the population is divided into altruistic and non-altruistic agents, and where the transmission of (non) altruism takes place through a socialization process à la Bisin and Verdier (2001). The optimal short-run and long-run LTC policies are shown to differ, to an extent varying with the particular socialization mechanism at work.

50659

RAPPORT, INTERNET
SCHEIL-ADLUNG (X.), BONAN (J.)
International Labor Organization. (I.L.O.). Social Security Department. Genève. CHE

Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications.

Les européens âgés peuvent-ils supporter le fardeau financier de la santé et des soins de longue durée ? Evaluation des impacts et des implications politiques.

ESS Paper N° 31

Genève : Organisation Internationale du Travail : 2012 : 44p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RESSShowRessource.do?ressourceId=30228>

This research report assesses the financial impact of private health and long-term care expenditure on households of the elderly, in particular, the impact of out-of-pocket payments at the time of service delivery and related policy implications.

50411

RAPPORT, INTERNET
FERMON (B.), JOEL (M.E.)

European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.). Bruxelles. BEL, Assessing Needs of Care in European Nations. (A.N.C.I.E.N.). sl. INT

Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in the European Union, Country Report: France.

Les politiques d'assurance qualité et les indicateurs de soins de longue durée au sein de l'Union européenne. Rapport France.

Bruxelles : ENEPRI : 2012 : 18p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ceps.eu/book/informal-care-provision-europe-regulation-and-profile-providers>

Quality assurance policies for long-term care in France are founded on a law passed in 2002, but the organisation of the system is still underway. It is principally based on a legal framework that sets out requirements for quality monitoring and quality improvement. Quality assessment is related to outcomes, indicators and guidelines. It pertains to formal care and is related to administrative authorisation and financial conditions. In the public sector, the aim is to develop continuous quality assurance in a system differentiated by internal and external quality assessment. In the private sector, the aim is mainly to check conformity with quality standards, as internal and external quality assurance may be replaced by a certification procedure. A central agency is in charge of enhancing quality through the production of new guidelines but quality supervision is the role of the funding institution and qualitative results are not publicly available. To date, not many organisations or units have conducted the entire quality assurance process, as the quality of long-term care is

ensured by an institutional system that is in the final stages of being structured.

promouvoir la participation sociale des travailleurs seniors (Résumé d'auteur).

Vieillesse active

Active ageing

50679

DOCUMENT DE TRAVAIL

POLLAK (C.), SIRVEN (N.)

Institut de Recherche et Documentation en

Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Active Ageing Beyond the Labour Market: Evidence on Work Environment Motivations.

Le vieillissement actif au-delà du marché du travail : le rôle de l'environnement de travail sur la participation sociale des seniors.

Document de travail Irdes ; 48

2012/05

Paris : IRDES : 2012/05: 24p.

Cote Irdes : DT48

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

Cette étude sur les stratégies de « vieillissement actif » visant à promouvoir la participation des seniors dans la société s'inscrit dans le cadre du projet de recherche HEAPS, qui étudie la santé et la participation des personnes âgées à la société. Alors qu'une littérature économique abondante a été consacrée aux facteurs incitatifs de l'offre de travail des seniors, on connaît mal les motivations qui encouragent les travailleurs à compléter leur activité professionnelle par d'autres activités sociales. En utilisant les données de l'enquête SHARE, cet article apporte des éléments empiriques sur le rôle de l'environnement de travail dans l'offre d'activités productives formelles et informelles des travailleurs âgés de 50 à 65 ans. Les résultats montrent que les récompenses intrinsèques au travail, telles que le développement des compétences et la latitude décisionnelle, constituent une incitation pour les seniors de s'investir dans des activités sociales en dehors du marché du travail. En revanche, les récompenses extrinsèques, telles que les perspectives d'avancement, la sécurité de l'emploi et le salaire, affectent peu les décisions prises en dehors de la sphère marchande. Par conséquent, les motivations intrinsèques dans l'environnement de travail devraient être favorisées si l'on souhaite

Inégalités de santé / Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

50917

RAPPORT, INTERNET
DESPRES (C.), RENAUD (T.), COLDEFY (M.),
LUCAS-GABRIELLI (V.), DELY (R.), WIECHERT
(M.)

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

Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre.

Paris : Fonds CMU ; Paris : Irdes : 2012/07 : 94p.

Cote Irdes : R1891

http://www.cmu.fr/userdocs/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de le mesurer sur des territoires géographiques donnés. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain. L'objectif de cette recherche est d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural. Ce nouveau test de discrimination a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) ont également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

50417

RAPPORT, INTERNET
VIGNERON (E.), HAAS (S.)

Les clefs de l'accès aux soins : Inégalités sociales et territoriales.

Paris : Fehap : 2012 : 36p., carte

Cote Irdes : En ligne

http://www.fehap.fr/page-secteur-simple.asp?ID_sec=8

Cette étude consacrée aux difficultés d'accès aux soins en France part du constat que de nombreux Français sont quotidiennement confrontés à de réels problèmes d'accès aux différents soins et services: éloignement, horaires, délais, listes d'attente, honoraires et restes à charge élevés. Ce travail pose la question cruciale de l'égalité entre les territoires, souvent liée aux disparités économiques, qui entraînent des difficultés d'accessibilité financière, temporelle, culturelle et linguistique. Il s'inscrit pleinement dans les propositions de la Fédération des Etablissements Hospitaliers & d'Aide à la Personne (FEHAP), adressées aux candidats à l'élection présidentielle de 2012, visant notamment à résorber les déserts médicaux et à permettre à tous un accès aux soins de qualité.

49978

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HURLEY (J.), JAMA (T.), GRIGNON (M.), et al.
McMaster University. McMaster Research Data
Centre. (C.R.D.). Hamilton ON. CAN

The Relationship between Self-reported Unmet Need for Health Care and Health Care Utilization.

*La relation entre la perception de besoins en
soins non satisfaits et l'utilisation des services de
soins de santé.*

RDC Research Paper ; 23

Hamilton : McMaster Research Data Centre : 2011 :
35p., tabl., fig

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/rdc/RDCwp23.pdf>

This study builds on the work of Allin, Grignon, and Le Grand (2008) to investigate the relationship between self-reported unmet need and a variety of measures of health care utilization. It exploits a linked Ontario Canadian Community Health Survey-administrative data that includes individual-level information on self-reported unmet needs and a person's actual use of physician and hospital services, which permits a number of improvements over existing research. It measures utilization using

the dollar value of services received, which: provides a more accurate measure of volume of care obtained (because it is not subject to recall error and because it adjusts for the nature of the services received); allows us to combine general practitioner, specialist physician services and hospital services to examine the relationship between unmet need and total service use; and allows us to study both inpatient services and day procedures, the latter of which constitute an increasing proportion of hospital utilization (CIHI 2007).

Etudiants Students

50397
RAPPORT
La Mutuelle des Etudiants. (L.M.D.E.). Ivry sur Seine. FRA

La santé des étudiants : 3e enquête nationale. Premiers enseignements.

Ivry sur Seine : LMDE : 2012 : 12p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://apres-npdc.fr/documentation/document/document-39xC8FpBMq2B.pdf>

Ce rapport de la Mutuelle des Etudiants (LMDE) rassemble les résultats de sa troisième enquête nationale sur la santé des étudiants dont les données sont issues de l'Observatoire Expertise et Prévention pour la Santé des Étudiants (EPSE). Les données proviennent de questionnaires remplis par 8400 étudiants affiliés à la LMDE. Les résultats sont présentés selon plusieurs thématiques: situation sociale, pratiques et habitudes médicales, consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, rapport au monde extérieur, et enfin rapport au parcours universitaire et à l'insertion professionnelle. Parmi les principaux résultats, il est à noter qu'un tiers des étudiants déclarent avoir renoncé à consulter un médecin au cours de l'année écoulée, que 17% des étudiants ont réduit leur consommation de tabac suite aux différentes hausses des prix, ou encore que 38% des répondants ont ressenti un sentiment constant de tristesse ou de déprime au cours des douze derniers mois.

Inégalités sociales de santé Social health inequalities

51352
DOCUMENT DE TRAVAIL
ROHREGGER (B.)
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. (G.I.Z.). Eschborn. DEU

Social determinants of health: The role of social protection in addressing social inequalities in health

Les déterminants sociaux de la santé : le rôle de la protection sociale dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Discussion Papers on Social Protection
Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit : 2011 : (6p.), fig.
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.gtz.de/de/dokumente/giz2011-en-social-determinants-of-health.pdf>

The social, economic and political context in which people grow, live, work and age has enormous impact on their health status. These wider structural determinants of health lie largely outside the health sector. The level and coverage of social protection systems is one key determinant. Social protection measures and mechanisms directly contribute to poverty reduction and human resource development by providing recipients with in-kind or cash transfers. They also allow beneficiaries to gain better access to social services, including health facilities, drugs, etc.

51086

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DEVAUX (M.), LOOPER (M. de)
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

***Income-Related Inequalities in Health
Service Utilisation in 19 OECD Countries,
2008-2009.***

*Inégalités liées au revenu dans le recours aux
systèmes de santé dans 19 pays de l'OCDE, 2008-
2009.*

OECD Health Working Paper; 58
Paris : OCDE : 2012/07 : 68p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne
[http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/
fulltext/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1342533634&id=id&acc
name=guest&checksum=72FD10523BF22B85580A6FEA51
DAAB71](http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1342533634&id=id&accname=guest&checksum=72FD10523BF22B85580A6FEA51DAAB71)

This Working Paper examines income-related inequalities in health care service utilisation in OECD countries. It extends a previous analysis (Van Doorslaer and Masseria, 2004) to 2008-2009 for 13 countries, and adds new results for 6 countries, for doctor and dentist visits, and cancer screening. Quintile distributions and concentration indices were used to assess inequalities. For doctor visits, horizontal equity was assessed, i.e. the extent to which adults in equal need of physician care appear to have equal rates of utilisation. The paper considers the evolution of inequalities over time by comparing results with the previous study, as data permit. Health system financing arrangements are examined to see how these might affect inequalities in health service use.

50834

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
TUBEUF (S.), JUSOT (F.), BRICARD (D.)
Leeds Institute of Health Sciences. Academic Unit of
Health Economics. University of Leeds. Leeds. GBR

***Mediating role of education and lifestyles
in the relationship between early-life
conditions and health : evidence from the
1958 British cohort.***

*Rôle médiateur joué par l'éducation et les modes
de vie dans le lien entre conditions de vie dans
l'enfance et l'état de santé : résultats issus de la
cohorte britannique de 1958.*

Working Papers Series ; n° 11_06

Leeds : Leeds Institute of Health Sciences : 2012 : 36p.
Cote Irdes : R1887, en ligne
[http://www.leeds.ac.uk/lihs/he/research/working%20papers/
WP11_06.pdf](http://www.leeds.ac.uk/lihs/he/research/working%20papers/WP11_06.pdf)

The paper focuses on the long-term effects of early-life conditions with comparison to lifestyles and educational attainment on health status in a cohort of British people born in 1958. Using the longitudinal follow-up data at age 23, 33, 42 and 46, we build a dynamic model to investigate the influence of each determinant on health and the mediating role of education and lifestyles in the relationship between early-life conditions and later health. Direct and indirect effects of early-life conditions on adult health are explored using auxiliary linear regressions of education and lifestyles and panel Probit specifications of self-assessed health with random effects addressing individual unexplained heterogeneity. Our study shows that early-life conditions are important parameters for adult health accounting for almost 20% of explained health inequality when mediating effects are identified. The contribution of lifestyles reduces from 32% down to 25% when indirect effects of early-life conditions and education are distinguished. Noticeably, the absence of father at the time of birth and experience of financial hardships represent the lead factors for direct effects on health. The absence of obesity at 16 influences health both directly and indirectly working through lifestyles.

50724

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
COSTA-FONT (J.), HERNANDEZ-QUEVEDO (C.),
JIMENEZ-RUBIO (D.)
London School of Economics and Political Science.
(L.S.E.). Londres. GBR

***Do Income Gradients in Unhealthy
Behaviours Explain Patterns of Health
Inequalities ?***

*Les caractéristiques des inégalités de santé
peuvent-elles être expliquées par les gradients de
revenu dans les comportements préjudiciables à
la santé ?*

LSE Health Working Paper ; 29
London : London School of Economics and Political
Science : 2012/06 : 30p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
[http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/
LSEHWP26.pdf](http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHWP26.pdf)

More needs to be known about the origins of health inequalities and their measurement. This paper contributes by examining how the existence of income-related inequalities in unhealthy behaviours and more specifically, obesity (as a proxy for excessive food intake), alcohol intake and smoking might explain the persistence of health inequalities. We empirically examine data from two countries, England and Spain, which exhibit rising obesity levels, as well as smoking and alcohol use, drawing from unique health survey data. Furthermore, we carry out a sensitivity analysis of the influence of different robustness checks, including primarily, the definition of variables across national surveys, reporting bias associated with self-reported measures of lifestyle and the measurement of income-related inequalities in lifestyle factors across countries. The results document the persistence of income inequalities in obesity and tobacco use, which disproportionately concentrate among the relatively poor. However, we find that inequalities in alcohol consumption over time tend to concentrate among relatively richer individuals in both countries examined.

50430

OUVRAGE

BRECHAT (P.H.) / dir., LEBAS (J.) / dir.
BACHELOT-NARQUIN (R.) / préf., SICARD (D.) / dir.

Innover contre les inégalités de santé.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2012 : 496p., tabl.

Cote Irdes : A4352

<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/politiques-et-pratiques/Details/291/19/sante-publique/politiques-et-pratiques/innover-contre-les-inegalites-de-sante.html>

Personnes précaires, personnes âgées, patients atteints de pathologies multiples ou chroniques, migrants... En France aujourd'hui, un grand nombre de ces patients dits « complexes » ne bénéficient pas d'un accès aux soins. Pareil constat remet en cause la performance du système de santé et les acquis de l'assurance maladie pour tous. Depuis vingt ans, des professionnels et acteurs de santé innoveront pour un accès aux soins et à la santé pour tous et partout. C'est le cas dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), comme la policlinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP). Des professionnels de la prise en charge de ces patients complexes, qui ont participé à ces initiatives originales, témoignent ici de leurs savoir-faire : parcours de santé global,

coopération entre professionnels de santé et du social, recherches interdisciplinaires... Ils appellent de leurs vœux la création de centres de santé primaire polyvalents (CSPP), dont ils détaillent les éléments clés, à commencer par le caractère global de la prise en charge : infirmière, médecin, assistante sociale, psychologue, etc. Ces propositions d'organisation intégrée rejoignent celles portant sur la planification de la santé et l'instauration d'allocations de ressources - autant d'innovations visant à réduire des inégalités de santé en constante augmentation. L'ouvrage s'ouvre sur un état des lieux de la précarité sanitaire en France. Il se clôt sur ces enjeux de santé qui sont aussi des enjeux de société.

Migrants

Migrants

50713

RAPPORT

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

La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2011.

Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour les exilés : 2012 : 70p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4364

[HTTP://WWW.COMEDE.ORG/RAPPORTS-DU-COMEDE-2010-2003](http://www.comede.org/rapports-du-comede-2010-2003)

En 30 ans d'existence, l'accueil de 95 000 patients de 140 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. L'année 2011 aura été marquée par de nouvelles restrictions à l'encontre des étrangers, tout particulièrement les personnes exilées en situation de grande vulnérabilité. La loi sur l'immigration du 16 juin 2011 contient de nombreuses atteintes aux droits humains fondamentaux, notamment à l'encontre des étrangers malades.

Pauvreté
Poverty

51063

OUVRAGE
HERSZBERG (C.)

Mais pourquoi sont-ils pauvres ? Voyage dans la France en crise.

Paris : Editions du Seuil : 2012 : 296p.

Cote Irdes : A4381

Chaque année, l'Insee chiffre le nombre de pauvres en France (8,2 millions en 2011) sans jamais proposer toutefois de lecture sur l'organisation politique qui génère cette pauvreté. Les pauvres surgissent ainsi sur la scène sociale comme une masse importante que l'on va aider ou punir, selon les mérites ou les défauts de chacun, mais rarement comme le symptôme d'une défaite sociale. Tandis que la fraction la plus riche de la population ne cesse de s'enrichir, la pauvreté n'est plus un phénomène qui relève d'une responsabilité collective. C'est pourquoi Catherine Herszberg est allée demander à des inconnus non pauvres – selon le critère européen – pourquoi les pauvres sont pauvres. Cette démarche s'inscrit dans la continuité de celle qui l'a déjà poussée à observer le sort réservé aux fous emprisonnés (Fresnes, une histoire de fou, Seuil, 2007). À nouveau, il est question d'hommes mis à l'écart de la société, qu'on est soulagé de ne plus voir, leur vie n'intéressant à peu près personne. Cette enquête pointe ainsi comment le phénomène de la pauvreté s'est détaché du politique, et de notions comme la justice ou l'égalité, pour relever au mieux d'un discours compassionnel, voire charitable. Ce divorce conduit à l'acceptation de ce fait social comme une fatalité, voire une nécessité. Acceptation renforcée par la certitude que le capitalisme mondialisé produit un surplus d'êtres humains « inutiles », surplus appelé à croître dans les années à venir. « Dès lors, la seule question qui se pose est celle-ci: qu'est-ce qu'on va bien pouvoir faire de ces hommes en trop ? »

Renoncement aux soins
Unmet needs

50426

FASCICULE
DOURGNON (P.), JUSOT (F.), FANTIN (R.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé.

Document de travail Irdes ; 47

Paris : IRDES : 2012/04 : 30p.

Cote Irdes : DT47

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

Cet article propose d'analyser des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières, puis d'étudier ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé quatre ans plus tard à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS). L'analyse des déterminants du renoncement montre le rôle important joué par l'accès à une couverture complémentaire, au côté de celui de la situation sociale présente, passée et anticipée. L'analyse montre ensuite que les difficultés d'accès aux soins contribuent aux inégalités de santé (Résumé d'auteur).

Géographie de la santé / Geography of health

Approche théorique Theoretical approach

50858
OUVRAGE
TAYLOR (Y.)

Fitting into place? Class and gender geographies and temporalities.

Montage en place : géographie des classes et des genres et temporalités.

Farnham : Ashgate Publishing Limited : 2012 : 6p+193p.

Cote Irdes : A4372

https://www.ashgate.com/default.aspx?page=637&calctitle=1&pageSubject=408&pagecount=1&title_id=9232&edition_id=12624

This book adopts a multi-dimensional interdisciplinary approach to explore shifting geographies and temporalities that reconstitute 'city publics' - and the place of the 'public sociologist'. Class, race and gender (dis)advantages are situated in relation to urban-rural contrasts, where 'future selves' are reconfigured in and through 'local' and 'global' sites: people inhabit shifting times and places, from industrial landscapes of the 'past', to a current present and (imagined) 'cosmopolitan' 'regenerated' future. The rhetorics and vocabularies of place, as affective and material, suggest a more complex 'fit' than the language of masculine 'crisis' for past-times, or 'feminised' fit into new-futures, suggests. Across the generations, women's labour is still effaced as maps of loyalty hold up families as reference points of belonging and 'fitting in'; such architecture of place complicates reified 'geographies of choice' which centre a middle-class mobile subject. Based upon funded empirical research, this book will be of interest to sociologists and geographers (4e de couverture).

Agence régionales de santé Regional Health agencies

50366
RAPPORT, INTERNET
Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.). Paris.
FRA

Rapport d'activité ARS 2011.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2012 : 68p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-d-activite-ars-2011.html>

Moins de deux ans après leur création, le rapport d'activité des ARS (Agences régionales de santé) pour 2011 témoigne des modalités de pilotage du système de santé et des réalisations concrètes dans les différents domaines d'intervention des agences. Le chapitre 1 du rapport expose les temps forts (définition des territoires de santé, signature des CPOM (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), premières élections professionnelles, installation des conférences de territoire, élaboration de l'ensemble des PSRS (Plans stratégiques régionaux de santé), ouverture des PAPS (Plateformes d'appui aux professionnels de santé), adoption des deux premiers projets régionaux de santé alors que le calendrier initial prévoyait une adoption de tous les PRS avant la fin de l'été 2011), les chiffres clé de l'année 2011 (1,14 milliard d'euros de budget total des ARS pour 2011, 9330 agents présents au 1er janvier dont 15,7 % issus de l'Assurance maladie), ainsi qu'un volet ressources humaines citant quelques exemples de réalisations internes (plate-forme de veille et de gestion sanitaire, géolocalisation informatique et gestion de crise, outil pour la centralisation et la traçabilité du traitement des plaintes...). La deuxième partie du rapport développe des exemples d'actions portées par chacune des 26 ARS, la plupart de ces actions ayant été réalisées dans l'ensemble des régions. A noter que pas moins de 6 des 26 postes de directeurs généraux ont changé de titulaire dans l'année.

Psychologie communautaire
Community psychology

50387

OUVRAGE
SAIAS (T.) / dir.

Introduction à la psychologie communautaire.

Paris : Dunod : 2011 : 230p., index

Cote Irdes : A4351

La psychologie communautaire est une discipline psychologique nouvelle, qui s'est récemment formalisée en France, au carrefour de la psychologie sociale et de la psychologie de la santé. L'objectif de cet ouvrage est de rassembler les différentes pratiques des psychologues pour mettre en évidence les éléments centraux permettant aux professionnels de passer d'une logique centrée sur l'individu à une logique collective et de territoire (4e de couverture).

Recherche Action participative
Participatory Action Research

50648

OUVRAGE
KINDON (S.) / éd., PAIN (R.) / éd., KESBY (M.) / éd.

Participatory action research approaches and methods : connecting people, participation and place.

Approches et méthodes de la recherche-action participative : relier les individus, la participation et le lieu.

New York : Routledge : 2010 : XXIV-260p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A4355

<http://www.amazon.com/Participatory-Action-Research-Approaches-Methods/dp/0415405505>

Participatory Action Research (PAR) approaches and methods have seen an explosion of recent interest in the social and environmental sciences. PAR involves collaborative research, education and action which is oriented towards social change, representing a major epistemological challenge to mainstream research traditions. It has recently been the subject of heated critique and debate and rapid theo-

retical and methodological development. This book captures these developments, exploring the justification, theorisation, practice and implications of PAR. It offers a critical introduction to understanding and working with PAR in different social, spatial and institutional contexts. The authors engage with PAR's radical potential, while maintaining a critical awareness of its challenges and dangers. The book is divided into three parts. The first part explores the intellectual, ethical and pragmatic contexts of PAR; the development and diversity of approaches to PAR; recent poststructuralist perspectives on PAR as a form of power; the ethic of participation; and issues of safety and well-being. Part two is a critical exploration of the politics, places and practices of PAR. Contributors draw on diverse research experiences with differently situated groups and issues including environmentally sustainable practices, family livelihoods, sexual health, gendered experiences of employment, and specific communities such as people with disabilities, migrant groups, and young people. The principles, dilemmas and strategies associated with participatory approaches and methods including diagramming, cartographies, art, theatre, photovoice, video and geographical information systems are also discussed. Part three reflects on how effective PAR is, including the analysis of its products and processes, participatory learning, representation and dissemination, institutional benefits and challenges, and working between research, action, activism and change. The authors find that a spatial perspective and an attention to scale offer helpful means of negotiating the potentials and paradoxes of PAR. This approach responds to critiques of PAR by highlighting how the spatial politics of practising participation can be mobilised to create more effective and just research processes and outcomes. The book adds significant weight to the recent critical reappraisal of PAR, suggesting why, when, where and how we might take forward PAR's commitment to enabling collaborative social transformation (4e de couverture).

Territorialisation

Territorialisation

50914

OUVRAGE, CONGRES

CASTAING (C.) / dir.

Université Montesquieu Bordeaux 4. Pôle Juridique
et Judiciaire. Bordeaux. FRA

La territorialisation des politiques de santé : actes.

Journée d'étude du Pôle juridique et judiciaire de
l'Université de Bordeaux 4. : Bordeaux,

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2012 : 197p.

Cote Irdes : A4374

<http://www.leh.fr/edition/hors-collection/la-territorialisation-des-politiques-de-sante-9782848743691.html>

La territorialisation des politiques de santé est une approche d'une politique publique qui détermine un territoire pour l'analyse des besoins de santé et de l'offre sanitaire et un lieu de pouvoir doté d'une certaine autonomie. Le projet de recherche sur ce thème s'inscrit dans un projet plus large lancé en 2010 portant sur la territorialisation des politiques publiques en Europe, qui lui-même s'inscrit dans la thématique prioritaire régionale « Europe des régions, Europe des réseaux ». Soutenu par le conseil régional d'Aquitaine et présenté par la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, ce travail collectif est porté par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État (CERDARE) de l'université Montesquieu-Bordeaux IV et associe plusieurs centres de recherche bordelais qui ont vocation à travailler ensemble dans une perspective transnationale et comparatiste. Il s'agit de réfléchir sur les transformations de l'action publique en Europe, et la territorialisation des politiques de santé est une des approches sectorielles déclinées dans ce projet. Relativement récente, cette manière de concevoir la politique de santé a déjà fait l'objet de nombreuses études, et le premier défi de la réflexion est de s'inscrire dans une démarche originale, comparatiste : l'analyse porte sur les transformations juridiques des cadres territoriaux de l'action sanitaire en France, mais aussi dans d'autres États membres de l'Union européenne (Angleterre et Espagne). La journée d'étude a donné l'occasion à des universitaires et des acteurs de santé d'alimenter la réflexion doctrinale sur la territorialisation et le territoire pertinent à la lumière des spécificités des contextes politiques et adminis-

tratifs, nationaux et locaux dans lesquels s'inscrit ce mouvement (4e de couverture).

Soins de santé primaires / Primary health care

Etude d'ensemble Global study

50825
INTERNET, OUVRAGE
CAPELLI (O.) / éd.

Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights.

Panorama des soins de santé primaires : sujets d'actualité et idées nouvelles.

INT: 2012 : 446p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.intechopen.com/books/primary-care-at-a-glance-hot-topics-and-new-insights>

The content of the book is organized according to 5 attributes (accessibility, comprehensiveness, coordination, continuity and accountability), to give the reader an international overview of hot topics and new insights in Primary Care, all around the world.

Performance Performance

50851
RAPPORT, INTERNET
DAHROUGE (S.), DEVIN (R.A.), HOGG (B.) et al.
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

Economic Impact of Improvements in Primary Healthcare Performance.

Impact économique des améliorations de la performance des soins primaires.

Ottawa : Canadian Health Services Research
Foundation / Fondation Canadienne de la Recherche
sur les Services de Santé. : 2012/04 : 89p., tabl., graph.,
annexes

Cote Irdes : En ligne
<http://www.chsrf.ca/>

This report presents the results of four different approaches to evaluate the economic impact of enhancements to primary health care : a synthesis of the literature on the macro- and micro-economic effects of good health, with specific relevance to PHC performance; a systematic review of the economic impact of incorporating a pharmacist into a PHC practice; a simulation exercise that evaluates the economic impact of improvements to influenza immunization rates for older adults brought about by provider reminder systems in PHC; a literature review of reductions in burden of illness associated with PHC interventions directed at blood pressure control, enhanced diabetes management, increased uptake of cancer screening and improved continuity of care.

Pratique médicale Medical practice

50508
RAPPORT
DELOITTE Center for Health Solutions. London.
GBR

Primary care : today and tomorrow : improving general practice by working differently.

Soins primaires : aujourd'hui et demain : amélioration des pratiques en médecine générale en travaillant différemment.

Londres : Deloitte : 2012 : 36p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.deloitte.com/>

This report examines the capacity and capability of general practice now and in the future, with a focus on GPs and general practice nurses. The report highlights the need for general practice to work differently to cope effectively with the increasing demands it faces. This will be especially pertinent as GPs take on the role of commissioners of local healthcare services. Rising life expectancy, accompanied by increasingly complex long-term health conditions, a stretched primary care workforce and unprecedented financial and healthcare reform are

amongst the greatest challenges facing primary care in the UK.

50369

RAPPORT

Union Régionale des Professions de Santé Ile-de-France. (U.R.P.S.). Paris. FRA

Étude sur les tâches cumulatives réalisées par le médecin généraliste pour les patients lors de la consultation mais sans rapport direct avec celle-ci.

Paris : URPS : 2012 : 17p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/Resultats_taches_cumulatives_au_sein_con_0.pdf

L'URPS (Union régionale des professions de santé) a réalisée une enquête par questionnaire, entre juin et décembre 2010, auprès de 169 médecins généralistes, totalisant 338 journées de travail pour 6.253 consultations. La population étudiée, en majorité masculine (57,6%) et âgée en moyenne de 53 ans, exerçait en secteur 1 à 84%, principalement en cabinet de groupe (62,5%) et en milieu urbain (82,9%). Près de 83% se déclarent informatisés. Le nombre moyen d'actes pratiqués chaque semaine (du lundi au samedi) s'élève à 112, sur un total de 153 médecins ayant renseigné cette question. Environ 24,8% d'entre eux en effectuent moins de 86, 24,8% entre 86 et 109, 28,8% affirment en réaliser entre 110 et 130, et 21,6%, soit près d'un sur cinq, indiquent pratiquer plus de 130 actes. La durée moyenne de la consultation s'élève à 17 minutes et 72% dépassent le quart d'heure: elle dure principalement entre 10 et 14 min (23,7%), entre 15 et 19 min (35,6%) et entre 20 et 24 min (22,1%). Rares sont celles qui ne dépassent pas les 10 minutes (4,4%) ou qui à l'inverse dépassent les 25 min et durent entre 25 et 29 min (5,3%), entre 30 et 34 min (6,2%) voir plus de 35 min (2,8%). Sur 6.115 consultations analysées, il ressort que la majorité des patients sont venus consulter pour un seul motif médical (53,2%). Mais près d'un tiers des consultations (31,4%) incluait deux motifs, 11,4% trois motifs et 4% concernaient quatre motifs et plus. Selon l'URPS, hors interrogatoire du patient, examen clinique, éducation thérapeutique et prescription, les médecins effectueraient environ 1,41 tâche supplémentaire par consultation. L'URPS a calculé que sur une semaine, chaque médecin effectue 165 tâches supplémentaires, concernant la prévention ou

un conseil en santé (46), des tâches administratives (31), la recherche médicale autour de la consultation (30), des correspondances à un confrère (26), la rédaction de certificats hors motif de consultation (20) et d'ordonnances marquées en actes gratuits (12).

50368

DIPLOMES, INTERNET
FOISSET (E.)

Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons.

Thèse de médecine ; Médecine générale.

Brest : Faculté de médecine : 2012 : 197p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.atoute.org/n/IMG/pdf/these-etienne-foisset.pdf>

L'hypothèse que les actions marketing de l'industrie pharmaceutique à destination des médecins, à travers la visite médicale, vont entraîner des habitudes de prescription traduisant les intérêts des firmes au détriment des intérêts des patients ou des caisses d'assurance maladie se vérifie dans cette étude scientifique qui analyse les prescriptions de 179 médecins généralistes bretons tirés au sort.

Relations interprofessionnelles
Interprofessional relationships

50850

RAPPORT, INTERNET

SCOTT (C.), LAGENDYK (L.)

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

Contexts and Models in Primary Healthcare and their Impact on Interprofessional Relationship.

Contextes et modèles de réseaux de soins primaires et leur impact sur les relations interprofessionnelles.

Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation / Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. : 2012/04 : 58p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chsrf.ca/>

This report examines Alberta's experience in the development of Primary Care Networks (PCNs) over the period 2007 to 2011. Researchers used a comparative case study approach to describe how contextual influences act together with the different characteristics of the primary health care models in Alberta to influence outcomes, with a particular emphasis on the role of inter-professional relationships.

Hôpital / Hospital

Activité hospitalière Hospital activity

51284

RAPPORT, INTERNET
Agence Technique de l'Information sur
l'Hospitalisation. (A.T.I.H.) . Service Financement
des Établissements de Santé. Pôle Suivi de l'ONDAM
Hospitalier. Lyon. FRA

L'analyse de l'activité hospitalière 2011.

Paris : ATIH : 2012/01 : 200p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3958>

Ce document présente le niveau de dépenses hospitalières pour l'Assurance maladie. Le rapport souligne que les éléments présentés ne sont que des estimations. Il est composé de trois parties. La première propose un suivi statistique des dépenses hospitalières d'Assurance maladie. Une comparaison est faite avec les prévisions de dépenses réalisées au moment de la construction des objectifs au titre de ce même exercice. Ces mesures sont présentées par enveloppe, en valeur absolue comme en taux de progression. En seconde partie, on retrouve une analyse fine et détaillée de l'activité de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des établissements de santé. Elle s'attache plus particulièrement, et ce pour chacun des deux secteurs, à décrire les facteurs (catégories d'établissements, catégories de prises en charge, catégories d'activités de soins, CMD) pouvant expliquer l'évolution du volume de l'activité. Pour finir, le rapport fournit des éléments d'analyse sur les activités de Soins de Suite et Réadaptation d'une part et de Psychiatrie d'autre part.

51263

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

Viellissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des plus de 80 ans et plus.

Lyon : ATIH : 2012 : 158p.

Cote irdes : En ligne
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600003FF>

La plupart des pays développés sont confrontés au phénomène de vieillissement démographique, conséquence d'un faible indice de fécondité et/ou d'un allongement de l'espérance de vie. Dans les pays utilisant un système de répartition, le vieillissement a un impact important sur les régimes des retraites ou d'assurance maladie. Ainsi, compte tenu de l'augmentation du recours aux soins en fonction de l'âge, le vieillissement démographique devrait avoir un impact sur l'activité hospitalière, sa structure, et sur le coût du système hospitalier. Pour mesurer l'effet du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière, trois segments d'analyse ont été développés : - comparer l'évolution démographique à celle de l'activité hospitalière, en se focalisant notamment sur les personnes âgées de plus de 80 ans ; - identifier les caractéristiques des séjours des personnes âgées par rapport à l'ensemble des séjours ; - analyser plus spécifiquement la dynamique des séjours des personnes âgées. Il convient de noter que dans cette étude une personne âgée sera définie comme un individu âgé de 80 ans ou plus. Ces segments d'analyse sont traités dans une première partie au niveau national. En seconde partie, une analyse régionalisée permettra de saisir les disparités régionales en termes de vieillissement, structure et dynamiques des séjours des personnes âgées de 80 ans et plus.

Chirurgie ambulatoire
Ambulatory surgery

50452

RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Outils et recommandations économiques. Note de cadrage.

Paris : ANAP ; Saint-Denis: HAS : 2012/04 : 27p., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/cadrage_-_outils_et_recommandations_economiques.pdf

Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, des incitations tarifaires et réglementaires ont été mises en place depuis le début des années deux mille. Ces incitations ont eu des conséquences positives sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais parfois moins importantes qu'attendues. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce résultat : une absence de prise en compte, dans les tarifs pratiqués, des conditions réelles de production des établissements, des mécanismes d'incitation encore perfectibles, une connaissance limitée par les professionnels de santé ou les établissements des grands principes tarifaires et des incitations sous-jacentes. Pour améliorer la connaissance sur les principes incitatifs ainsi que leur maîtrise par les établissements hospitaliers, deux pistes d'évolution ont donc été retenues. Elles feront l'objet de travaux spécifiques de l'ANAP et de la HAS. Il s'agira de mettre à la disposition des établissements hospitaliers des outils micro-économiques opérationnels leur permettant de mieux connaître leurs coûts réels, donc les conditions sous lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire leur permettrait d'atteindre à minima l'équilibre financier (égalité des charges et des produits). Deux livrables seront fournis successivement. Le premier sera basé sur une analyse utilisant la comptabilité analytique hospitalière et simulera la substitution d'une activité de chirurgie classique par une activité de chirurgie ambulatoire. Le second portera sur l'analyse du coût d'une activité de chirurgie ambulatoire, par tech-

nique de micro-costing, à partir de l'observation directe du chemin clinique du patient. Cette étude permettra de mettre en lumière les économies d'échelle ou de gamme liées au choix de l'activité (case mix et volumes). Il s'agira également de répertorier, dans le cadre d'un rapport d'orientation, toutes les conséquences économiques des règles tarifaires actuelles, à la lumière de l'analyse de la littérature sur les incitations associées à la tarification à l'activité, complétée par l'étude des règles tarifaires originales (i.e. différentes de celles pratiquées en France) appliquées à l'étranger.

50451

RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances.

Paris : ANAP ; Saint-Denis: HAS : 2012/04 : 140p., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.anap.fr/>

Ce rapport est un état des lieux et des connaissances réalisé à partir des données françaises et internationales, construit pour servir de base d'informations sur laquelle les futurs travaux de la HAS et de l'ANAP se fonderont. Il reprend les définitions de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'un point sur la réglementation française, la description de l'environnement et des différentes modalités d'organisation, une analyse des bénéfices/risques pour les patients, un état des lieux de son développement en France et des modalités actuelles de tarification.

Etudes d'ensemble
Global studies

50528

OUVRAGE

GUINCHARD (P.) / préf., VINCENT (G.) / préf.
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA

L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement.

Paris : Fédération Hospitalière de France ; Paris :
Héral : 2011 : 256p., tabl., graph., fig., ann.

Cote Irdes : B7107

Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

47124

RAPPORT, INTERNET

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Louvain. BEL

The Crisis, Hospitals and Healthcare.

La crise, les hôpitaux et les soins de santé.

Louvain : HOPE : 2011 : 96p., cartes

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf

The financial and economic crisis is hitting European hospitals and healthcare services. Spared at an earlier stage, most of them are now clearly impacted. HOPE has been looking for the past year at the direct and indirect effects of the crisis on the European health systems. This comparative report details impacts and measures taken, on hospital and health-

care services, on healthcare professionals and on patients and citizens.

Evènements indésirables

Adverse events

50770

RAPPORT

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

Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé.

Saint-Denis : HAS : 2012 : 220p.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

De nombreuses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable, des évènements indésirables associés aux soins (pour la France, les enquêtes nationales ENEIS 2004 et 2009). Plusieurs dispositifs traitaient jusque là de la gestion des risques associés aux soins de façon thématique, incomplète et cloisonnée au sein des établissements de santé. Des évolutions législatives et réglementaires récentes orientent désormais le dispositif de gestion des risques des établissements vers une approche globale et coordonnée. Issu d'une saisine de la DGOS, le guide vient compléter la réglementation (décret 2010-1408 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins et sa circulaire d'application du 18 novembre 2011), mais aussi expliciter en ce domaine les exigences de la certification des établissements de santé. Il vise à aider les établissements pour concevoir le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en assurer la mise en oeuvre et le suivi. Il est conçu à cette fin sur la base : de constats (niveau actuel de la plupart des établissements en matière de gestion des risques associés aux soins), d'orientations pragmatiques : volonté de convergence méthodologique des divers dispositifs existants, vision systémique de la démarche structurée selon trois fonctions étroitement liées (pilotage, coordination, mise en oeuvre opérationnelle), proposition d'outils rapidement maîtrisables, si possible d'inspiration clinique, utilisables pour la prise de décision dans chacune de ces fonctions. Le guide est ainsi structuré : d'une part, en évoquant le contexte et la problématique, puis en

abordant les 3 fonctions évoquées et 12 axes d'actions thématiques associés (pages 1 à 64), d'autre part, au moyen de 34 fiches techniques illustrées selon des champs divers : concepts à partager, repérage, choix, analyse et traitement des événements indésirables, approche préventive, conception et gestion des programmes et plans d'actions, bonnes pratiques de sécurité associées aux soins et pratiques de management associées, etc. (pages 65 à 202).

Gestion hospitalière Hospital management

51088

DOCUMENT DE TRAVAIL

GAUGHAN (J.), MASON (A.), STREET (A.), WARD (P.)

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

English hospitals can improve their use of resources: an analysis of costs and length of stay for ten treatments

Les hôpitaux anglais peuvent améliorer l'utilisation de leurs ressources : une analyse des coûts et de la durée de séjour pour dix traitements.

CHE Research Paper Series ; 78

York : University of York: 2012 : 71p., tabl., fig.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk>

This study investigates variations in costs and length of stay (LoS) among hospitals for ten clinical treatments to assess: 1. The extent to which resource use is driven by the characteristics of patients and of the type and quality of care they receive; 2. After taking these characteristics into account, the extent to which resource use is related to the hospital in which treatment takes place; 3. If conclusions are robust to whether resource use is described by costs or by LoS. Data analysed came from patient-level data from the Hospital Episode Statistics (HES) data for 2007/8, which contains approximately 16.5 million inpatient records. This dataset was merged with costs derived from the Reference Cost database. Data were extracted on three medical 'conditions' (acute myocardial infarction (AMI); childbirth; stroke) and seven surgical treatments (appendectomy; breast cancer (mastectomy); coronary artery bypass graft (CABG);

cholecystectomy; inguinal hernia; hip replacement; and knee replacement). For each treatment, the study used a two-stage approach to investigate variations in cost and LoS. In stage I, it ran fixed effects models to explore which patient-level factors explain variations. In stage II, it regressed the fixed effects from stage I against an array of hospital characteristics.

Hôpital public Public hospital

50458

RAPPORT

FELLINGER (F.) / coord., BOIRON (F.) / coord.

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

Mission hôpital public.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2012 : 103p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_Hopital_Public_180412.pdf

A l'occasion des nombreux débats professionnels engagés au sein des établissements de santé, en particulier entre mi-2010 et mi-2011, suite à la mise en oeuvre de la Loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), et devant le constat de certaines tensions, de ressentis difficiles, voire d'un sentiment de perte de sens au sein des équipes des hôpitaux publics, le besoin est apparu de conduire une évaluation des nouvelles dispositions issues des réformes récentes, par un abord professionnel et tangible. Cette démarche concrète pouvait compléter utilement les travaux confiés peu auparavant au Comité Fourcade chargé d'assurer l'évaluation parlementaire prévue par la Loi. C'est dans cet esprit que le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, M. Xavier Bertrand, a mis en place en juin 2011 une mission nationale, composée exclusivement de professionnels hospitaliers en activité dans les établissements, chargée d'organiser et de conduire une large concertation dans les territoires, avec les responsables médicaux, les directeurs, les cadres hospitaliers, afin d'évaluer avec eux la mise en oeuvre des nouvelles modalités d'organisation interne et territoriale issues des réformes récentes, en particulier de la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire (loi HPST).

Performance
Performance

50915

OUVRAGE
CLARGE (F.), GLESS (P.)

La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Bordeaux : Etudes Hospitalières : 2012 : 124p., tabl.

Cote Irdes : A4375
<http://www.leh.fr/>

L'ouvrage démontre que la performance globale intégrée dans le management des établissements sanitaires et médico-sociaux est essentielle pour une gouvernance collective et responsable, facteur d'efficacité pour tous. Il donne tous les outils pour mettre en oeuvre de manière pratique la performance globale dans son établissement. La première partie définit le concept de performance globale mais également les enjeux pour un établissement dans sa mise en oeuvre, comme un véritable outil de management. La seconde partie analyse l'existant dans le secteur de la santé et montre que, si la performance globale est encore peu présente dans le secteur de la santé, elle est centrale dans tous les textes et les évolutions actuelles visant la performance. La troisième partie de cet ouvrage propose un outil d'auto-diagnostic et définit de manière très concrète les actions à mettre en place dans un établissement pour atteindre un management responsable et performant (4e de couverture).

50722

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
GOBILLON (L.), MILCENT (C.)
Ecole d'Economie de Paris. Paris. FRA

Innovative procedures: the key factor for hospital performance.

Procédures d'innovation : le facteur-clé de la performance à l'hôpital.

Working Paper ; 2011-42.

Paris : Ecole d'Economie de Paris : 2011/12 : 14p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-00653441&r=hea>

The role of innovative procedures in the mortality differences between university, non-teaching public and for-profit hospitals is investigated using a French exhaustive administrative dataset on patients admitted for heart attack. Mortality is roughly similar in the three types of hospitals after controlling for case-mix. For-profit hospitals treat the at-risk oldest patients more often with innovative procedures. Therefore, additionally controlling for innovative procedures makes them having the highest mortality rate. Non-teaching public hospitals end up having the lowest mortality rate.

Pratique médicale
Medical practice

50415

INTERNET, RAPPORT
Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Louvain. BEL

Personalised Medicine in European Hospitals.

La médecine personnalisée dans les hôpitaux européens.

Louvain : HOPE : 2012 : 47p., cartes

Cote Irdes : En ligne
<http://www.hope.be/>

Si elle est encore aux prémices de son déploiement, la médecine personnalisée est déjà une réalité. De la prévention jusqu'au soin, elle a vocation à fournir le plus rapidement possible un diagnostic et un traitement personnalisés aux patients. Elle regroupe les produits et services qui s'appuient sur la génomique et la protéomique et exploitent les tendances actuelles orientées vers le bien-être et le patient acteur de sa santé. Selon l'étude PwC réalisée en association avec HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) dans six pays européens : France, Hongrie, Slovaquie, Espagne, Danemark, Finlande, de nombreux hôpitaux européens ont élaboré, chacun avec une conception différente, une stratégie de déploiement de la médecine personnalisée. En France, le CHU de Dijon, a opté pour le développement de plateformes d'optimisation des diagnostics et des traitements ainsi que pour des programmes de télémédecine en pathologie et en neurologie. Son développement constitue un défi majeur pour l'ensemble du secteur de la santé. L'étude définit

ainsi trois priorités : investir de nouveaux champs de recherche, par exemple dans le domaine de la génétique ; intégrer de nouvelles technologies comme l'imagerie ; faire évoluer la culture et les comportements des professionnels de santé et du patient pour en faire un acteur de sa santé.

50414

DOCUMENT DE TRAVAIL
DOUVEN (R.), MOCKING (R.)
Dutch Healthcare Authority. (N.Z.A.). Netherlands
Bureau for Economic Policy Analysis. Utrecht. NLD

The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments.

L'influence des honoraires des médecins et des disparités de densité sur la variation régionale des traitements à l'hôpital.

NZa Research Paper ; 2012-01
Utrecht : Netherlands Bureau for Economic Policy
Analysis : 2012 : 52p., 9 tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nza.nl/>

This working paper uses a panel data set of about 1.7 million hospital records in 4,000 Dutch zip code regions for the years 2006-2009. Its estimates the effect of physician fees and physician density on regional variation in hospital care for nine different treatments. The results show that a 1 percent increase in the total number of physicians, if these extra physicians are all paid according to an output-based reimbursement scheme, would increase the number of treatments on average by 0.40 percent. For salaried physicians we find a significantly lower average effect of 0.15 percent. We find no or weak effects for hip fractures, which is included in the analysis as a control treatment. Our data allows us to deal with reverse causality, excess demand, border crossing, and availability effects. The findings lend support to the existence of supplier induced demand for the majority of the analyzed treatments.

Réstructuration
Restructuration

50845

OUVRAGE
HAAS (D.), LEBRUN (D.), SECHER (J.E.)
CANIARD (E.) / préf.

Des restructurations hospitalières et des hommes.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2012 : 128p.
Cote Irdes : A4366

Depuis les ordonnances d'avril 1996 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, les restructurations hospitalières se sont développées partout en France, notamment au travers de coopérations entre les secteurs public, privé non lucratif et privé libéral. Réalisé à partir du témoignage des principaux acteurs de trois opérations conséquentes menées par la Mutualité française entre 2001 et 2008 à Nantes, Lyon et Grenoble, cet ouvrage aborde toutes les facettes : choc des cultures, pilotage, projet médical, projet social, architecture, communication... Les réussites comme les échecs sont présentés sans ambages. L'objectif est de capitaliser sur ces expériences en décrivant les processus mis en œuvre, et d'en tirer des leçons qui puissent servir à d'autres (4e de couverture).

48420

RAPPORT
HESSE (C.), MAYMIL (V.), LE TAILLANDIER DE
BABORY (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).
Paris. FRA

Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales.

Paris : Igas : 2011/02 : 111p., tabl., annexes
Cote Irdes : C, en ligne
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000409/0000.pdf>

Le programme de travail 2010 de l'IGAS, élaboré fin 2009, a retenu comme priorité la réalisation d'enquêtes sur l'offre de soins aux personnes âgées. L'objectif est d'évaluer les dispositifs et de rechercher les moyens de réduire les volumes d'hospitalisation des personnes âgées, d'une part pour des raisons de qualité de service, d'autre part pour faciliter l'atteinte de l'ONDAM (Objectif national des

dépenses d'assurance maladie) hospitalier. A cette fin, l'IGAS a programmé la mission sur les conversions de structures hospitalières en structures médico-sociales.

Sécurité sanitaire

Patient safety

51359

INTERNET, RAPPORT
DOS SANTOS (C.)
Ecole Supérieure de Commerce. (E.S.C.). Clermont-Ferrand. FRA

La gestion du risque dans les établissements de santé : vers une nouvelle démarche de responsabilité sociale ?

Cahier de recherche ; 1-2012
Clermont-Ferrand : Ecole supérieure de commerce : 2012 : 24p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.esc-clermont.fr/>

L'objectif de cette contribution est de mettre en exergue les besoins des établissements de santé à l'endroit de méthodes nécessaires à l'opérationnalisation d'une stratégie de gestion de responsabilité sociale qui soit à la fois une priorité et une réussite. Elle s'appuiera sur la littérature traitant des établissements de santé, mais également sur une synthèse des règlements et lois afférents à la gestion des risques sanitaires comme actions déployées dans le cadre du volet environnemental ainsi que sur les résultats d'une étude de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) réalisée auprès de 1575 cas en 2009.

Tarification hospitalière

Hospital payment system

51361

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
MATHAUER (I.), WITTENBECHER (F.)
Université de Berlin. Berlin. DEU, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Département Financement des Systèmes de Santé.

DRG-based payments systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges.

Systèmes de paiement basés sur les DRG dans les pays à moyen et faible revenus : expériences de développement et défis à relever.

HSF Discussion Paper 01-2012

Genève : OMS : 2012 : 55p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75150/3/HSS_HSF_DP.E.10.2_eng.pdf

This discussion paper provides an in-depth overview of DRG-based payment systems in low- and middle-income countries. This fills a research gap as it is the first in its kind. Evidence is presented of how DRG-based payment systems have been implemented in low- and middle-income countries, and what challenges they face to operate in their institutional environment. Of equal interest is their institutional design, e.g. the number of groups, type of costing, purchasing arrangements and related thereto the scope of fragmentation, expenditure ceilings and monitoring/review features. This overview reveals that DRG-based payment is increasingly applied across the world, with 13 low- and middle-income countries with national DRG-systems in place in Eastern Europe, across Asia and one in the Central American region. 12 other low- and middle-income countries across all regions are in the process of developing and piloting DRGs. Another 9 countries are in the explorative stage. Patterns emerge with regards to the role of government financing and presence of a public purchaser, the number and scope of DRGs, the choice of DRG variant, the approaches to adapt a DRG variant to a country context, and DRG piloting processes. Challenges relate to the technical complexity of a DRG-based payment system, and more so to wider health financing institutional design issues that are crucial for desirable DRG incentives to become effective.

51261

RAPPORT

LE MENN (J.), MILON (A.)

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

***Rapport d'information sur le financement
des établissements de santé.***

Paris : Sénat : 2012 : 340p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

Huit ans après l'introduction du principe de la tarification à l'activité (T2A) en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) qui a, de l'avis unanime, bousculé la communauté hospitalière, la Mecss a souhaité évaluer cet outil de répartition des ressources fréquemment décrié, comprendre la façon dont il a été mis en oeuvre et tracer des pistes pour son évolution. Quels ont été les effets de cette réforme systémique sur les décisions de soins et sur le fonctionnement des établissements ? Comment se répartissent aujourd'hui leurs recettes ? Comment sont construits les tarifs et à quoi correspondent-ils ? La T2A a-t-elle entraîné une détérioration de la qualité des prises en charge ? Après une vingtaine d'auditions et six déplacements permettant de visiter neuf établissements publics et privés, le présent rapport fournit des réponses à ces questions et propose des mesures d'amélioration, afin de prendre en charge non plus la maladie, comme le fait trop la T2A aujourd'hui, mais le malade dans la globalité de son parcours.

51089

RAPPORT

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

***Manuel pour la tarification des
interventions hospitalières basée sur les
coûts.***

Bruxelles : KCE : 2012 : 128p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[HTTPS://KCE.FGOV.BE](https://kce.fgov.be)

Le prix d'une prestation de soins est généralement fixé par les autorités de santé. Mais celles-ci manquent parfois d'éléments objectifs pour accepter ou refuser les prix proposés par les prestataires de soins ou les hôpitaux. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) vient de finaliser un manuel

qui facilitera une fixation des prix des interventions hospitalières basée sur les coûts réels. Le manuel décrit la méthodologie à suivre pour les calculs et donne notamment le coût d'une unité de temps de travail de l'infirmière ou du médecin spécialiste mais aussi celui de l'utilisation du bloc opératoire ou d'une admission aux urgences. L'utilisation de ce manuel permettra d'apporter des réponses plus rapides aux décideurs et de garantir une homogénéité entre les études relatives à ces questions.

Professions de santé / Health professions

Cancérologie Cancerology

50370

RAPPORT, INTERNET
Observatoire National des Professions de Santé.
(O.N.D.P.S.). Paris. FRA, Institut National du
Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA

Les métiers liés au cancer : leur répartition et ses déterminants (Rapport ONDPS : tome 2).

Paris : ONDPS : 2012 : 129p.

Cote Irdes : En ligne

Cet ouvrage est le troisième rapport élaboré en commun entre l'ONDPS et l'INCa. Il a pour finalité d'apporter un éclairage aux décideurs et aux professionnels eux-mêmes, à travers un suivi simultané de cinq professions directement impliquées dans la cancérologie. La description de la situation est réalisée à la lumière de l'observation fine des comportements des jeunes générations de médecins, et des leviers d'actions déjà mis en oeuvre. Il comporte également un bilan des résultats des travaux menés en commun depuis 2006. Un accent particulier est mis sur les disparités territoriales qui affectent la répartition de ces métiers : l'anatomo-cytopathologie, l'oncologie médicale, la radiothérapie, les radiophysiciens et les manipulateurs en électroradiologie. Outre l'actualisation nécessaire de la photographie de ces disparités réalisée en 2007, les travaux présentés s'attachent à mieux comprendre les facteurs qui les induisent, en accordant une attention particulière aux comportements des jeunes générations.

Infirmiers Nurses

50778

DOCUMENT DE TRAVAIL
DELATTRE (E.), COMBES (J.B.), ELLIOTT (B.)
Université de Cergy-Pontoise. THéorie Economique,
Modélisation et Applications. (T.H.E.M.A.). Cergy-
Pontoise. FRA

Hospital Staffing and Local Pay: an Investigation into the Impact of Local variations in the Competitiveness of Nurses Pay on the Staffing of Hospitals in France.

*Une enquête de l'impact des variations locales
de compétitivité salariale des infirmiers sur les
ressources en personnel infirmier des hôpitaux en
France.*

Thema Working Paper n°2012-35

Cergy-Pontoise : Université de Cergy-Pontoise : 2012 :
30p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.u-cergy.fr/thema/repec/2012-35.pdf>

Research has shown that where nurses' wages are regulated but wages in other sectors are not this results in spatial variations in the competitiveness of nurses pay and that in England these are correlated with spatial differences in nurses' labour supply. In France there is general regulation of wages and public hospitals compete with the private hospital and non hospital sectors for nurses. This paper constructs and employs a unique dataset on nurses pay and the characteristics of hospitals in France. It undertakes the first study of the impact of spatial wage differentials on nursing supply to French public hospitals. We show that nurse assistants' labour supply is sensitive to spatial wage differentials, the more competitive their pay the smaller the shortage of nurse assistants, and that registered nurses and nurse assistants labour supply are interdependent, the greater the supply of nurse assistants the greater the supply of registered nurses.

Médecines alternatives
Alternative medicines

51066

INTERNET, RAPPORT
FAGON (P.Y.), VIENS-BITKER (C.)
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.).
Paris. FRA

***Médecines complémentaires à l'Assistance
Publique - Hôpitaux de Paris.***

Paris : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris :
2012/05 : 119p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.aphp.fr/>

La recherche clinique est encore peu développée en France dans les médecines complémentaires que sont l'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnose... Pourtant un nombre croissant de patients, en particulier ceux atteints de maladies chroniques, ont recours à ces médecines complémentaires, largement présentes en ville. Des consultations hospitalières et des enseignements universitaires existent et des soignants ont intégré dans leurs pratiques tout ou partie d'actes issus de ces médecines. L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a souhaité dresser un état des lieux de cette offre de soins complémentaires qui existe déjà en son sein. Ainsi, à la suite d'enquêtes menées auprès des personnels paramédicaux, le comité d'orientation a pu observer que cette offre s'adresse essentiellement aux patients pris en charge au sein de l'institution. Plus de 15 types de traitements complémentaires différents y ont été identifiés, l'acupuncture, l'hypnose et l'ostéopathie étant les plus fréquents. Tous les groupes hospitaliers de l'AP-HP sont concernés par ces médecines complémentaires où elles sont dispensées dans des structures de soins variées (centres anti-douleur, soins palliatifs, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, gériatrie, oncologie, addictologie...), en consultations externes (il en existe plus de 70 à l'AP-HP) ou en hospitalisation.

Migration internationale
International migration

50656

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GRIGNON (M.), OWUSU (Y.), SWEETMAN (A.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU

***The International Migration of Health
Professionals***

*La migration internationale des professionnels
de santé*

IZA Working Paper; 6517

Bonn : IZA : 2012/04 : 39p., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp6517.pdf>

Health workforce shortages in developed countries are perceived to be central drivers of health professionals' international migration, one ramification being negative impacts on developing nations' healthcare delivery. After a descriptive international overview, selected economic issues are discussed for developed and developing countries. Health labour markets' unique characteristics imply great complexity in developed economies involving government intervention, licensure, regulation, and (quasi-)union activity. These features affect migrants' decisions, economic integration, and impacts on the receiving nations' health workforce and society. Developing countries sometimes educate citizens in expectation of emigration, while others pursue international treaties in attempts to manage migrant flows.

Pharmaciens d'offices
Pharmacists

50895

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

***Les pharmaciens : panorama au 1er
janvier 2012.***

Paris : CNOP : 2012 : 241p., tabl.

Cote Irdes : S46/1
<http://www.ordre.pharmacien.fr/>

Ce document publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1er janvier 2012. La répartition harmonieuse des pharmaciens en contact avec le public, biologistes, hospitaliers et officinaux, est toujours une réalité sur l'ensemble du territoire, même si l'infléchissement de la démographie commencé en 2011 se poursuit. Les zones rurales et les zones sensibles ne sont pas désertées. La régulation territoriale remplit pleinement ses objectifs. Dans un système de santé qui souffre, l'Ordre national des pharmaciens renforce son action pour garantir l'accès aux soins à tous. L'étude de la démographie des pharmaciens et de leurs structures d'exercice permet de suivre les changements induits par les législations récentes, de contribuer à éclairer la situation et donc d'anticiper les actions à mener. Pour ces raisons, cette année ont été créés de nouveaux indicateurs (mobilité des jeunes diplômés, nombre de groupements de coopération sanitaire, de centrales d'achat pharmaceutiques...). Et pour la première fois, l'Ordre publie 21 fascicules régionaux disponibles sur le site de l'Ordre.

will provide an evidence base to support the identification of options for EU-level action. Can robust and timely data to support workforce planning be obtained at EU level? Can workforce planning and monitoring health workforce trends be made operational across countries? What would be the benefits and limits of EU collaboration on health workforce?

Planification Planning

51313

INTERNET, RAPPORT
Commission Européenne. (C.E.). Bruxelles. BEL,
Matrix Insight. Londres. GBR

EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study.

*Collaboration au niveau européen sur la
prévision des besoins, la planification et les
tendance en matière de main-d'œuvre dans le
domaine de la santé. Une étude de faisabilité.*

Luxembourg : Publications Office of the European
Union : 2012 : 147p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/information_society

The study aimed to identify EU level actions that could support the Member States in assessing, forecasting and planning their health workforce needs. The terms of reference specify the following three principal research questions, the answer to which

Médicaments / Pharmaceuticals

Antibiotiques Antibiotics

51262

RAPPORT

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé . (A.N.S.M.). Saint-Denis. FRA

Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France.

St Denis : ANSM : 2012/07 : 24p., tabl., cartes, annexes

Cote Irdes : En ligne

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf

Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France – comme d'autres pays européens - à mettre en oeuvre des actions favorisant un moindre et un meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité. Ces actions ont abouti à faire baisser la consommation d'antibiotiques tant en ville qu'à l'hôpital. Ce mouvement de baisse n'a cependant pas été continu et, depuis 2005, une légère tendance à la reprise se dégage. Les premiers résultats de l'année 2011 confirment cette évolution. Il apparaît également que l'incidence des pathologies hivernales (quelle qu'en soit l'origine) constitue un élément majeur pour expliquer les évolutions d'une année sur l'autre. Pris dans leur ensemble, ces résultats demeurent néanmoins positifs et démontrent que les habitudes de prescription et les comportements peuvent être infléchis. Même si elle se situe toujours parmi les pays dont le niveau de consommation est élevé, la France n'est plus le premier consommateur d'antibiotiques en Europe, comme c'était le cas au début des années 2000. Une analyse détaillée des données fait apparaître que la consommation n'est pas homogène : elle présente des disparités importantes, en fonction de l'âge, du sexe, mais aussi du lieu de résidence. Ainsi les femmes consomment-elles plus d'antibiotiques que les hommes, et la consommation progresse-t-elle avec l'âge ? Par ailleurs, le niveau de consommation est plus élevé dans les régions du nord de la France que dans les Pays de la Loire ou la région Rhône-Alpes. D'un département à l'autre, ces écarts peuvent être encore plus importants. Sur un autre plan, il ressort que le nombre de sub-

stances actives antibiotiques dont disposent les prescripteurs diminue. Contrairement à d'autres classes thérapeutiques qui ont bénéficié de l'introduction d'innovations importantes, très peu de nouveaux médicaments sont venus enrichir les différentes classes d'antibiotiques.

Automédication Self-medication

50803

OUVRAGE

FAINZANG (S.)

L'automédication ou les mirages de l'autonomie.

Paris : PUF : 2012 : 182p.

Cote Irdes : A4359

<http://www.cermes3.cnrs.fr/spip.php?article741>

A quelles conditions les individus décident-ils, aujourd'hui, de s'automédiquer ? Quels sont les ressorts de leurs décisions en matière de consommation médicamenteuse ? Cet ouvrage examine, à partir d'une enquête de terrain, les dimensions matérielles, cognitives, symboliques et sociales du recours à l'automédication, ainsi que les motivations, les pratiques et ce qu'elles révèlent, en creux, du rapport à l'institution médicale. Il aborde en outre la question du libre accès aux médicaments, objet d'un vif débat entre les acteurs concernés, autour de thèmes comme la compétence, le savoir ou la responsabilité. Avec rigueur, sans prise de position partisane et à partir de matériaux empiriques, l'ouvrage analyse également les stratégies des individus pour maîtriser les risques ou pour accroître l'efficacité des médicaments. Enfin, il s'interroge sur le traitement social de l'autonomie dans le contexte de l'automédication en vue de cerner ses conditions et ses limites au sein d'un processus d'« auto-médicalisation » (4e de couverture).

Innovation médicale
Medical innovation

50934

DOCUMENT DE TRAVAIL
ANDRADE (L.F.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Entry time effects and follow-on drugs
competition.***

*L'effet du délai d'entrée sur la concurrence des
médicaments follow-on.*

Document de travail Irdes ; 49
Paris : IRDES : 2012/06 : 30p.
Cote Irdes : DT49
[http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/
WorkingPapers/DT49EntryTimeEffectsDrugsCompetition.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT49EntryTimeEffectsDrugsCompetition.pdf)

Les critiques auxquelles fait face l'industrie pharmaceutique sont axées notamment sur sa capacité à innover. La concentration des efforts de recherche et développement sur la production et dissémination des médicaments du type me-too ou follow-on est une préoccupation majeure des institutions responsables de la régulation du marché pharmaceutique. Le débat autour de cette problématique s'est considérablement répandu ces dernières années mais très peu d'études empiriques sur le sujet ont vu le jour, probablement en raison de la difficulté à établir un consensus sur la « vraie » définition de ces produits. Cet article propose une analyse empirique de l'impact du délai d'entrée sur la concurrence des médicaments follow-on en France entre 2001 et 2007. Plus précisément, il cherche à mettre en évidence la relation entre ordre d'entrée dans une classe thérapeutique et parts de marché et comment l'avantage compétitif des premiers entrants évolue dans le temps (Résumé d'auteur).

Marché
Market

51090

RAPPORT, INTERNET
IMS Institute for Healthcare Informatics.
Parsippany. USA

***The Global Use of Medicines: Outlook
through 2016.***

*L'utilisation mondiale des médicaments :
perspectives jusqu'en 2016.*

Parsippany : IMS Institute for Healthcare Informatics. :
2012 : 32p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.imshealth.com/>

The future level of global spending on medicines underscores the similar challenges of access and affordability which face those who consume and pay for healthcare around the world. In the developed markets, including the United States and Europe, the current economic downturn will amplify many of the long-term concerns about aging populations afflicted with expensive chronic diseases and the desire by all healthcare stakeholders to control costs. Across countries, similar policies are already being implemented to rein in spending on expensive therapies, increase the use of generics, address pricing directly through price cuts or indirectly via discounts or rebates, and develop a market for biosimilars as a lower-cost alternative to original biologics. Alternatively, the fast growing pharmerging markets will be driven predominantly by economic gains and rising incomes. This rise in incomes, particularly for the lowest earners, coupled with government commitments to support expanded access to basic healthcare services, will make medicines more broadly available and affordable to millions of people. Further, new therapies for a range of diseases affecting both developed and developing world populations are currently, or will soon become, available transforming patient care. Despite this progress, however, significant gaps remain in the drug arsenal. This report quantifies these factors and examines the spending and usage of medicines globally through 2016. This report intends to provide a foundation for meaningful discussion about the value, cost and role of medicines in healthcare over the next five years.

50928

RAPPORT

FERRIER-BATTNER (A.), CHAHWAKILIAN (P.)
DE POUVOURVILLE (G.) / collab.

Laboratoires Internationaux de Recherche. (L.I.R.).
Observatoire du LIR. Paris. FRA, Chaire Santé
ESSEC. Paris. FRA

**Evolution comparée des ventes de
médicaments dans 7 pays européens
(2000 – 2011).**

Paris : LIR : 2012 : 33p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.lir.asso.fr/>

Cette étude retrace dix années de consommation de médicaments en France et dans six autres pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni. Elle compare la consommation de médicaments en volume entre 2000 et 2011, dans 8 classes thérapeutiques les plus couramment utilisées : antibiotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, anti-ulcéreux, hypolipémiants, anti-hypertenseurs, anti-diabétiques et antiasthmatiques.

50808

RAPPORT

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

Mémento du médicament 2012.

Paris : FNMF : 2012 : 22p., tabl., graph.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Medicament>

Le Mémento Médicament de la Mutualité Française fournit chaque année aux décideurs mutualistes et aux acteurs de la politique du médicament, les principales données sur le marché du médicament et son financement par les mutuelles en France. L'année 2011 a été marquée par un coup de frein sur les génériques. Si les ventes en valeur ont timidement progressé de 1,5%, on constate une chute en volume par rapport à 2010 de - 3,1% (soit 21,2 millions de boîtes). Cette situation témoigne d'un repli historique des génériques en France. Ces médicaments sont actuellement fortement concurrencés par les médicaments dits de marque qu'ils soient protégés ou non par des brevets : leur baisse est liée à des pratiques de prescriptions qui restent orientées davantage vers des médicaments de marque protégés ou non par brevets, à l'utilisation de la mention « non substituable » et à une réticence croissante des pa-

tients. La Mutualité Française s'inquiète de la diminution du recours aux génériques qui permettent de financer l'innovation thérapeutique tout en préservant la qualité des soins. Parmi les médicaments à vignette orange, deux vagues de remboursements en décembre 2011 et en mars 2012 ont concerné des médicaments à SMR insuffisant. Ces remboursements devraient permettre de réaliser une économie théorique de plus de 280 millions d'euros pour l'ensemble du système de santé. La Mutualité Française est satisfaite du déremboursement des médicaments à SMR insuffisant, mesure dont elle demande l'application depuis la création de la notion de Service Médical Rendu en 1999. Elle souhaite une réforme en profondeur du système de prix et de remboursement, et notamment la suppression du taux de remboursement à 15% afin d'améliorer la qualité des soins par le remboursement des soins les plus utiles et les plus performants. Les dépenses de pharmacie des mutuelles ont été estimées à 3,1 milliards d'euros en 2011 ce qui représente toujours leur premier poste de dépenses, suivi par les dispositifs médicaux. Les produits de santé qui intègrent les médicaments et les dispositifs cumulent ainsi 42% des dépenses des mutuelles.

Médicaments orphelins
Orphan drugs

51377

RAPPORT

MEEKINGS (K.)

Thomson Reuters. New York DC. USA

The economic power of orphan drugs.

La puissance économique des médicaments orphelins.

New York : Thomson Reuters : 2012 : 12p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://img.en25.com/Web/ThomsonReutersScience/1001450.pdf>

Le portail des maladies rares et des médicaments orphelins, Orphanet, a publié cet été une mise à jour de son cahier des médicaments orphelins en Europe (lien PDF). Le document recense 139 produits ayant au moins une indication orpheline, dont 64 ont bénéficié au préalable de la désignation orpheline, note Impact Santé. Un rapport publié en fin de semaine dernière par Thomson Reuters insiste par ailleurs

sur la viabilité économique du modèle de médicament orphelin. Selon la société d'édition professionnelle, ces traitements sont susceptibles de générer autant de revenus à long terme que les médicaments utilisés pour des problèmes de santé plus communs. Non seulement cette focalisation aide les personnes affectées par les maladies rares, 25 millions uniquement aux Etats-Unis, mais cela permet également de poursuivre l'objectif de la médecine de précision et justifie les retours élevés prévus sur l'investissement R&D, en particulier pour les médicaments ayant reçu de multiples approbations de maladies orphelines.

Politique du médicament

Drug policy

50673

RAPPORT, INTERNET
POUVOURVILLE (G. de)
MONGREDIEN (L.)
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.). Paris.
FRA

L'accès au marché remboursé pour les médicaments : Les contrats de partage de risque fondés sur les résultats.

Paris : CES : 2012 : 44p.

Cote Irdes : En ligne
http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Contrats_de_partage_des_risques.pdf

Depuis plus de dix ans, les autorités de remboursement et de fixation du prix des médicaments de nombreux pays accordent une importance croissante à la production de données sur l'efficacité, la sécurité et l'efficacité des nouveaux produits après leur accès aux marchés remboursés, afin de conforter leur décision initiale et de procéder éventuellement çà un ajustement des conditions de leur diffusion. Ces études viennent en sus du dispositif habituel de pharmacovigilance et des essais cliniques post-AMM (Autorisation de mise sur le marché) réalisés par les industriels ou des équipes cliniques indépendantes. Elles sont en général réalisées par les industriels eux-mêmes sur la base d'un cahier des charges établi par les autorités de remboursement. En sus de ces études « post-inscription », de nouvelles modalités contractuelles sont apparues, qui lient explicitement l'atteinte ou la démonstration de résultats à des modifications des conditions financières d'accès au marché remboursé, notamment

en termes de prix. Ces contrats sont regroupés sous l'appellation « accords de partage des risques fondés sur les résultats ».

Prescription

Drug prescription

50704

FASCICULE, INTERNET
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.), Département des Produits de Santé. (D.P.S.). Paris. FRA

Medicam 2008- 2010. Médicaments remboursés par le régime général au cours des années 2008 à 2010 (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).

Paris : CNAMTS : 2012/05 : tabl.

Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am-2008-2010.php>

Ce document publié par la CNAMTS présente des informations détaillées sur les médicaments dispensés sur l'enveloppe des soins de ville au cours des années 2008 à 2010 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Ce tableau Excel présente pour chaque médicament, par code CIP, les données suivantes : la base de remboursement ; le montant remboursé ; le dénombrement (nombre de boîtes remboursées) ; la base de remboursement des prescripteurs de ville et des autres prescripteurs. Seules sont prises en compte les délivrances des pharmacies de ville (y compris pharmacies mutualistes) mais pas la rétrocession hospitalière. L'évolution des prescriptions réalisées en ville entre 2008 et 2010 est mesurée (+ 0,4 %) contrairement à celles réalisées à l'hôpital (+ 16,7 %). La croissance du nombre de boîtes remboursées est maîtrisée (+ 2,2%).

Prix
Pricing

50773

DIPLOMES
HAMEAU (A.)
Université Panthéon Assas Paris II. Paris. FRA

La fixation du prix des médicaments remboursables.

Mémoire de master II. Recherche Droit Public
Approfondi.

Paris : Université Panthéon Assas Paris II : 2012 :
104p., tabl.

Cote Irdes : B7109

Les pays européens ont habituellement centré leur politique du médicament sur la fixation du prix en prenant compte des mesures qui ont consisté à contrôler directement ou indirectement leurs prix. En France, l'interventionnisme de l'Etat n'a pas cessé depuis 1939. La régulation des prix est un moyen de maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Pourtant, ce système revêt de nombreuses failles. Ce mémoire analyse tout d'abord le manque d'efficacité de la régulation en raison du rôle controversé de la Commission de la Transparence, de la contestation des critères utilisés par le Comité économique des produits de santé et de la faible efficacité de la politique conventionnelle. Puis, il décrit les réformes engagées au niveau des réglementations française et communautaire pour renforcer l'évaluation médico-économique des médicaments.

50413

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
NGUYEN (T.), ROHLF (K.)
Wissenschaftliche Hochschule. Lahr. DEU

How Can European Reference Price Systems Influence Drugs Innovations?

Comment les systèmes européens de prix de référence influencent-ils l'innovation ?

Lahr : Wissenschaftliche Hochschule : 2012 : 15p.

Cote Irdes : En ligne

In this essay, the authors have modified a model from the literature about the monopoly quality in order to explain different drug provision decisions of the European states. They analyze particularly the effects of different population sizes as well as per capita incomes in a two country model. It turns out that different drug prices are not necessarily a proof

for an inefficient provision in the examined countries. It can rather be efficient from the pan-European point of view that high-income countries grant increased subsidies in order to make the provision of innovative drugs possible for the low-income, new countries of the EU. Contrary to the intention of its introduction, a European system of reference prices or parallel imports do not increase the welfare but lead rather to a lower efficiency of the supply with innovative drugs.

49983

RAPPORT, INTERNET
LEE (D.)
Department of Health. (D.H.). Londres. GBR

The Pharmaceutical Price Regulation Scheme – 11th Report to Parliament.

Le système de régulation du prix des médicaments - 11ème rapport au Parlement.

Londres : Department of Health : 2012 : 31p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_132793.pdf

This is the eleventh Report to Parliament on the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS). The PPRS is a voluntary scheme agreed between the Department of Health and the branded pharmaceutical industry represented by the Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI). In summary, this report highlights the following: 167 companies are signed up to the 2009 scheme and 64 companies are subject to statutory controls under the Health Service Branded Medicines (Control of Prices and Supply of Information); three innovation package initiatives are still ongoing but the remaining seven have now been completed; to date, 17 PAS (patient access schemes) have been incorporated as part of 20 pieces of National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) appraisal guidance and these schemes are operational in the NHS; there have been no proposals for price changes submitted under the flexible pricing provisions; the number of scheme members submitting Annual Financial Returns (AFRs) in accordance with the agreed timetable has continued to decline. In 2009, 23% of AFRs were not received by the Department one year after the end of the financial year; and a comparison of the prices of branded medicines in the UK with prices in a range of European countries and the USA

and Australia for 2010 shows that the UK is among the lowest compared to other European comparator countries. However, the picture is more mixed when a five-year average exchange rate is used.

Technologies médicales / Medical technologies

Délai d'attente

Waiting list

50051

RAPPORT, INTERNET

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

Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate.

Boulogne-Billancourt : INCA : 2012/03 : 30p., tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/>

Ce rapport de l'Institut National du Cancer publie les résultats d'une enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate. Le délai d'attente moyen est de 27,4 jours (versus 29 en 2010). Les principaux résultats montrent que les délais d'attente varient en fonction du statut de ces centres : 23 jours en moyenne dans le privé (25 en 2010) et 33 dans le public (35 en 2010). Ils diffèrent également selon le type de cancer (24,6 jours pour le cancer du sein, 27,5 pour celui de l'utérus et 30 pour la prostate) et selon les régions, 2 régions proposant des délais inférieurs à 15 jours. Les délais d'attente ne sont pas corrélés à la densité d'IRM. Cette étude, réalisée dans l'ensemble des établissements publics et privés disposant d'un équipement IRM, ne vise pas à comparer les délais d'attente selon le statut des centres d'imagerie car ceux-ci ne disposent en effet pas des mêmes contraintes organisationnelles, notamment en termes de priorité de prise en charge des personnes hospitalisées ou des urgences.

Radiothérapie

Radiotherapy

50804

RAPPORT, INTERNET

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

Situation de la radiothérapie en 2011.

Boulogne-Billancourt : INCA : 2012/06 : 50p., tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/>

Ce troisième rapport présente une analyse par l'INCA de la situation de la radiothérapie en France en 2011, ainsi que ses principales évolutions depuis 2007. Il vise à porter un éclairage sur cette discipline et est destiné à l'ensemble des acteurs de la radiothérapie (professionnels et institutionnels), des patients et de leurs proches. En 2007, la radiothérapie française a été marquée par une crise sanitaire consécutive à des accidents de surirradiation dont ont été victimes des patients sur deux sites. La feuille de route arrêtée par le ministère de la Santé et les actions inscrites au Plan cancer dans la mesure 22 ont permis de mettre en oeuvre les éléments concourant à une nécessaire amélioration de la qualité et de la sécurité des conditions de prise en charge des patients en radiothérapie. L'ensemble de ce dispositif a été coordonné au sein du comité national de suivi de la radiothérapie dont la mission s'est achevée début 2012, et dont le bilan a donné lieu à un rapport final retraçant les actions mises en oeuvre. Le bilan sera publié courant 2012. Le présent document s'inscrit dans une perspective différente, et vise à présenter la réalité de l'offre de soins, et à en analyser les évolutions attendues en termes d'activité et de traitements de malades, d'équipements, d'indications thérapeutiques, de coût. Il vient compléter l'Observatoire annuel de la radiothérapie (les données qu'il présente en étant pour partie issues) et propose des recommandations et perspectives d'actions pour les prochains mois et années (Tiré de l'introduction).

Systèmes d'information
Information systems

50002

RAPPORT

Agence des Systèmes d'Information Partagés
de Santé. (A.S.I.P.). Paris. FRA

Rapport d'activité 2011.

Paris : ASIP : 2012/02 : 108p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B7111

http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_Sante_rapport_d_activite_2011.pdf

L'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé) publie son 3^e rapport d'activité consacré à l'année 2011. En 2011, l'ASIP Santé s'est attachée à favoriser le déploiement des outils nécessaires à une appropriation par les patients comme par les professionnels de santé des possibilités offertes par la e-santé. Mise en oeuvre du DMP, développement de la télémédecine, services numériques pour la santé et l'autonomie, simplification administrative, autant de thèmes prioritaires qui participent tous d'une même volonté : déployer des services de e-santé favorisant une prise en charge de qualité, pour chacun et partout en France. Sont proposés dans ce document, les témoignages et points de vue de 25 personnalités du secteur sur le développement de la e-santé.

Systèmes de santé étrangers / Foreign health systems

Etats-Unis United States

51353
OUVRAGE
Institute of Medicine. (I.O.M.). Washington DC. USA

For the Public's Health: Investing in a Healthier Future.

En faveur de la santé publique : investir dans un futur en meilleure santé.

Washington DC : The National Academies Press : 2012 : 294p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.iom.edu/Reports/2012/Primary-Care-and-Public-Health.aspx>

The poor performance of the United States in life expectancy and other major health outcomes, as compared with its global peers reflects what the nation prioritizes in its health investments. The health system's failure to develop and deliver effective preventive strategies continues to take a growing toll on the economy and society. In this report, the IOM assesses both the sources and adequacy of current government public health funding and identifies approaches to building a sustainable and sufficient public health presence going forward.

50432
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
WILENSKI (H.L.)
University of California. Institute for Research on Labor and Employment. (I.R.L.E.). Berkeley CA. USA

U.S. Health Care and Real Health in Comparative Perspective: Lessons from Abroad.

Le système de santé américain et la santé réelle dans une perspective comparée : leçons de l'étranger.

Working Paper Series ; Institute for Research on Labor and Employment, UC Berkeley.
Berkeley : University of California - Echolarship : 2011/05 : 21p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.escholarship.org/uc/item/1sc57084>

Among the 19 rich democracies, I have studied for the past 40 years, the United States is odd-man-out in its health-care spending, organization, and results. The Obama administration might therefore find lessons from abroad helpful as it moves toward national health insurance. In the past hundred years, with the exception of the U.S., the currently rich democracies have all converged in the broad outlines of health care. They all developed central control of budgets with financing from compulsory individual and employer contributions and/or government revenues. All have permitted the insured to supplement government services with additional care, privately purchased. All, including the United States, have rationed health care. All have experienced a growth in doctor density and the ratio of specialists to primary-care personnel. All evidence a trend toward public funding. Our deviance consists of no national health insurance, a huge private sector, a very high ratio of specialists to primary-care physicians and nurses, and a uniquely expensive (non)system with a poor cost-benefit ratio. The cure: increase the public share to more than 65% from its present level of 45%. In regards to funding the transition cost and the permanent cost of guaranteed universal age: no rich democracy has funded national health insurance without relying on mass taxes, especially payroll and consumption taxes. Whatever we do to begin, broad-based taxes will be the outcome. Three explanations of «why no national health insurance in the U.S.?» are examined.

Europe Europe

51365
RAPPORT, INTERNET
The Nuffield Trust. Londres. GBR

Reforming payment for health care in Europe to achieve better value.

Réformer le financement des soins en Europe pour en améliorer la performance.

Londres : Nuffield Trust : 2012/08 : 40p., fig., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/>

This report compares different payment systems for health care used across Europe and examines their role in improving the efficiency and quality of care. Findings are based on discussions at the Nuffield Trust and KPMG summit for European health leaders, held in January 2012.

51332

RAPPORT, INTERNET

MLADOVSKY (P.), SRIVASTAVA (D.), CYLUS (J.), et al.

World Health Organization. (W.H.O.). Regional Office for Europe. Copenhagen. DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health policy responses to the financial crisis in Europe

Les réponses de la politique de santé à la crise financière en Europe.

Policy summary; 5

Copenhague: OMS - Bureau régional de l'Europe : 2012 : 118p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

This policy summary aims to address a gap in the literature by presenting a framework for analysing health policy responses to economic shocks; summarizing the results of a survey of health policy responses to the financial crisis in the European Region's 53 Member States; and discussing the potential effects of these responses on health system performance.

Kazakhstan

Kazakhstan

50240

OUVRAGE

KATSAGA (A.), KARANIKOLOS (M.), RECHEL (B.)

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 politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health system review : Kazakhstan.

Revue du système de santé : Kazakhstan.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 : 179p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/>

The Health system profiles (HiTs) are country-based reports that provide a detailed description of health systems 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. They also describe the institutional framework, process, content, and implementation of health and health care policies, highlighting challenges and areas that require more in-depth analysis. Sections include: Geography and sociodemography; Political and economic context; Health status; Organizational structure; Decentralization and centralization; Patient empowerment; Health care financing; Health expenditure; Population coverage; Pooling; Purchasing; Payment mechanisms; Regulation and planning; Physical and human resources; Provision of services; Public health; Primary care; Hospital care; Emergency care; Social care; Palliative care; Mental health care; Dental care; Pharmaceuticals; Health care reforms; Assessment of the health system.

Royaume-Uni

United Kingdom

51085

RAPPORT, INTERNET

Her Majesty Government. London. GBR

The National Health Service and public health service in England: Secretary of State's annual report 2011/2012.

Le système national de santé et le service de santé publique en Angleterre : rapport annuel 2011/2012 du Secrétariat d'Etat.

Londres : The Parliamentary Bookshop : 2012 : 55p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

This annual report enables Parliament and the public to see the direction the NHS is heading. From 1st April 2013, the Secretary of State for Health will be under a new duty to produce the annual report relating to the performance of the health service in England, which will be laid before Parliament. It will be the principal method by which Parliament will hold the Health Secretary to account for the performance of the health service in England.

51082

RAPPORT, INTERNET
TIMMINS (N.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

Never again : the story of the Health and Social Care Act 2012 : a study in coalition government and policy making.

L'histoire de la loi 2012 sur la santé et l'action sociale : une étude du gouvernement de coalition et de l'élaboration des politiques.

Londres : King's Fund Institute : 2012 : 140p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kingsfund.org.uk/publications/never_again.html

'Never Again?' tells the story of how and why the Health and Social Care Act 2012 – by far the most controversial piece of NHS legislation in more than two decades – became law. It relates the story of a political thriller – from the legislation's origins 20 years ago, through the development of the 2010 white paper "Liberating the NHS" and the resultant bill; a bill so controversial that it appeared at times as though the Government might lose it. It does so from the view point of opponents and critics, but also from the point of view of the man with whom this legislation is uniquely identified – the current health secretary. On the way, it explains just what it was that Andrew Lansley was trying to do and why the bill was so vast and controversial.

50481

RAPPORT, INTERNET
KLEIN (R.), MAYBIN (J.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

Thinking about rationing

Réflexions sur le rationnement.

Londres : King's Fund Institute : 2012/04 : 50p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/rationing.html>

Given the unprecedented financial pressures on the NHS, difficult decisions have to be made about how to allocate and use resources. It is important to be clear about the different rationing strategies employed and the various, often conflicting criteria used when judging the acceptability or otherwise of the decisions taken. This book provides a guide to the practicalities and controversies surrounding the issue and identifies what is known about how it works in practice. It offers examples and illustrations, drawing on the available evidence and conversations with clinicians and managers.

Prévision-évaluation / Prevision-evaluation

Diabète Diabetes

51060

RAPPORT
MOREL (A.), LECOQ (G.), JOURDAIN-
MENNINGER (D.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).
Paris. FRA

Évaluation de la prise en charge du diabète.

Paris : IGAS : 2012 : 2 vol. (104+249p.), annexes
Cote Irdes : C, B7113
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf>

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète, devenue en 2010 la première des maladies chroniques en France (3 millions de personnes atteintes). La mission observe que le coût du diabète progresse ces dernières années à raison d'un milliard d'euros par an, et ce en dépit des actions volontaristes des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, mises en place depuis plus de dix ans. Au-delà de stratégies de dépistage ou de prévention spécifiques qui gagneraient à être améliorées, elle estime que cette pathologie chronique, comme toutes les autres, questionne le système de soin de premier recours sur son organisation et son efficacité à accompagner des patients au long cours, notamment par l'éducation thérapeutique (ET), mais aussi le rôle de l'hôpital et son articulation avec la ville. Cette réflexion est complétée par une analyse de l'accessibilité de certains actes en ville ainsi que de la qualité et sécurité des antidiabétiques oraux. Une synthèse des recommandations figure en fin du rapport.

Evaluation économique Economic evaluation

47686

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SHAH (K.), PRAET (C.), DEVLIN (N.)
Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres. GBR

Is the Aim of the Health Care System to Maximise QALYs? An Investigation of "What Else Matters" in the NHS.

Le but du système de santé est-il de développer au maximum les années de vie pondérées par la qualité de vie? Une enquête sur les autres éléments importants au sein du NHS.

OHE Research paper; 11/03
Londres : OHE : 2011/05 : 19p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ohe.org/>

It is often assumed that the objective of health care is to maximise health using available resources. This is the principle underpinning NICE's use of cost effectiveness analysis based on incremental cost per QALY gained. Yet research on local NHS decision making shows that cost per QALY is far from the only consideration. Similarly, many key national health policy initiatives appear to be driven primarily not by QALY gain, but by 'process-of-care' and other considerations. The apparent disjunction between the goals being pursued by different agencies within the health care system has potentially important implications for efficiency. While the criteria used by NICE are well understood, the principles underpinning policy evaluation by the Department of Health (DH) have not previously been subject to any systematic enquiry. Since 2008, the DH has been required to undertake and publish Impact Assessments (IAs) identifying the costs and benefits expected from all new policy implementation. The aim of this study is to identify the benefits considered by the DH as relevant to its decision making, and to highlight implications for decision making across the NHS. It analyses all IAs carried out by the DH in 2008 and 2009. The stated benefits of each policy were extracted and a combination of methods used to categorise these. Other DH documents were consulted for information on the means by which these

benefits are valued. 51 IAs were analysed, 8 of which mentioned QALY gains as a benefit. 18 benefits other than QALY gains were identified. Apart from improving health outcomes, commonly referred to types of benefit included: reducing costs, improving quality of care, and enhancing patient experience and empowerment. Many of the policies reviewed were implemented on the basis of benefits unrelated to health outcome. The methods being used to apply a monetary valuation to QALY gains (in IA cost benefit calculations) are not consistent across IAs or with NICE's stated threshold range. The DH, local NHS commissioners of health care and NICE each appear to approach resource allocation decisions in different ways, based upon different considerations and underlying principles. Given that all these decisions affect the allocation of a fixed health care budget, there is a case for establishing a uniform framework for option appraisal and priority setting.

Maladie d'Alzheimer Alzheimer disease

50054

RAPPORT, INTERNET
DE STAMPA (M.), SOMME (D.), ANKRI (J.)
Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.). Direction
Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA

Rapport d'expertise 2010-2011 sur la phase expérimentale des MAIA - Plan National Alzheimer.

Paris : La Documentation française : 2012/02 : 68p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//124000109/0000.pdf>

Ce rapport concerne la deuxième phase expérimentale du dispositif prévoyant la mise en place des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), réseaux intégrés de partenaires pour l'accompagnement, l'aide et les soins des malades à domicile. Il s'agit d'un travail d'évaluation continue de l'implantation de ce dispositif prévu par le Plan National Alzheimer 2008-2012 pour le compte de la Direction Générale de la Santé (DGS). Ce rapport, qui suit et complète celui portant sur la première phase d'expérimentation, contient les résultats des visites des experts auprès des sites validés lors de la poursuite de l'expérimentation en vue d'une diffusion du dis-

positif à plus large échelle. Les sites expérimentaux montrent des résultats très encourageants de décloisonnement des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge. Le texte contient un ensemble de recommandations et décrit les neuf étapes-clés du processus de pilotage d'une MAIA pour une généralisation du dispositif.

Médecine factuelle Evidence-based medicine

50857

OUVRAGE
BROOM (A.) / ed., ADAMS (J.) / éd.

Evidence-based healthcare in context: critical social science perspectives.

*Le soins de santé basés sur les preuves dans
le contexte : perspectives critiques en science
sociale.*

Farnham : Asghate Publishing Limited : 2012 :
11p.+195p., index

Cote Irdes : A4371

With new methods of treatment standardisation resulting in various benefits for patient outcomes, evidence-based medicine and evidence-based practice have emerged as defining features of western healthcare provision in recent years. Most health professions are now adopting some form of 'evidence-based' framework for clinical training and practice. However, the rise of evidence-based healthcare has drawn sustained criticism regarding the limits of trial based evidence, the reductive character of epidemiological study designs, and the potential for an erosion of the importance of lay perspectives and clinical judgement. Evidence-Based Healthcare in Context introduces readers to the social, cultural and historical underpinnings of 'evidence' in healthcare, critically examining questions about what constitutes 'evidence' and 'effectiveness' from perspectives outside medicine, including those of patients, complementary medicine and midwifery. It focuses on the application of contemporary theoretical debates around the nature of medical and health knowledge, providing readers with a series of critical analyses of the production, application and translation of 'evidence' in a range of healthcare contexts (4e de couverture).

Non-recours
Non take-up

50783

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
REVIL (H.)
Association Française de Sociologie. (A.F.S.). Paris.
FRA

Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la Couverture maladie universelle : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie.

AFS-RT6 Working Paper; Paris : AFS
Paris : AFS : 30p.
Cote Irdes : en ligne
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/69/96/70/PDF/WP-HR-RT6-1.pdf>

Ce document revient sur le processus du non recours à la CMU en France et plus particulièrement sur le rôle joué par un outil informatique de connaissance du non recours. L'analyse porte sur la construction de cet outil par des acteurs à la fois scientifiques et administratifs, à sa diffusion vers l'ensemble du réseau de l'Assurance maladie pour intervenir sur le problème du non recours à la CMU. Reposant sur un partage d'informations dématérialisées concernant les publics des différentes branches de Sécurité sociale, cet outil informatique a permis de « rendre visible » le non recours primaire aux dispositifs de la CMU et a amené un premier niveau de reconnaissance de la part d'acteurs qui ont longtemps nié l'existence du phénomène. En rendant possible l'identification des non recourant, l'outil a entraîné la mise en place d'actions pour augmenter les taux de couverture et a induit des transformations dans le suivi et la gestion des droits en matière de complémentaire santé.

Rmi/Rsa
Minimum insertion Income

51336

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BARGAIN (O.), VICARD (A.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Études et Synthèses Économiques. Paris. FRA

Le RMI et son successeur le RSA découragent-ils certains jeunes de travailler ? Une analyse sur les jeunes autour de 25 ans.

Série des documents de travail ; G 2012 / 09.
Paris : INSEE: 2012/07 : 46p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2012-09.pdf

Cette étude cherche à évaluer si le Revenu minimum d'insertion (RMI) ou le Revenu de solidarité active (RSA) décourage certains jeunes de travailler. En mobilisant les enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2011, les chercheurs n'ont pas observé de rupture nette dans les taux d'emploi à 25 ans pour l'ensemble des jeunes sans enfant, ce qui indique que le RMI et le RSA n'auraient pas d'effet désincitatif marqué sur l'emploi des jeunes autour de cet âge.

Méthodologie-statistique / Methodology-statistics

Econométrie Econometrics

50802

OUVRAGE
BEHAGHEL (L.)

Lire l'économétrie.

Paris : Editions de la Découverte : 2012 : 122p.

Cote Irdes : A4358

<http://www.amazon.fr/Lire-l%C3%A9conom%C3%A9trie-Luc-Behaghel/dp/2707147486>

Discipline au croisement de l'économie et de la statistique, l'économétrie reste pour beaucoup mystérieuse, alors qu'elle est de plus en plus souvent invoquée dans les débats politiques. L'objectif de ce guide est de rendre la lecture des textes économétriques accessible à des non-spécialistes. Le parcours, inspiré d'un enseignement auprès d'étudiants non économistes, comporte trois entrées. L'entrée par l'histoire montre les controverses suscitées par la discipline: l'économétrie permet-elle, conformément à son projet initial, d'expliquer les phénomènes économiques, de tester les théories et de faire des prédictions ? L'entrée par la méthodologie présente les principaux outils en privilégiant l'intuition sur la technique. Enfin et surtout, l'entrée par la lecture guidée d'articles scientifiques illustre l'apport de l'économétrie dans deux débats contemporains: la générosité du RMI est-elle une des causes du chômage? Les baisses de charges patronales sur les bas salaires permettent-elles de créer davantage d'emplois ? (4e de couverture).

50238

OUVRAGE
WOOLDRIDGE (J.M.)

Econometric analysis of cross section and panel data.

Analyse économétrique de données transversales et de panel.

Cambridge : The MIT Press : 2010 : 1064p., index

Cote Irdes : A2665 (2010)

Cet ouvrage de référence sur l'économétrie porte principalement sur les méthodes de coupe transversale et sur les données de panel.

Economie de la santé Health economics

47688

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

Existence and Magnitude of Health-related Externalities: Evidence from a Choice Experiment

Existence et ampleur des externalités liées à la santé : résultats issus d'une expérimentation de choix discret.

Chepa working paper series ; 11-01

Hamilton : McMaster University : 2011/02 : 447p., tabl., fig. + annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/docs/working-papers/11-01.pdf?sfvrsn=2>

Health-related external benefits are of potentially large importance for public policy. This paper investigates health-related external benefits using a stated-preference discrete-choice experiment framed in a health care context and including choice scenarios defined by six attributes related to a recipient and the recipient's condition: communicability, severity, medical necessity, relationship to respondent, location, and contribution requested. Subjects also completed a set of own-treatment scenarios and a values-orientation instrument. We find evidence of substantial health-related external benefits that vary as expected with the scenario attributes and subjects' value orientations. The results are consistent with a number of hypotheses offered by the general theoretical analysis of health-related externalities and the analysis of externalities specific to health care.

Enquêtes Surveys

50733

OUVRAGE
SINGLY (F. de)

L'enquête et ses méthodes.

Paris : Armand Colin : 2012 : 125p., ann.

Cote Irdes : A4357

<http://www.amazon.fr/Lenqu%C3%A0te-ses-m%C3%A9thodes-Le-questionnaire/dp/2200354630>

Ce volume répond à deux questions indissociables: à quoi servent les enquêtes par questionnaire ? Comment produire de « bons chiffres » ? Grâce à de nombreuses enquêtes, il permet d'acquérir une double compétence: d'une part, celle de la sociologie explicative, avec la recherche des déterminants sociaux des comportements; d'autre part, celle des règles de la formulation des questions, le choix de l'échantillon, le codage, et surtout les principes de lecture des tableaux statistiques. Tous ces actes mêlent réflexion théorique sur l'objet étudié et décision empirique. Et ce sont ces allers et retours entre les deux niveaux qui forment le raisonnement sociologique (4e de couverture).

Recherches documentaires Search strategies

50798

RAPPORT, INTERNET
US Department of Health and Human Services.
Agency for Healthcare Research and Quality.
(A.H.R.Q.). Rockville. USA

Peer Review of Search Strategies.

Revue de pairs pour les stratégies de recherche

Rockville : AHRQ : 2012 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/342/1131/Peer-Review-of-Search-Strategies_FinalMethodsReport_20120607.pdf

Due to the number and frequency of observed errors in published search strategies uncovered in the research literature, an evaluation of the feasibility of instituting a peer review process is warranted. The specific Aim of the this study are: evaluate whether

the PRESS instrument or no-instrument (=free-form evaluations) is preferred by Technical Expert Peer Reviewers (TEPRs) of search strategies, evaluate the usefulness of a peer review process for database search strategies, that is, do peer reviews change search strategies and evaluate the costs of implementing a formal peer review of search strategies program as a part of the review process.

Systèmes d'information Information systems

50367

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

Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche.

Paris : HCSP : 2012 : 56p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120309_bddadministration.pdf

La France dispose de bases de données médico-sociales et économiques nationales centralisées, constituées et gérées par des organismes publics, couvrant de façon exhaustive et permanente l'ensemble de la population dans divers domaines stratégiques pour la santé publique et la recherche : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et situation professionnelle, sociale et économique. De plus, un identifiant individuel unique (le NIR : Numéro d'identification au répertoire) est actuellement utilisé par pratiquement toutes les bases de données nationales. Malgré certaines limites en termes de couverture, de qualité et de validité des données, ces bases de données, concernant plus de 60 millions de personnes, constituent un patrimoine considérable, vraisemblablement sans équivalent au monde. Cependant, l'utilisation à des fins de recherche et de surveillance de ces bases de données nationales se heurte actuellement à des obstacles divers, dont les plus importants sont de nature juridique et opérationnelle. En réponse à une saisine de la Direction générale de la santé (DGS), ce document fait le point sur les principales bases existantes, expose les dif-

ficultés pour leur utilisation et présente de façon détaillée une série de propositions pour les surmonter.

Documentation / Documentation

Dictionnaire

Dictionary

50023

OUVRAGE

BEVORT (A.) / dir., JOBERT (A.) / dir., LALLEMENT (M.) / dir., MIAS (A.) / dir.

Dictionnaire du travail.

Paris : PUF : 2012 : 500p.

Quadrige Dicos poche.

Cote Irdes : en ligne

http://www.puf.com/Quadrige_dicos_poche:Dictionnaire_du_travail

En multipliant les points de vue, ce dictionnaire donne à voir le travail dans toute sa diversité. Les plus de 140 entrées qui le composent relèvent de disciplines multiples (histoire, sociologie, droit, économie, psychologie...) avec pour objectif de satisfaire la curiosité du plus grand nombre. Plusieurs types d'entrées sont proposés : la manière dont le travail est pratiqué et vécu (risques, rémunération, conflits...), les identités et catégories professionnelles, les mondes sociaux du travail (entreprise, professions...), ou encore les multiples statuts et institutions liés au travail (chômage, syndicats, droit du travail...). D'autres entrées mettent en scène des auteurs, des paradigmes ou des approches disciplinaires (Marx, théorie de la régulation sociale, économie du travail, reconnaissance...) ou aident à voir le travail au prisme d'événements marquants (Premier Mai, Front Populaire) [4e de couverture].

Réglementation / Law

Médecine du travail Occupational medicine

49995

RAPPORT, INTERNET
DELAUNAY (M.), LEFRAND (G.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des
Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA,

**Rapport d'information sur la mise en
oeuvre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet
2011 relative à l'organisation de la
médecine du travail.**

Paris : Assemblée nationale : 2012/03 : 65p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4462.pdf>

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a procédé à une réforme globale des services de santé au travail. Elle a défini leurs missions, pour la première fois, et réformé tant leur organisation générale que le statut de leurs personnels. Ainsi, la gouvernance des services interentreprises se trouve, désormais, assumée par un conseil d'administration paritaire, sous la surveillance d'instances internes comprenant des représentants des personnels, et la composition des équipes pluridisciplinaires a été précisée. La logique de projet a été stimulée par la création de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, signés entre les services interentreprises, l'État et les organismes de sécurité sociale, et par l'instauration d'une obligation d'élaborer, en interne, des projets pluriannuels de service. La protection statutaire du médecin du travail a, enfin, été renforcée, afin de garantir au mieux son indépendance. Un travail réglementaire conséquent est donc nécessaire pour mettre en oeuvre les dispositions très variées de la loi. Certains décrets d'application ont d'ores et déjà été publiés, et ont reçu un accueil favorable de la plupart de personnes auditionnées, qui ont pu estimer qu'ils respectaient l'économie de la loi tout en préservant la fonction médico-sociale des services. Le présent rapport expose les dispositifs que ces décrets créent ou modifient (Résumé de l'éditeur).

Médicaments Drugs

51048

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 2011.**

Paris : CNAMTS : 2011 : 368p.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ref-jurid-produits-sante-21011.pdf

Ce référentiel pratique, à jour au 31 octobre 2011, recense l'ensemble des textes législatifs et réglementaires ainsi que les instructions émanant du ministère et de la CNAMTS relatifs aux règles de prescription, de délivrance et de prise en charge des produits de santé (médicaments et produits et prestations de la LPP) en ville et en établissements de santé.

Psychiatrie Psychiatry

50035

OUVRAGE
DUPUY (O.)

**Droit et psychiatrie : la réforme du
5 juillet 2011 expliquée.**

Paris : Heures de France : 2011 : 216p., tabl., index

Cote Irdes : A4343

http://www.heuresdefrance.com/product_info.php/cPath/52_48/products_id/214

Depuis le 1er août 2011, les règles régissant la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques ont été considérablement modifiées. Désormais, les notions d'« hospitalisation à la de-

mande d'un tiers », d'« hospitalisation d'office » ou de « sortie d'essai » sont obsolètes. La loi du 5 juillet 2011 introduit d'importantes innovations : création d'une période d'observation et de soins de 72 heures, d'un dispositif de prise en charge « en cas de péril imminent », d'un programme de soins et d'un contrôle judiciaire obligatoire après 15 jours d'hospitalisation sans consentement. Quels sont les droits et les garanties auxquels tout citoyen soumis à une mesure de soins psychiatriques peut aujourd'hui prétendre ? Quelles sont les règles qui régissent la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ? Le présent ouvrage a pour objet de présenter ce nouveau cadre juridique de façon précise, complète, argumentée, formulé dans un langage accessible à tous. Il vise à permettre de repérer les apports d'une réforme que les pouvoirs publics qualifient eux-mêmes de complexe et d'en expliquer les motivations. Ce livre se présente comme l'indispensable support de référence non seulement des professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale, mais aussi de tout citoyen intéressé par le sujet (4e de couverture).

Santé publique Public health

50735
LOI, REPERTOIRE
DALLOZ . Paris. FRA

Code de la santé publique : édition 2012.

Paris : Dalloz : 2012 : 3333p.
Cote Irdes : Ud114 (2012)

Le Code de la santé publique 2012 reste placé sous le signe d'une intense activité normative, marquée par la loi du 29 décembre 2011 portant renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui crée notamment l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) en remplacement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Cette 26e édition est également à jour des textes relatifs aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et leurs modalités de prise en charge, à la bioéthique, au développement professionnel continu des professions de santé, à la modification du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales...

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ADAMS (J.).....	73
Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. (A.S.I.P.).....	68
Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.)	51
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé . (A.N.S.M.).....	61
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.)	50
ALLONIER (C.)	31
ALLOUCHE (J.).....	33
AMGHAR (Y.G.)	20
ANDERSON (P.)	29
ANDRADE (L.F.)	62
ANDRE-PECHAUD (A.).....	19
ANKRI (J.).....	73
Assemblée Nationale. (A.N.)	79
Assessing Needs of Care in European Nations. (A.N.C.I.E.N.).....	35 , 37
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.)	59
Association Française de Sociologie. (A.F.S.)	74

B

BACHELOT-NARQUIN (R.).....	42
BARDELLI (P.)	33
BARGAIN (O.).....	74
BARNAY (T.).....	26
BARROS (P.P.)	27
BECK (F.).....	29
BEHAGHEL (L.)	75
BENAMOZIG (D.)	13
BEN HALIMA (M.A.).....	32
BEVORT (A.).....	78
BOIRON (F.).....	53
BONAN (J.).....	37

BOURDAIS (J.F.).....	20
BOUSQUET (P.J.)	29
BRAJON (E.)	17
BRAS (P.L.).....	15
BRATBERG (E.)	33
BRECHAT (P.H.).....	42
BRICARD (D.).....	41
BROOM (A.).....	73
BRUNAT (M.).....	24

C

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.) ..	16 , 22 , 28 , 64 , 79
CAMBONA (C.).....	17
CAMPION (C.L.)	12
CANIARD (E.)	55
CAPELLI (O.).....	47
CASTAING (C.)	46
CAVALIN (C.)	32
CELERIER (S.).....	32
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.)	35
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).....	32
Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé.	57
CHAHWAKILIAN (P.)	63
Chaire Santé	25
CHAPON (P.M.)	35
CHARRON (L.)	17
CLARGE (F.)	54
CLAVE (S.)	19
COLDEFY (M.)	39
Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.) ..	11
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.) ..	64
COMBES (J.B.).....	58
Comité Médical pour les Exilés. (C.O.M.E.D.E.)	42

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.)	52 , 54
Commission Européenne. (C.E.)	60
COM-RUELLE (L.)	30 , 31
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.)	59
CORTINAS (J.).....	17
COSTA-FONT (J.).....	13 , 41
Cour des Comptes	24
CUTLER (D.M.)	31
CYLUS (J.)	70

D

DAHROUGE (S.).....	47
DALLOZ	80
DAMETTE (O.).....	26
DANET (S.)	31
DANIEL (C.)	20
DAUDIGNY (Y.)	25 , 27
DEBRE (I.).....	12
DE CLERCQ (M.).....	31
DE KERVASDOUE (J.).....	30
DELATTRE (E.)	58
DELAUNAY (M.).....	79
DELOITTE	47
DELY (R.)	39
Department of Health. (D.H.)	65
DE POUVOURVILLE (G.)	63
DEROCHE (C.).....	27
DESPRES (C.)	39
DESTAIS (N.).....	36
DE STAMPA (M.)	73
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. (G.I.Z.).....	40
DEVAUX (M.).....	41
DEVIN (R.A.).....	47
DEVLIN (N.).....	72
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) ...	19 , 31
DIVERT (N.)	17 , 18

DONDER (P. de).....	36
DORMONT (B.)	25
DOS SANTOS (C.)	56
DOURGNON (P.).....	18 , 43
DOUVEN (R.).....	55
DUPAYS (S.)	20
DUPUY (O.)	79
Dutch Healthcare Authority. (N.Z.A.).....	55

E

Ecole d'Économie de Paris.....	23 , 37 , 54
Ecole de Management de Grenoble. (G.E.M.)..	22
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.).....	17
Ecole Supérieure de Commerce. (E.S.C.)	56
ELLIOTT (B.)	58
ESLOUS (L.)	20
European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.)	35 , 37
EUZEBY (C.).....	24

F

FAGON (P.Y.)	59
FAINZANG (S.).....	61
FANTIN (R.)	43
FARGEON (V.).....	24
Federal Trade Commission	26
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.).....	51
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.)	63
FELLINGER (F.).....	53
FERMON (B.).....	37
FERRIER-BATTNER (A.).....	63
FIGUERAS (J.).....	11
FLEURBAEY (M.)	23
FOISSET (E.)	48
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.).....	47 , 48
Fonds de Financement de la Protection	

Complémentaire de la Couverture Universelle du
 Risque Maladie. (Fonds CMU) 16 , 17 , 18 , 39

G

GALAN (M. de)..... 31
 GAUGHAN (J.)..... 53
 GAUTHIER (A.) 29
 GLESS (P.)..... 54
 GOBILLON (L.)..... 54
 GODEFROY (J.P.)..... 27
 GRIGNON (M.)..... 14 , 39 , 59
 GUILLAUME (S.)..... 18 , 31
 GUINCHARD (P.)..... 51

H

HAAS (D.)..... 55
 HAAS (S.)..... 39
 HAMEAU (A.) 65
 Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.) . 30 ,
 76
 Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie.
 (H.C.A.A.M.)..... 16
 Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)..... 11 , 51 , 52
 Health Consumer Powerhouse..... 11
 HENRARD (J.C.) 36
 Her Majesty Government..... 70
 HERNANDEZ-QUEVEDO (C.) 41
 HERSZBERG (C.) 43
 HESSE (C.) 55
 HOGG (B.)..... 47
 HUBER (H.)..... 25
 HURLEY (J.) 39 , 75
 HUTEAU (G.) 19

I

IMS 62
 Inspection Générale des Affaires Sociales.
 (I.G.A.S.)..... 20 , 36 , 55 , 72

Institut d’Economie Industrielle. (I.D.E.I.)..... 36
 Institut de Recherche et Documentation en
 Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)..... 18 , 20 , 32 ,
 38 , 43 , 62
 Institute for the Labor Study. (I.Z.A.)..... 15 , 59
 Institute of Medicine. (I.O.M.)..... 69
 Institut National de la Statistique et des Etudes
 Economiques. (I.N.S.E.E.) 74
 Institut National de Prévention et d’Education
 pour la Santé. (I.N.P.E.S.) 29
 Institut National du Cancer. (I.N.C.A.) . 29 , 58 , 67
 International Labor Organization. (I.L.O.) 37

J

JAMA (T.)..... 39
 JEGU (J.)..... 19
 JIMENEZ-RUBIO (D.) 41
 JOBERT (A.)..... 78
 JOEL (M.E.) 37
 JOURDAIN-MENNINGER (D.) 72
 JUSOT (F.)..... 30 , 41 , 43

K

KARANIKOLOS (M.) 70
 KATSAGA (A.) 70
 KESBY (M.) 45
 KINDON (S.) 45
 King’s Fund Institute 71
 KLEIN (R.)..... 71

L

LABARTHE (J.) 19
 Laboratoires Internationaux de Recherche. (L.I.R.)
 63
 LAFORCADE (M.)..... 19
 LAGENDYK (L.) 48
 LALLEMENT (M.)..... 78
 LALOUÉ (F.) 20

La Mutuelle des Etudiants. (L.M.D.E.)	40
LANDRUM (M.B.).....	31
LAUTIER (S.).....	35
LEBAS (J.)	42
LEBRUN (D.).....	55
LECOQ (G.).....	72
LEDUC (S.).....	17 , 18
LEE (D.)	65
LEFRAND (G.).....	79
LE FUR (P.).....	30 , 31
LELIEVRE (M.)	19
LE MENN (J.)	57
LENGAGNE (P.).....	32
LEOST (H.).....	20
LE TAILLANDIER DE BABORY (V.).....	55
LH2 Opinion.....	11
London School of Economics and Political Science. (L.S.E.).....	13 , 41
LOONES (A.).....	35
LOOPER (M. de).....	41
LUCAS-GABRIELLI (V.)	39

M

MASON (A.)	53
MATHAUER (I.).....	56
MAYBIN (J.).....	71
MAYMIL (V.).....	55
MCGUIRE (T.G.).....	27
MC KEE (M.).....	11
McMaster University	14 , 39 , 75
MEEKINGS (K.)	63
MENTZAKIS (E.)	75
MIAS (A.)	78
MILCENT (C.).....	54
MILON (A.).....	57
Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.)	19 , 22 , 24 , 25 , 31 , 44 , 53 , 73
Ministère du travail - de l'Emploi et de la Santé. (M.T.E.S.).....	12
MLADOVSKY (P.)	70

MOCKING (R.).....	55
MOLEUX (M.).....	20
MONGREDIEN (L.)	64
MONSTAD (K.)	33
MOREL (A.)	72
Mutuelle Générale de l'Education Nationale. (M.G.E.N.).....	18

N

National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.)	31
NGUYEN (T.).....	65

O

Observatoire des Maladies Rares.....	30
Observatoire National des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.)	58
Office of Health Economics. (O.H.E.).....	72
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.) .	33 , 41
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) .	11 , 23 , 29 , 32 , 56 , 70
OWUSU (Y.).....	59

P

PAIN (R.)	45
PAULY (M.V.)	27
PENAUD (P.).....	20
PERRONNIN (M.)	20 , 30
PERTOLD (F.)	15
PESTIAU (P.)	36
PEUSKENS (J.)	31
PICKARD (L.)	35
PIERRE (A.).....	20
PIHET (C.).....	35
POLLAK (C.).....	38
PONCHON (F.).....	19
PONTHIERE (G.).....	23 , 37

POURCEL (G.).....	29
POUVOURVILLE (G. de).....	64
PRAET (C.).....	72

R

RAYSSIGUIER (Y.).....	19
RECHEL (B.).....	70
RENAUD (T.).....	39
REVIL (H.).....	74
ROCHEREAU (T.).....	18 , 20 , 31
ROHLF (K.).....	65
ROHREGGER (B.).....	40
ROLLOT (J.).....	33
ROMANEIX (F.).....	20
ROSE (N.).....	35
RUNFOLA (S.).....	17
RUOL (V.).....	36

S

SAIAS (T.).....	45
SCHEIL-ADLUNG (X.).....	37
SCOTT (C.).....	48
SECHER (J.E.).....	55
Sénat.....	12 , 15 , 25 , 27 , 57
SERMET (C.).....	30
SHAH (K.).....	72
SHAPIRO (H.A.).....	26
SICARD (D.).....	42
SINGLY (F. de).....	76
SIRVEN (N.).....	38
SOMME (D.).....	73
SRIVASTAVA (D.).....	70
STREET (A.).....	53
SWEETMAN (A.).....	59

T

TABUTEAU (D.).....	15
TAYLOR (Y.).....	44
Terra Nova.....	13
The Nuffield Trust.....	69
THIERRY (M.).....	36
Think Thank Economie Santé.....	13
Thomson Reuters.....	63
TIMMINS (N.).....	71
Travail Emploi Politiques Publiques. (T.E.P.P.) ...	26
TUBEUF (S.).....	41

U

Union Régionale des Professions de Santé Ile-de-France. (U.R.P.S.).....	48
Université de Berlin.....	56
Université de Cergy-Pontoise.....	58
Université de Grenoble 2.....	24
Université Montesquieu Bordeaux 4.....	46
Université Panthéon Assas Paris II.....	65
University of Bergen.....	33
University of California.....	69
University of Leeds.....	41
University of York.....	53
US Department of Health and Human Services.....	76

V

VICARD (A.).....	74
VIENS-BITKER (C.).....	59
VIGNERON (E.).....	39
VINCENT (G.).....	51
VIRIOT-DURANDAL (J.P.).....	35

W

WARD (P.).....	53
WERLE (C.).....	22

WESTERGARD-NIELSEN (N.C.)	15
WIECHERT (M.)	39
WILENSKI (H.L.)	69
Wissenschaftliche Hochschule	65
WITTENBECHER (F.)	56
WOOLDRIDGE (J.M.)	75

Z

ZIGANTE (V.)	13
--------------------	----

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

CARNET D'ADRESSE DES EDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

**A.N.A.P. (Agence Nationale d'Appui à la
Performances des établissements de santé et
médico-sociaux)**

23 avenue d'Italie
75013 Paris
☎ 01 57 27 12 00
<http://www.anap.fr/accueil/>

**A.N.S.M. (Agence Nationale de Sécurité du
Médicament et des Produits de Santé)**

(ex Afssaps)
Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
<http://ansm.sante.fr/>

**A.H.R.Q. (Agency for Healthcare Research and
Quality)**

540 Gaither Road
Rockville, MD 20850
Etats-Unis
☎ (301) 427 1364
<http://www.ahrq.gov>

**A.P. - H.P. (Assistance Publique - Hôpitaux de
Paris)**

Service Communication
3, av. Victoria
75004 Paris
☎ 01 40 27 30 00
<http://www.aphp.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/>

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

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
☎ 04.37.91.33.10
Fax : 04.37.91.33.67
<http://www.atih.sante.fr/index.php>

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
<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/>

Association Française de Sociologie (AFS)

57 rue Pouchet
75017 Paris
☎ : 01 40 25 10 75
fax : 01 40 25 11 03
<http://www.afs-socio.fr/index.html>

C

C.E.E. (Centre d'Etude de l'Emploi)

Immeuble Le Descartes 1
29, promenade Michel-Simon
93166 Noisy-Le-Grand cedex
01 45 92 68 97

Fax : 01 49 31 02 44
<http://www.cee-recherche.fr>

C.E.S. (Collège des Economistes de la Santé)

Site CNRS - Bâtiment E
7 rue Guy Môquet
94801 Villejuif
Tel : (01) 49 58 33 72
Fax : (01) 49 58 34 38
<http://www.ces-asso.org/>

C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)

10, villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
Email : contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>

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

26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20
☎ Standard 01 72 60 10 00
☎ Service Documentation : 01 72 60 10 20
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

**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.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.H.S.R.F. (Canadian Health Services Research
Foundation)/ F.C.R.S.S. (Fondation Canadienne
de la Recherche sur les Services de Santé)/**

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Canada
<http://www.chsrf.ca>

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
<http://www.comede.org>

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

Ministère chargé de la santé
Direction de la Sécurité Sociale
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)
☎ 01 40 56 73 63 (secrétariat)
<http://www.sante.gouv.fr/>

Commission des communautés européennes

Office des publications
B-1049 Bruxelles
Belgique
Email : info-info-opoce@cec.eu.int
ou Email : publications@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/contact/index_fr.htm

Cour des Comptes

13, rue Cambon
75001 Paris
☎ 01 42 98 95 00
Fax : 01 42 60 01 59
<http://www.ccomptes.fr/>

D

**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.drees.sante.gouv.fr/publications,677.html>

Daloz-Sirey Editions

31-35 rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
☎ 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
Email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.fr>

De Boeck Editions

Fax : 00 32 10 48 26 93
Diffusion en France
89 bd Auguste Blanqui
75013 Paris
☎ 01 72 36 41 60
Email : commande@deboeckdiffusion.com
<http://universite.deboeck.com/>

La Découverte et Syros Editions

9 bis, rue Abel Hovelacques
75013 Paris
☎ 01 44 08 84 00
Email : ladecouverte@ladecouverte-syros.com
<http://www.editionsladecouverte.fr>

D.O.H. (Department of Health)

Customer services
Richmond House
79 Whitehall
London SW1A 2NS
Royaume-Uni
☎ 00 44 020 7210 4850
Email : dhmail@dh.gsi.gov.uk
<http://www.doh.gov.uk/>

DELOITTE Center for Health Solutions

2 New Street Square
London EC4A 3BZ
Grande Bretagne

**Deutsche Gesellschaft für Internationale
Zusammenarbeit**

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn
Allemagne
☎ : +49 61 96 79-0
Fax: +49 61 96 79-11 15
Email: info@giz.de
<http://www.giz.de>

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/>

E

Editions Dunod

5, rue Laromiguière
75005 Paris
☎ 01 40 46 35 00
Email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

**E.N.E.P.R.I. (The European Network of Economic
Policy Research Institute)**

c/o Center for European Policy Studies
place du congrès 1
1000 Bruxelles
Belgique
Email : info@enepri.org
<http://www.enepri.org/>

Ecole d'Economie de Paris

48 boulevard Jourdan
75014 Paris
☎ 01 43 13 63 00
Fax: 01 43 13 63 10
Email: accueil@pse.ens.fr
<http://www.pse.ens.fr/>

Ecole de Management de Grenoble

12 rue Pierre Sémard
38000 Grenoble
☎ 04 76 70 60 60
<http://www.grenoble-em.com/accueil.aspx>

Ecole supérieure de commerce ESC-Clermont
4 bd Trudaine
63000 Clermont Ferrand
☎ .04 73 98 24 24
fax : .04 73 98 24 49
<http://www.esc-clermont.fr/>

Elsevier Science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays Bas
http://www.elsevier.com/wps/find/homepage.cws_home

Etudes Hospitalières (Les)
38, rue du Commandant Charcot
33000 Bordeaux Centre
☎ 05 56 98 85 79
<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

F

F.E.H.A.P. (Fédération des Etablissements d'Hospitalisation & d'Assistance Privée)
179 rue de Lourmel
75015 Paris
☎ 01 53 98 95 00
<http://www.fehap.fr/>

F.H.F. (Fédération Hospitalière de France)
1, bis rue Cabanis
75014 Paris
☎ 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
<http://www.fhf.fr>

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
<http://www.mutualite.fr/>

Faculté de médecine de Brest
22 avenue Camille Desmoulins
CS 93837
29238 Brest Cedex 3
<http://www.faculte-medecine-brest.fr/presentation.php>

Federal Trade Commission
600 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20580
Etats-Unis
www.ftc.gov

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>

H

Halshs archives ouvertes
CCSD CNRS
Bâtiment CC IN2P3 / CNRS
43 bd du 11 Novembre 1918
69622 Villeurbanne Cedex
Email : halshs.support@ccsd.cnrs.fr
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>

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 (webmaster)
Email : contact.presse@has-sante.fr (contact presse)
Email : contact.revues@has-sante.fr (contact revues)
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5

H.C.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-Bufferon
75014 Paris
☎ 01 47 55 74 08
<http://www.lir.asso.fr/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publishers address book

L.M.D.E. (La Mutuelle des Etudiants)

37 rue Marceau
BP 210
94203 Ivry sur Seine
<http://www.lmde.com/>

L.S.E. (London School of Economics and Political Science)

Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7405 7686
<http://www2.lse.ac.uk/home.aspx>

Leeds Institute of Health Sciences

University of Leeds
Charles Thackrah Building
101 Clarendon Road
Leeds LS2 9LJ
www.leeds.ac.uk

Les Echos conférences

Groupe Les Echos
46, rue de la Boétie
75381 Paris cedex 08
☎ 01 49 53 65 65

M

M.G.E.N. (Mutuelle Générale de l'Education Nationale)

3, Square Max Hymans
75748 Paris cedex 15
☎ 01 40 47 23 00
<http://www.mgen.fr/>

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
<http://www.mcmaster.ca/economics/>

McMaster Research Data Centre

McMaster University
Mills Memorial Library, Rm 217
1280 Main Street West
Hamilton Ontario, L8S 4L6
Canada
<http://socserv.mcmaster.ca/rdc>

Ministère chargé de la santé

8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.sante.gouv.fr/>

MIT Press (The)

Massachusetts Institute of Technology
Five Cambridge Center
Cambridge, Massachusetts 02142-1493
Etats-Unis
<http://mitpress.mit.edu>

N

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>

National Academy Press

500 Fifth Street NW
Lockbox 285
Washington, DC 20055
Etats-Unis
☎ 00 1 202 334 3313 (Customer service)
Fax : 00 1 202 334 2451 (Customer service)
<http://www.nap.edu/>
Distributeur en Europe :
Marston Book Services, Ltd.
Unit 160 Milton Park
PO Box 269
Abingdon, Oxfordshire OX14 4YN
Royaume-Uni
☎ +44 (0) 1235 465500

Fax: +44 (0) 1235 465555
<http://www.marston.co.uk/Site/Home.html>

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

CPB Library
P.O. Box 80510
2508 GM The Hague
Pays-Bas
<http://www.cpb.nl/en/node/>

Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services

59 New Cavendish Street
London WIG 7LP
Royaume Uni
☎ 00 44 20 7631 8450
Email : mail@nuffieldtrust.org.uk
<http://www.nuffieldtrust.org.uk>



Observatoire des maladies rares

Maladies Rares Info Services
Plateforme Maladies Rares
96 rue Didot
75014 Paris
<http://www.maladiesraresinfo.org/>

O.C.D.E. (Organisation de Coopération et de Développement Economique)

2, rue André-Pascal
75116 Paris cedex
☎ 01 45 24 82 00
Fax : 01 45 24 18 15
<http://www.oecd.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
Réseau d'agents de vente : http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm => France

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.I.T. (Organisation Internationale du Travail)

4, route des Morillons
CH 1211 Genève 22
Suisse
<http://www.ilo.org>

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/salesagents2.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.D.P.S. (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

Ministères en charge du Travail, de la Santé et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
01 40 56 89 27 et 89 36
<http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

Open University Press

McGraw-Hill Education
Shoppenhangers Road
Maidenhead
Berkshire
SL6 2QL
Royaume-Uni
☎ 00 44 1628 502500
Email : enquiries@openup.co.uk

Email : emea_queries@mcgraw-hill
France : Anne-Marie Pluijm :
anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com
<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

Fax : 00 44 20 7842 2298
<http://www.routledge.com/>

P

The Parliamentary Bookshop

12 Bridge Street
Parliament Square
London SW1A 2JX
Royaume-Uni
Email: ookshop@parliament.uk
<http://www.bookshop.parliament.uk>

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 de l'EHESP

CS 74312
35043 Rennes Cedex
☎ 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
Email : presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64
Email : info.presses@sciences-po.fr
<http://www.pressesdesciencespo.fr/>

R

Routledge

2, Park Square
Milton Park
London EC4 P 4EE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7583 9855

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>

Seuil (Le) Editions

27, rue Jacob
75261 Paris 06
☎ 01 40 46 50 50
Fax : 01 40 46 43 00
<http://www.seuil.com/>

T

T.E.P.P. (Travail Emploi et Politiques Publiques)

Centre d'Etudes de l'Emploi
Le Descartes I
29, Promenade Michel Simon
93 166 Noisy-le-Grand cedex
<http://www.tepp.eu/>

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

Thomson Reuters

3 Times Square
New York, NY 10036
Etats-Unis
<http://thomsonreuters.com>

Terra Nova

66 avenue des Champs-Élysées
75008 Paris
☎ 01 58 36 15 20
<http://www.tnova.fr/>



U.R.P.S. Ile-de-France

12, rue Cabanis
75014 Paris
01 40 64 14 70
Fax : 01 40 64 14 89
Email : secretariat@urps-idf.org
<http://www.urps-med-idf.org/>

Université de Cergy-Pontoise

Thema
UFR d'Économie et Gestion
33, boulevard du Port
95011 Cergy-Pontoise Cedex
<http://thema.u-cergy.fr/>

Université Paris 2 Panthéon-Assas

Réseau documentaire
92, rue d'Assas
75006 Paris
http://www.u-paris2.fr/27707656/0/fiche_pagelibre/&RH=ACCUEIL_FR&RF=Bibliotheque

University of Bergen.

Department of Economics
Fosswinckels gate 14
5007 Bergen
Email: post@econ.uib.no
<http://www.uib.no/econ/en>

University of York

Department of economics and related studies
York
YO10 5DD
Royaume-Uni
☎ (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

University of California

eScholarship
415 20th Street, 4th Floor
Oakland, CA 94612-2901
<http://www.escholarship.org/>

Wissenschaftliche Hochschule

Hohbergweg 15–17
77933 Lahr
Allemagne
<http://www.akad.de/whl-lahr/>

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

Contacter la documentation de l'Irdes

- **Consultation sur place, *uniquement sur rendez-vous* :**

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Courriel :** documentation@irdes.fr

- **Site Internet :** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

Contact Irdes Documentation center

- **On-site consultation, *on appointment only*:**

Tél.: + 33 (0)1 53 93 43 56 or 01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

- **By post:**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Email:** documentation@irdes.fr

- **Website:** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>