

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

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé


Janvier - Février 2007

■ Service Documentation



## ■ Présentation

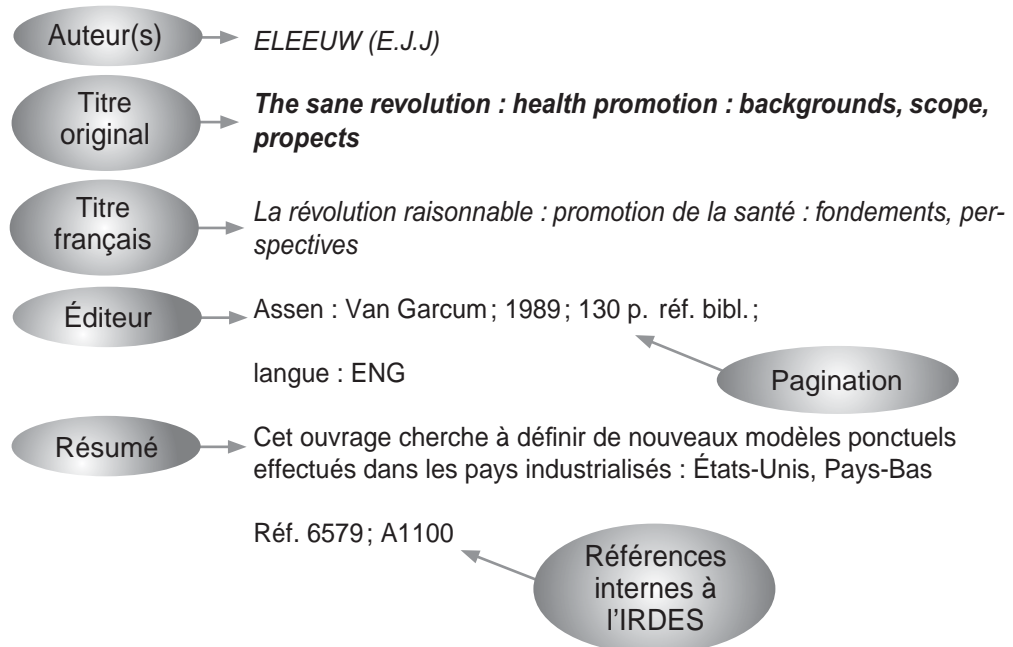
- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'Économie de la Santé.  
Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'IRDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'IRDES est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).
  
- Le bulletin se compose de deux parties :
  - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
  - plusieurs index qui facilitent la recherche :
    - un index des auteurs cités,
    - un index des éditeurs.
  
- Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'IRDES selon les modalités de consultation précisées à la fin du bulletin ou commandés directement auprès de l'éditeur dont les coordonnées sont mentionnées dans le carnet d'adresses des éditeurs.  
Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.




L'IRDES est disponible sur Internet.  
Pour contacter le centre de documentation : E-Mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)  
Pour obtenir des informations sur l'IRDES et ses prestations :  
Serveur Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)



## ► Comment lire une notice?



## ► Signification des abréviations

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



## **Sommaire**







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



# Sommaire

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 15 POLITIQUE DE SANTÉ

Centres de soins infirmiers.....	15
Corruption des systèmes de santé.....	15
École des Hautes Études en Santé Publique ...	15
Éthique .....	16
Historique .....	16
Contrôle de l'application des lois.....	17

### 17 PROTECTION SOCIALE

Affections de longue durée .....	17
CNSA .....	18
Financement .....	18
Histoire .....	20
Politique de la famille .....	21
Protection complémentaire .....	21
Retraite.....	22
Sécurité sociale.....	23

### 23 PRÉVENTION SANTÉ

Dépistage .....	23
Dépistage prénatal .....	23
Disease Management .....	24
Handicap .....	24
Politique de prévention.....	25

### 26 DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes nationaux de la santé.....	26
Coût de la maladie .....	26
Dépenses pharmaceutiques .....	27
FAQSV .....	27
Viellissement .....	27

### 28 INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme.....	28
Bilan .....	28
Drogues.....	29
Épidémiologie.....	29
Facteurs de risque .....	30
Morbidité ressentie.....	31
Obésité.....	31
Sociologie de la santé.....	31
Surdité.....	32
Travail et santé.....	32

### 35 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance.....	35
Emploi des seniors.....	35

### 36 GROUPES DE POPULATION

Étudiants .....	36
Inégalités sociales.....	37
Migrants .....	37
Personnes handicapées.....	37
Pauvreté.....	38
Population défavorisée.....	38

### 41 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Champagne-Ardenne.....	41
Disparités régionales.....	42
Ile-de-France.....	42
Picardie .....	44
Rhône-Alpes .....	44
Savoie .....	45

## 45 MÉDECINE LIBÉRALE

Démographie médicale .....	45
Formation professionnelle.....	46
Pratique médicale .....	46
Relations médecin-malade.....	47
Revenus des médecins.....	48

## 48 HÔPITAL

Chirurgie.....	48
Démographie médicale hospitalière.....	49
Organisation hospitalière .....	49
Personnel Hospitalier .....	49
Psychiatrie.....	49

## 50 PROFESSIONS DE SANTÉ

Formation médicale continue .....	50
Infirmiers .....	51
Ressources humaines.....	51

## 52 MÉDICAMENTS

Industrie pharmaceutique.....	52
Innovation médicale .....	53
Pharmacoeconomie .....	54
Politique du médicament.....	54
Prescription .....	55
Publicité.....	56

## 56 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Canada .....	56
Espagne.....	57
États-Unis.....	57
Europe.....	58
Ex-République de Macédoine .....	63
Finlande .....	63
Irlande du Nord .....	63
Norvège.....	63
Pays-Bas.....	64
Pays industrialisés .....	64
Pologne .....	66
Pays en voie de développement.....	66
Suède.....	66

## 67 PRÉVISION-ÉVALUATION

Analyse coût-efficacité .....	67
Effcience.....	67
Haute Autorité de Santé.....	67
Performance.....	68
Programmes de santé.....	68
Recommandations .....	68
Veille sanitaire.....	69

## 69 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUES

Capital social.....	69
Statistiques.....	70

## 71 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Données sociales INSEE .....	71
Europe.....	71

## 71 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Chômage.....	71
Emploi .....	72
Loi de finances .....	72
Prospectives des métiers .....	73
Technologies.....	73
Travail au noir .....	73

## 74 DOCUMENTATION

Annuaire .....	74
Dictionnaires .....	74
Données chiffrées .....	75
Guides.....	75

## AUTRES RUBRIQUES

### 77 Index des auteurs

### 35 Carnet d'adresses des éditeurs

### 99 Calendrier des colloques

## ► Références bibliographiques



## Centres de soins infirmiers

33850

RAPPORT

LEGER (A.M.), MAUSS (H.)

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

### **Situation financière des centres de soins infirmiers.**

Paris : La documentation française : 2006/11 : 55 p., ann.

Cote Irdes : B5746

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000901/0000.pdf>

Les centres de soins infirmiers (CSI) sont des structures de proximité dispensant des soins, en centre et à domicile. Ce rapport constate qu'il existe une méconnaissance globale de l'activité de ces centres qui voient diminuer leur nombre de manière significative. Leurs difficultés financières sont récurrentes, l'assurance maladie les ignorant partiellement, alors que leur activité et leur mode de rémunération à l'acte, sont similaires à ceux des professionnels libéraux et qu'ils ont des frais fixes de structure et des contraintes fiscales et sociales de droit commun. Le rapport estime que les perspectives sont limitées pour ces centres de soins infirmiers, alors qu'ils devraient avoir une place dans l'offre de soins et être confortés dans le cadre sanitaire.

## Corruption des systèmes de santé

33351

RAPPORT

Transparency International. Berlin. DEU

### **Rapport mondial sur la corruption 2006 : corruption et santé.**

Paris : Editions Economica : 2006 : 426 p.

Cote Irdes : B5684

[http://www.transparency.org/publications/gcr/gcr\\_french\\_2006#part1](http://www.transparency.org/publications/gcr/gcr_french_2006#part1)

La corruption dans le secteur de la santé peut être une question de vie ou de mort. Elle ruine les systèmes de soins de santé et laisse les patients à la merci des dangers liés à l'administration des traitements inadéquats au moment où ces derniers sont particulièrement vulnérables. Le Rapport Mondial sur la Corruption 2006 analyse les causes et les conséquences de la corruption dans le secteur de la santé, de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur l'achat des fournitures et équipements médicaux, des paie-

ments de pots-de-vin dans les hôpitaux afin de faciliter l'accès aux soins de santé « gratuits ». Le rapport comprend des rapports d'experts issus des quatre coins du monde qui soulignent la nécessité impérieuse d'endiguer la corruption dans les systèmes de soins de santé. Le rapport contient : une partie spéciale sur la corruption dans la lutte contre la pandémie VIH / SIDA, des études de cas évaluant les risques de corruption dans les différents systèmes de soins de santé, des articles sur l'ampleur du mal : de la corruption à grande échelle au Costa Rica, à la contrefaçon pharmaceutique au Nigeria, en passant par la fraude dans les services de santé aux États-Unis, une analyse détaillée de la corruption dans les différents maillons de la chaîne de production pharmaceutique par des associations de professionnels du secteur de la santé et les responsables de l'industrie pharmaceutique eux-mêmes, des articles sur les succès rencontrés dans la prévention de la corruption et de la fraude dans le secteur de la santé. Le rapport comprend aussi : des articles détaillés faisant le point sur l'état de la corruption dans 45 pays, par les sections nationales de Transparency International et d'autres spécialistes, une sélection des plus récents travaux de recherche présentant une cartographie des tendances de la corruption, les liens entre la corruption, la bonne gouvernance, et d'autres domaines politico-économiques.

## École des Hautes Études en Santé Publique

32549

RAPPORT

HARDY (J.)

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

### **Fonder l'École des Hautes Études en Santé Publique.**

Paris : la Documentation française :

2006/06 : 95 p.

Cote Irdes : B5524

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000479/0000.pdf>

L'article 39 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la création de l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique), grand établissement d'enseignement supérieur et de recherche en santé publique, de renommée internationale. Le présent rapport s'appuie sur une conception large de la santé publique approchée par les déterminants de santé (déterminants sociaux, environnement physique, comportements individuels, facteurs

généétiques de la population...) et l'organisation de la réponse aux besoins. Il propose de mobiliser au sein d'une même école, structurée en réseau, les forces de formation professionnelle des cadres dirigeants de la santé, d'enseignement supérieur et de recherche existantes et, en particulier, de rapprocher les sciences humaines et sociales de l'épidémiologie et des bio-statistiques. Il s'agit ainsi de former les acteurs de la santé publique autour d'une culture commune, qu'ils suivent une formation professionnelle ou une formation académique. Le rapport préconise une ouverture de l'école pour la rentrée universitaire 2006/2007, dès que les instances seront mises en place et sur la base d'une offre pédagogique de niveau « master ». Le réseau de l'EHESP pourra s'élargir progressivement sur la base du volontariat, autour de projets partagés. Le rapport suggère que le premier contrat pluriannuel d'objectifs conclu entre l'EHESP et l'État fonde l'école autour de pôles thématiques tels l'épidémiologie, le management et la politique de santé. Il prévoit le développement du réseau autour de plusieurs axes : l'économie de la santé, l'organisation du système de soins, la santé environnementale, la santé au travail et les sciences humaines et sociales.

## ► Éthique

33304

OUVRAGE

MATHIEU (B.)

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

### **Le droit à la vie.**

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2005 : 128 p.  
Cote Irdes : A3498

Le droit à la vie est le premier des droits individuels, consacré dans les systèmes conventionnels et constitutionnels des droits fondamentaux. L'idée même de la protection de ce droit a considérablement évolué, parallèlement aux avancées de la science et de la médecine. A la notion classique de protection de la vie contre toute atteinte s'ajoutent aujourd'hui les questions de l'intervention humaine — scientifique et médicale — dans la création, l'interruption de grossesse, la procréation médicalement assistée, la recherche sur les embryons, le clonage et l'euthanasie. A travers une analyse comparative des jurisprudences des cours constitutionnelles européennes et de la Cour des Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, l'auteur étudie la nature et la portée du droit à la vie afin de déterminer s'il existe dans ce domaine un droit commun européen.

33305

OUVRAGE

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

### **La recherche biomédicale.**

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2004 : 223 p.  
Cote Irdes : A3499

Sur quelles normes et valeurs repose la recherche biomédicale en Europe? Quelles sont la nature et l'origine de ces valeurs? Dans quelle mesure la recherche biomédicale peut-elle porter atteinte à la personne et à ses droits? Quel équilibre faut-il instaurer entre liberté de recherche et protection de la personne? Toutes ces questions sont abordées dans cet ouvrage, dans une perspective paneuropéenne. Les différents auteurs étudient les normes en vigueur aux niveaux international et européen, notamment la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale, la Directive 2001/20 de l'Union européenne concernant la recherche pharmaceutique ainsi que la Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine. Signé à Oviedo en 1997, ce premier instrument international contraignant, qui contient un chapitre spécifique sur la recherche scientifique sur l'être humain, met en place un niveau minimum commun de protection des droits fondamentaux, pour tous les pays d'Europe. Il sera complété prochainement par un protocole additionnel portant spécifiquement sur la recherche biomédicale. L'ouvrage comprend un glossaire, les textes internationaux applicables, des références de sites web et de publications. Il s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'à un large public intéressé par ce sujet.

## ► Historique

32620

OUVRAGE

TABUTEAU (D.)

HIRSCH (M.) / préf.

### **Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006).**

Paris : Editions Ophrys : 2006 : 420 p.  
Cote Irdes : A3473

Comment s'élaborent les politiques de santé? Comment l'Etat s'organise-t-il pour lutter contre les risques qui menacent notre santé, des médicaments dangereux aux nouveaux virus, du bio-terrorisme à l'alcoolisme et au tabagisme? Comment s'est forgée la notion de sécurité sanitaire? Comment se construisent les plans de maîtrise des dépenses de santé? Comment les professions de santé et les laboratoires pharmaceutiques défendent-ils leurs positions? Comment l'hôpital s'adapte-t-il aux rigueurs budgétaires et



à la transformation de ses métiers ? L'auteur propose, à travers une visite guidée des coulisses du Ministère de la Santé, implanté avenue de Ségur à Paris, et des bureaux des agences de sécurité sanitaire, de parcourir l'histoire des politiques de santé et d'assurance maladie depuis la fin des années 1980, de la coordination infirmière de 1988 à la création de l'agence du médicament, de la négociation des conventions médicales à la mise en place de la CMU et à la loi Kouchner. Radioscopie d'un système de santé, plus que jamais confronté aux déficits de la sécurité sociale et à la résurgence des épidémies (Résumé d'auteur).

33563

OUVRAGE  
PAQUET (G.)

***Partir du bas de l'échelle :  
des pistes pour atteindre l'égalité sociale  
en matière de santé.***

Montréal : Presses de l'Université de Montréal :  
2005 : 152 p.  
Cote Irdes : A3502

Il peut paraître étonnant de consacrer tout un livre à l'étude des inégalités sociales en matière de santé dans le cadre des pays occidentaux, très majoritairement dotés de systèmes universels de soins de qualité. Pourtant, force est de constater que les disparités sociales persistent encore dans nos sociétés où l'égalité de traitement n'est toujours pas synonyme d'égalité sur le plan de la santé et devant la mort. Cet ouvrage dresse un portrait détaillé et offre une analyse rigoureuse des inégalités sociales dans le domaine de la santé, mettant en lumière les recherches importantes faites en sciences sociales, en psychologie et en sciences de la santé. Tout en proposant des pistes d'intervention, Ginette Paquet montre le rôle déterminant de la petite enfance dans le développement du sentiment d'emprise sur la vie et l'importance des facteurs de protection pour ceux qui vivent au bas de l'échelle sociale.

## ► Contrôle de l'application des lois

33734  
RAPPORT  
Sénat. Paris. FRA

***Contrôle de l'application de lois  
sur l'année parlementaire 2005-2006.***

Paris : Sénat : 2006/11 : 185 p., tabl., ann.  
Cote Irdes : B5718

[http://www.senat.fr/rap/appleg\\_06/appleg\\_06.html](http://www.senat.fr/rap/appleg_06/appleg_06.html)

Depuis 1971, le service des commissions du Sénat recense les textes réglementaires requis

par le législateur pour l'application de chaque loi et suit leur publication par le gouvernement. Le résultat de ce travail est livré dans un rapport sur le contrôle de l'application des lois. Le président du Sénat a présenté le 29 novembre 2006 le bilan de l'application des lois au cours de l'année parlementaire 2005-2006 (58<sup>e</sup> rapport). L'amélioration constatée en 2005-2006 est significative tant pour les lois votées au cours de l'année parlementaire que pour les lois votées depuis le début de la XII<sup>e</sup> législature, dont le taux d'application est cependant inégal. Il est vrai que le contexte était favorable. Le Parlement a adopté moins de dispositions législatives appelant un suivi réglementaire : 454 en 2005-2006, contre près de 700 en 2003-2004, comme en 2004-2005. De plus, le Parlement n'a pas siégé en session extraordinaire en juillet, et ce pour la première fois depuis plusieurs années. Les taux d'application au 30 septembre 2006 de quelques lois parmi les plus importantes : - loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites : 86% ; - loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique : 39% ; - loi du 9 août 2004 relative à la santé publique : 48% ; - loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie : 81%.

## PROTECTION SOCIALE

### ► Affections de longue durée

32550

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

***Nouvelles prises en charge en affection de  
longue durée de la liste (ALD 30) en 2005.***

Paris : CNAMTS : 2006/07 : 28 p., 8 tabl.  
Cote Irdes : C, B5525

Cette publication présente, sous forme de tableaux, les données disponibles sur les affections de longue durée de la liste (ALD 30) en France en 2005, notamment leur nombre, leur répartition selon l'âge et le sexe, par région et par département.

## RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction de la Stratégie - des Études et des Statistiques. (D.S.E.S.). Département Études sur les Pathologies et les Patients. (D.E.P.P.). Paris. FRA

**Fréquence des affections de longue durée (ALD 30) au régime général : premiers résultats de l'étude « fréquence et coût des ALD ».**

Paris : Cnamts : 2006/04/05 : 18 p., 3 tabl., 7 fig.  
Cote Irdes : C, B5578

L'Assurance Maladie a analysé les différents facteurs récents d'évolution du profil des personnes atteintes d'une affection de longue durée afin de connaître en 2004 la fréquence des trente affections de longue durée selon le diagnostic enregistré par le médecin conseil lors de l'admission ou de la dernière révision. Un second volet de l'étude permettra de mesurer les dépenses par patient en 2004.

## ► CNSA

33327

## RAPPORT

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

**C.N.S.A. Rapport annuel 2006.**

Paris : CNSA : 2006/10 : 72 p., tabl.  
Cote Irdes : B5664

[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport\\_annuel\\_OCT\\_2006-3.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_OCT_2006-3.pdf)

En octobre 2006, et pour la première fois, la CNSA a remis son rapport annuel, un an après son installation en mai 2005 : le bilan d'un organisme atypique, laboratoire d'un nouveau champ de la protection sociale, la perte d'autonomie. Il présente donc l'action de la CNSA (rassemblement des financements, accompagnement des dispositifs locaux de compensation, adaptation de l'offre d'établissements et de services, mission d'informations, fonctionnement). La deuxième partie met en perspective les enjeux et le sens de la CNSA après un an de fonctionnement, en suggérant des voies d'amélioration et des solutions.

## ► Financement

33274

## RAPPORT

BOISSIEU (C. de), GUESNERIE (P.), AGHION (P.), COHEN (E.), BLANCHARD (O.), CAHUC (P.), DIDIER (M.), MARTINEZ (M.), FITOUSSI (J.P.), WASMER (E.), SAINT-PAUL (G.), TRAINAR (P.)  
Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA

**Avis du CAE sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs.**

Paris : Conseil d'Analyse Économique : 2006/07 : 50 p., tabl., graph.  
Cote Irdes : B5647

[www.cae.gouv.fr/avis\\_cotsoc.htm](http://www.cae.gouv.fr/avis_cotsoc.htm)

Après le groupe de travail interministériel de fin mai 2006 et le Conseil d'orientation de l'emploi du 20 juillet 2006, le CAE a présenté, le 27 juillet 2006, son avis sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs. Comme le COE, le CAE est plutôt réservé sur la création d'une contribution sur la valeur ajoutée (CVA), considérée comme une nouvelle cotisation aux avantages incertains et limités. Il privilégie trois pistes de réformes s'appuyant sur les prélèvements existants : la TVA sociale, l'affectation au financement de la protection sociale d'une partie de l'impôt sur les sociétés ou un relèvement de la CSG, sur lesquels il estime nécessaire d'approfondir les études.

32576

## RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

**Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale.**

Paris : Cour des Comptes, 2006/09, 47 p.  
Cote IRDES : B5538

<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2006/synthese-secu-2006.pdf>

Le présent rapport est destiné à faciliter la lecture et le commentaire du rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale. Il fait état des travaux préparatoires à la certification des comptes de la Sécurité sociale qui sera rendu public avant le 30 juin 2007 avec le premier rapport de certification des comptes des établissements publics et des comptes combinés du régime général relatif à l'exercice 2006. Le dispositif de validation des comptes locaux par l'organisme national ne sera pas opérationnel pour les comptes 2006. Quant à la revue des comptes 2005, elle fait apparaître des lacunes importantes en matière d'information comptable.

32575

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

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

Paris : Cour des Comptes : 2006/09 : 418 p.,  
tabl.

Cote Irdes : Bc5539

<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2006/rapport-secu06.pdf>

Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Ce rapport présente une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de Sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes » (article LO 132-3 du code des juridictions financières). La première partie du présent rapport examine ainsi successivement les dépenses, les ressources, les résultats et le financement du solde du régime général au regard des objectifs et prévisions de la loi de financement. Cette partie rend aussi compte des contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes. Renouant avec une pratique antérieure à l'année 2000, la Cour rend également compte des suites apportées à certaines des recommandations qu'elle avait formulées dans ses rapports précédents. La deuxième partie, consacrée à l'examen de divers aspects de la gestion des régimes de Sécurité sociale, comprend cinq chapitres consacrés respectivement au pilotage de la politique hospitalière, à la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), à la gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance, à l'action sociale dans le régime général et aux régimes spéciaux de retraite dans les industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF.

33156

RAPPORT

Sénat. Paris. FRA

**Le principe de sincérité des lois  
de finances et des lois de financement  
de la Sécurité sociale.**

Paris : Sénat : 2006/10 : 81 p.

Cote Irdes : B5638

<http://www.senat.fr/ej/ej01/ej01.pdf>

Avant la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), dont les dispositions n'entrent complètement en vigueur qu'à partir de l'exercice 2006, l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative

aux lois de finances ne comportait aucune définition de la sincérité budgétaire ni de la sincérité des comptes de l'Etat. La LOLF consacre doublement la notion de sincérité comptable. Mais la sincérité comptable ne doit pas être confondue avec la sincérité budgétaire, dont le fondement a longtemps été beaucoup moins solide : les budgets publics ayant essentiellement un caractère de prévision et d'autorisation (consentement à l'impôt et autorisation de dépenser), la priorité était portée sur le respect de la procédure. Le principe de sincérité se confondait alors presque avec celui de régularité, d'autant plus que la logique de moyens prévalait sur la logique de résultats. Le concept de sincérité, bien que désormais affirmé, reste parfois difficile à cerner, s'agissant tant de ce qu'il recouvre que de ce qu'il implique. En effet, ses effets juridiques sont relatifs et réduisent donc sa portée contraignante. La sincérité apparaîtrait plutôt ainsi comme une obligation de moyens, un objectif à atteindre. Il est toutefois probable que la certification des comptes, mission confiée à la Cour des comptes par la LOLF à compter du printemps 2007, se traduira par un renforcement de l'effectivité du principe de sincérité. Cette étude juridique du Sénat tente de faire le point sur ce principe de sincérité.

33157

RAPPORT

MARINI (P.)

Sénat. Commission des Finances. Paris. FRA

**Rapport d'information sur les prélèvements  
obligatoires et leur évolution.**

Paris : Sénat : 2006/10 : 103 p., tabl., ann.

Cote Irdes : B5639

Le débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution se tient chaque année au Sénat avant la discussion du projet de loi de finances. Le rapport de la Commission des finances du Sénat montre que, pour la première fois en 2006, les prélèvements sociaux représentent la majorité absolue des prélèvements obligatoires. Il insiste sur la nécessité d'une approche consolidée des finances publiques et souligne l'impact du vieillissement démographique, qui pourrait porter la dette publique à des niveaux insupportables à en juger par les études réalisées par la Commission européenne. Attirant l'attention sur la tendance à l'augmentation de la part des ressources fiscales dans le total des ressources de la Sécurité sociale qui atteint aujourd'hui 28 %, et sur le caractère complexe et peu compréhensible des relations financières Etat / Sécurité sociale, ce rapport en appelle à une remise à plat du mode de financement de la protection sociale fondée sur la distinction entre les logiques d'assurance (quand les prestations sont liées aux cotisations comme en matière de chômage et de retraite)

et de solidarité (maladie, famille...). Sur cette base, il serait envisageable de fiscaliser complètement, ou très majoritairement, les ressources des branches santé et famille, en conjuguant cette réforme avec la mise en œuvre de la TVA sociale, et faire apparaître des blocs cohérents de recettes afin de mieux responsabiliser les gestionnaires et de clarifier les flux financiers actuels, tout en assurant une évolution des produits conforme à la tendance de progression naturelle des dépenses en cause. Il propose un nouveau compromis social consistant en la révision du système des lois de financement de la Sécurité sociale de 1996, qui doit évoluer afin de permettre une maîtrise globale des finances publiques, et l'intégration au sein du budget de l'Etat des ressources et des charges des branches famille et maladie qui sont majoritairement ou très largement financées par l'impôt, tout en conservant la présence des partenaires sociaux, ceci pourrait être réalisé par la transformation des caisses nationales d'assurance maladie et d'allocations familiales en opérateurs de l'Etat. Une synthèse de ce rapport est en ligne sur le site du Sénat – « Quels prélèvements obligatoires pour quels besoins collectifs ? ».

33779

RAPPORT

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

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 et annexes.**

Paris : MSSPS : 2006 : 111 p., ann.

Cote Irdes : Bc5724 / 1-2-3

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plfss/sommaire.htm> - [http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2007/anx\\_lfss2007.htm](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2007/anx_lfss2007.htm) - <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=>

Chaque année, le PLFSS (projet de loi de financement de la Sécurité sociale) et ses annexes sont déposés sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre. Une fois voté, en décembre, le projet de loi devient la LFSS (Loi de financement de la Sécurité sociale). Celle-ci définit les « agrégats » (recettes des régimes de Sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement, objectifs de dépenses et objectif national de dépenses d'assurance maladie) et fixe le plafond d'emprunt de certains régimes ou organismes; elle comporte aussi les dispositions affectant directement l'équilibre financier des régimes de base de la Sécurité sociale ou améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des LFSS.

## ► Histoire

32538

OUVRAGE

LAOT (L.)

**L'univers de la protection sociale : un héritage en question.**

Paris : L'Harmattan : 2005 : 358 p., index

Cote Irdes : A3461

La protection sociale, désormais reconnue comme un droit, c'est tout un univers. En France, celui-ci s'est organisé autour des trois pôles que sont la Sécurité sociale, l'aide sociale et l'action sociale, afin que les individus disposent d'une couverture des risques inhérents aux aléas de leur existence : maladies, accidents de travail, vieillesse, chômage, charge d'enfants... Mais voilà, par ailleurs, qu'une telle construction typique de l'Etat providence se trouve en question pour de multiples raisons, question de société, lourdes d'enjeux politiques. Explorer cet univers complexe, pour chercher à décrypter les tenants et les aboutissants de ses composantes institutionnelles comme des interrogations actuelles à son propos, tel est l'objectif de ce livre (4<sup>e</sup> de couverture).

32557

OUVRAGE

Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale. Paris.

FRA, Association pour l'Étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale. Paris. FRA

**La Sécurité sociale : des origines à nos jours : exposition commémorative de la création de la Sécurité sociale.**

Paris : La Documentation française : 2006 :

40 p., tabl., graph.

Cote Irdes : B5506

Réalisé dans le cadre des célébrations du 60<sup>e</sup> anniversaire de la Sécurité sociale, ce catalogue présente l'exposition intitulée « la Sécurité sociale : des origines à nos jours », qui retrace l'histoire de cette institution, les évolutions qu'elle a connues ainsi que les défis auxquels elle est confrontée.



## ► Politique de la famille

32733

RAPPORT  
CAZAIN (S.), CREPIN (C.)  
Caisse Nationale des Allocations Familiales.  
(C.N.A.F.). Paris. FRA

**Familles couvertes par les CAF :  
analyse des disparités régionales et  
perspectives d'avenir.**

Paris : Cnaf : 2006/10 : 138 p.  
Cote Irdes : B5598

<http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/VueLien/DOSSIERSSETUDES85?opendocument>

Ce rapport rassemble des données sur les principales évolutions des familles avec enfants, observées sur 10 ans de 1993 à 2003. Sont analysés : l'évolution des familles et des enfants au niveau national, les caractéristiques territoriales des familles, la situation économique des familles et l'impact des politiques des Caisses d'allocation familiale, les perspectives d'avenir.

33742

OUVRAGE  
DAMON (J.)

**Les politiques familiales.**

Paris : Presses Universitaires de France, 2006,  
124 p. : Que sais-je ; n° 3776.  
Cote Irdes : A3511

Les politiques publiques en faveur des familles recouvrent une grande diversité de prestations, de mécanismes, d'équipements, d'acteurs, de financements. Elles reposent sur des conceptions de la famille et de l'enfant qui ont évolué dans le temps et divergent suivant les pays. Face aux mutations récentes des structures et des aspirations familiales, ces politiques sont invitées à se réformer.

## ► Protection complémentaire

33275

RAPPORT  
DUFOUR-KIPPELEN (S.), LEGAL (A.),  
WITTEWER (J.)  
Université Paris Dauphine. Laboratoire  
d'Économie et de Gestion des Organisations  
de Santé. (L.E.G.O.S.). Paris. FRA  
Fonds de Financement de la Protection  
Complémentaire de la Couverture Universelle  
du Risque Maladie. Paris. FRA

**Comprendre les causes du non-recours  
à la CMUC : rapport final.**

Paris : Fonds cmu : 2006 : 79 p., 7 ann.  
Cote Irdes : B5648

Le LEGOS (Université Paris - Dauphine) analyse les origines du non-recours à la CMU complémentaire, à partir des données de l'IRDES et avec la collaboration du bureau du RMI du Département de Paris (espace insertion du XI<sup>e</sup> arrondissement). Le non-recours concerne environ le quart des bénéficiaires potentiels.

33276

RAPPORT  
Observatoire des Non-Recours aux Droits  
et Services. (O.D.E.N.O.R.E.).  
Saint-Martin d'Hères. FRA  
Fonds de Financement de la Protection  
Complémentaire de la Couverture Universelle  
du Risque Maladie. Paris. FRA

**Le non recours à la couverture maladie  
universelle complémentaire des allocataires  
du RMI : mesure et analyse.**

Paris : Fonds CMU : Saint-Martin d'Hères :  
ODENORE : 2006 : 32 p.  
Cote Irdes : B5649

[http://www.cmu.fr/userdocs/Non-recours\\_ODENORE.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Non-recours_ODENORE.pdf)

A partir d'informations issues de Cpm et de Caf, ainsi que d'entretiens téléphoniques avec des bénéficiaires du RMI, l'ODENORE (MSH-Alpes, CNRS, IEP Grenoble) cet apport analyse les raisons pour lesquelles ces derniers n'ont pas eu recours au bénéfice de la CMU complémentaire, alors qu'ils y avaient accès de plein droit.

32598

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

**Évolution du prix et du contenu des  
contrats ouvrant droit au crédit d'impôt  
(en application de l'article L863-5 du  
Code de la Sécurité Sociale).**

Paris : Fonds CMU : 2006 : 54 p.  
Cote Irdes : B5651, R1645

[http://www.cmu.fr/userdocs/CI\\_Prix\\_Contentu.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/CI_Prix_Contentu.pdf)

Selon l'article L. 863-5 du code de la Sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt ». Pour répondre à cette demande, le Fonds a exploité les données de 13 organismes complémentaires concernant 25 126 contrats. Ces contrats couvrent 44 991 bénéficiaires qui représentent plus de 25% des bénéficiaires du crédit d'impôt (base : déclarations de la contribution au financement de la CMU du 4<sup>ème</sup> trimestre).

tre 2005). Cette enquête, bien qu'expérimentale, est donc basée sur une proportion significative des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt (CI).

## ► Retraite

33595

RAPPORT

DUMAS (P.), AUBRY (E.),  
CHEVALLEREAU (J.F.), LAFFITTE (M.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale  
des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA

**Note de la mission conjointe sur l'évolution  
de la législation relative aux mises à la re-  
traite d'office.**

Paris : IGAS : 2006/11 : 23 p.

Cote Irdes : C, B5712

[http://www.lesechos.fr/me-  
dias/2006/1205/300120550.pdf](http://www.lesechos.fr/me-dias/2006/1205/300120550.pdf)

Par lettre de mission en date du 25 octobre 2006, le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de la santé et des solidarités ont chargé l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales de procéder à un examen de l'évolution de la législation relative aux mises à la retraite d'office et à ses conséquences sur le régime fiscal et social des indemnités versées à l'occasion du départ en retraite.

33596

RAPPORT

Sénat. Paris. FRA

**Les pensions de réversion.**

*Législation comparée*

Paris : Sénat : 2006/12 : 43 p.

Cote Irdes : B5713

<http://www.senat.fr/lc/lc167/lc167.pdf>

La diversité des règles appliquées par les régimes de retraite français conduit à s'interroger sur les dispositions étrangères. Cette note étudie les mécanismes de réversion en vigueur dans quelques pays européens en choisissant des pays dont les systèmes de retraite restent marqués par des conceptions différentes de la protection sociale et où les taux d'activité professionnelle des femmes sont contrastés. L'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède ont été retenus. Seules, les mesures concernant les salariés ont été analysées. Avant l'examen des règles de réversion, les principales composantes de la pension de retraite des salariés dans les sept pays sont

présentées. Ensuite pour chacun de ces pays, sont étudiées les règles de réversion appliquées par le régime général ainsi que celles mises en œuvre par les régimes complémentaires.

33736

RAPPORT

MARINI (P.)

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

**L'épargne retraite en France trois ans  
après la « loi Fillon » : quel complément  
aux régimes de retraite par répartition :  
rapport d'information sur l'épargne retraite.**

Paris : Sénat : 2006 : 129 p., tabl., ann.

Cote Irdes : B5720

<http://www.senat.fr/rap/r05-486/r05-486.html>

Au cours de sa séance du 11 décembre 2006, le Sénat a adopté, sur l'initiative de Philippe Marini, rapporteur général de la commission des finances, un amendement au projet de loi de finances pour 2007 afin d'encourager le développement de l'épargne retraite. Actuellement, les cotisations d'épargne retraite sont déductibles du revenu dans la limite d'un plafond individuel. L'amendement adopté permettrait de déduire les cotisations d'épargne retraite dans la limite d'un plafond familial, procédant ainsi à la « familialisation » des droits à déduction au titre de l'épargne retraite. Cette mesure fait suite à une des propositions de Philippe Marini dans son récent rapport d'information sur l'épargne retraite présenté au nom de la commission des finances du Sénat.

32590

RAPPORT

DIEULEVEUX (T.), MATTERA (M.H.)

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

**Analyse des liens entre la CANCAVA et  
l'ORGANIC et les mutuelles dédiées à ces  
secteurs professionnels.**

Paris : IGAS : 2005/10 : 80 p.

Cote Irdes : B5582

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/  
BRP/064000729/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000729/0000.pdf)

Par lettre en date du 27 mai 2005, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille saisissait l'Inspection générale des affaires sociales d'une demande de mission visant à analyser « les liens entre les régimes d'assurance vieillesse obligatoires des artisans (CANCAVA) et des commerçants (ORGANIC) d'une part et les mutuelles dédiées à ces secteurs professionnels d'autre part ». La mission s'est attachée à ana-

lyser la compatibilité des missions exercées par les caisses pour le compte des mutuelles avec les règles existant en matière de concurrence, mais également avec celles existant en matière sociale dans le code du travail et dans le code de la Sécurité sociale.

## ► Sécurité sociale

33302

OUVRAGE  
FREMONT (C.)

### **Adieu Sécu!**

Paris : Le Cherche Midi : 2006 : 213 p.  
Cote Irdes : A3497

« Chevalier blanc », « Zorro » ou « Lucky Luke » : les surnoms n'ont pas manqué pour qualifier Claude Frémont, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Nantes. Il quitte la Sécu en jetant un ultime pavé dans la mare. Son cheval de bataille? La lutte contre les fraudes à la Sécurité sociale. Les psychiatres qui consultent 365 jours par an; les pharmaciens qui fabriquent de fausses vignettes; les centres de thalasso qui font rembourser les visites médicales, etc. Claude Frémont a traqué petits et grands arnaqueurs avec, pour seul objectif, la défense de ce qui fut l'une des plus belles conquêtes de la Libération : le système français de protection sociale. Mais pourquoi celui qui a consacré trente ans de sa vie à la Sécu abandonne-t-il le combat? L'esprit n'y est plus. Il en a assez des réformes inutiles, des solutions à l'emporte-pièce, du double discours. Assez des démagogues qui font croire que leur réforme bouchera enfin le trou de la Sécu. L'urgence est à l'action. Claude Frémont en est convaincu : on ne changera rien si on ne change pas tout. Pour sauver la Sécu, « croyons à l'impossible et rêvons un instant... » (Résumé d'auteur).

## ► Dépistage

33566

OUVRAGE  
HOLLAND (W.W.), STEWART (S.),  
MASSERIA (C.)  
European Observatory on Health Systems  
and Policies. Bruxelles. BEL

### **Screening in Europe.**

*Le dépistage en Europe.  
Policy Brief.*

Bruxelles : European Observatory on Health  
Systems and Policies : 2006 : 68 p., fig.  
Cote Irdes : A3505

The concept of screening in health care - that is, actively seeking to identify a disease or pre-disease condition in individuals who are presumed and presume themselves to be healthy - grew rapidly during the twentieth century and is now widely accepted in most of the developed world. Used wisely, it can be a powerful tool in the prevention of disease. But it is essential to observe the long-established principles and criteria and resist the introduction of screening practices that do not meet these requirements. We begin this summary by outlining the historical background to screening and by looking at some definitions of the practice based on experience in the United States and the United Kingdom but relevant more widely. We go on to examine the criteria for screening and its evaluation and the benefits and disadvantages of the practice. We then consider a number of key issues that are relevant at all stages and to every type of screening in any country. Finally, we look at current screening practices within the European Union (EU), using the United Kingdom as a model, before drawing a number of general conclusions.

[www.euro.who.int/Document/E88698.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E88698.pdf)

## ► Dépistage prénatal

29265

RAPPORT  
SUREAU (C.), HENRION (R.)  
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la  
Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

### **Rapport du Comité National Technique de l'Echographie de Dépistage Prénatal.**

Paris : MSSPS : 2005/04 : 175 p.  
Cote Irdes : C, B4929

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000356/0000.pdf>

Conscient que l'échographie contribue à réduire la mortalité et la morbidité périnatales, les handicaps d'origine périnatale et la mortalité maternelle, le Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal constate néanmoins que les professionnels souffrent de l'insuffisante reconnaissance de cette activité dans le dispositif périnatal. Il regrette par ailleurs une répartition géographique et une qualité inégales de l'offre de soins. Pour permettre aux familles l'égal accès à des soins de qualité homogène en matière d'échographie fœtale, le Comité recommande : de favoriser la qualité des actes, de motiver les praticiens en leur assurant des conditions matérielles et juridiques acceptables, en secteur libéral comme en secteur public, de former les nouvelles générations de praticiens et enfin d'inscrire dans la durée l'échographie fœtale au sein de la politique de médecine périnatale (résumé d'auteur).

## ► Disease Management

33348

RAPPORT

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

**Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management ».**

Paris : IGAS : 2006/09 : 106 p., ann.  
Cote Irdes : B5682

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000763/0000.pdf>

Le rapport analyse les objectifs, les modalités et les résultats du « disease management » (DM) aux USA ainsi qu'en Angleterre et en Allemagne avant de tenter d'en dégager des enseignements pour la France. Le disease management concerne plusieurs pathologies chroniques parmi lesquelles le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire chronique, l'asthme et l'insuffisance coronarienne. Développé à l'origine autour d'une pathologie particulière, les programmes actuels visent à intégrer la prise en compte des comorbidités. Le DM a pour objectif principal de favoriser une meilleure prise en charge par les malades eux-mêmes de leur pathologie. Il développe une démarche d'éducation thérapeutique visant à améliorer les connaissances et les compétences des patients. Il vise aussi, en soutenant leur motivation (coaching) à aider les patients à adopter des comportements adaptés soit en terme d'observance des traitements, soit en terme de style de vie (diété-

tique, exercice physique, tabagisme...). Les programmes visent également à favoriser la coordination des soins (aide à l'orientation du patient, préparation des consultations, planification des soins). Enfin, dans certains cas et pour certains patients, à travers des dispositifs de monitoring à domicile, le DM intervient comme un système d'alerte (Résumé d'auteur).

## ► Handicap

33738

RAPPORT

Conseil de l'Europe. Comité d'Experts sur la Prévention des Handicaps liés aux Maladies Chroniques. (P.RR.PREV). Strasbourg. FRA

**Prévention des handicaps liés aux maladies chroniques.**

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2006 : 227 p., ann.

Cote Irdes : A3507

Le tableau mondial de la morbidité évolue au profit des affections chroniques, alors que la majorité des systèmes de santé continuent de privilégier les soins curatifs et ceux pour affections aiguës plutôt que la continuité des soins. Les besoins sanitaires de la population mondiale vont connaître des changements encore plus profonds, les maladies non transmissibles devenant la première cause de handicap. Ce rapport, élaboré par un comité d'experts du Conseil de l'Europe, propose des moyens de prévention les plus appropriés visant la réduction des handicaps dérivés de maladies chroniques. Parmi les recommandations formulées, figurent la mise en œuvre de programmes d'intervention individualisés à caractère psychosocial pour favoriser le plein épanouissement de la personne handicapée et des mesures en vue de favoriser sa pleine intégration sociale.



## ► Politique de prévention

33856

RAPPORT

TOUSSAINT (J.F.) / prés.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Commission d'Orientation Prévention. (C.O.P.). Paris. FRA

**Stratégies nouvelles de prévention.  
Rapport de la Commission d'Orientation  
Prévention.**

Paris : M.S.S.P.S. : 2006/12, 217 p.

Cote Irdes : B5749

[http://www.sante.gouv.fr/html/actu/toussaint\\_151206/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/toussaint_151206/rapport.pdf)

Ce rapport présente l'état des lieux au décours des assises nationales, des éléments de réflexion sur les démarches de prévention dans le système de soins français et des perspectives concernant les évolutions à terme. Il se développe en neuf thèmes et autant de chapitres dont chacun débute par une synthèse, suivie de l'exposé détaillé. Ses conclusions sont les suivantes. La prévention et l'éducation pour la santé, incluant l'éducation du patient, doivent être mieux prises en compte par le système de protection sociale. Les démarches de prévention et d'éducation pour la santé doivent tenir compte des motivations comportementales individuelles et des déterminants environnementaux. La territorialisation individuelle, ainsi que des déterminants des politiques de prévention et d'éducation pour la santé doivent être développées. La recherche, la formation et l'évaluation dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé doivent être significativement renforcées. Enfin, la réduction des inégalités de santé qui inspire les quatre axes précédents doit faire l'objet d'une approche spécifique.

32591

RAPPORT

TOUSSAINT (J.F.) / pres.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Commission d'Orientation Prévention. (C.O.P.). Paris. FRA

**Stratégies nouvelles de prévention  
de la Commission d'Orientation Prévention :  
rapport d'étape.**

Paris : M.S.S.P.S. : 2006/09/11 : 101 p.

Cote Irdes : B45583

Bien qu'elle bénéficie de l'espérance de vie la plus élevée après 60 ans, la France souffre d'une mortalité prématurée élevée (avant 65 ans) ainsi que d'inégalités de santé croissantes. Sur la base de ce constat et dans un objectif de

renforcement de la dynamique de prévention en santé, la Commission d'orientation prévention, présidée par Jean-François Toussaint, propose, dans ce rapport préliminaire, un état des lieux, des éléments de réflexion sur les démarches de prévention dans le système de soins français et des perspectives concernant les évolutions à terme. Le rapport se développe en huit thèmes et autant de chapitres dont chacun débute par une synthèse, suivie de l'exposé détaillé : parcours de prévention et protection sociale; inégalités de santé et organisation territoriale; promotion de la santé en milieu de travail; promotion de la santé en milieu scolaire; éducation du patient et maladies chroniques; outils et méthodes de dépistage; recherche, évaluation, formation; déterminants environnementaux. Sont ensuite présentées les recommandations de la commission, ainsi que les propositions d'actions.

32539

OUVRAGE

BOUQUET (B.) / dir.

**La prévention : concept, politiques,  
pratiques en débat.**

Paris : L'Harmattan : 2005 : 181 p.

Cote Irdes : A3462

Recette de bon sens, outil de la pratique, la prévention est également devenue un référentiel d'action publique. Mais la mise en œuvre n'est pas à la mesure des annonces et les pratiques de prévention sont réinterrogées. Il s'agit ici de : revisiter le concept de prévention dans sa dimension cognitive, analyser les pratiques de prévention dans leurs effets explicites comme implicites, identifier les enjeux et les paradoxes. Cette approche s'intéresse particulièrement aux champs du sanitaire et du social (protection de l'enfance, délinquance juvénile, éducation spécialisée) (4<sup>e</sup> de couverture).

## ► Comptes nationaux de la santé

33355

### RAPPORT

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

#### **Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale - CCSS. Résultats 2005 - Prévisions 2006 et 2007.**

Paris : La Documentation française : 2006/09 : 514 p., tabl., graph., carte  
Cote Irdes : C, Bc5687

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2006/ccss200609synth.pdf>

Ce rapport présente les comptes de la Sécurité sociale du régime général pour l'année 2005 et les prévisions actualisées pour 2006 et 2007. Le rapport s'organise autour d'une synthèse, d'un avant-propos réunissant les principaux résultats et de fiches organisées par thème. Un éclairage est proposé sur la situation financière de l'assurance maladie allemande et britannique ; la prise en charge des assurés au titre d'une ALD ; les dispositifs gérés par le Fonds CMU ; le mode de rémunération des pharmaciens ; l'automédication en France et à l'étranger.

32699

### RAPPORT

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

#### **Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale - CCSS. Résultats 2005 - Prévisions 2006 et 2007 : rapport provisoire : tome 1 et tome 2.**

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 2006/09 : 273 p., tabl., graph.  
Cote Irdes : Bc5589 / 1/2

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2006/ccss200609synth.pdf>

Ce rapport présente les comptes de la Sécurité sociale du régime général pour l'année 2005 et les prévisions actualisées pour 2006 et 2007. Le rapport s'organise autour d'une synthèse, d'un avant-propos réunissant les principaux résultats et de fiches organisées par thème. Un éclairage est proposé sur la situation financière de l'assurance maladie allemande et britannique ; la prise en charge des assurés au titre d'une ALD ; les

dispositifs gérés par le Fonds CMU ; le mode de rémunération des pharmaciens ; l'automédication en France et à l'étranger... Le second tome présente quant à lui les comptes des autres régimes.

## ► Coût de la maladie

33322

### RAPPORT

SUHRCKE (M.), NUGENT (R.), STUCKLER (D.), ROCCO (L.)  
The Oxford Health Alliance. (O.X.H.A.). Londres. GBR

#### **Chronic disease : an economic perspective.**

*Maladie chronique : une perspective économique.*

Londres : OXHA : 2006 : 59 p.  
Cote Irdes : B5661

<http://www.oxha.org/initiatives/economics/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf>

Chronic diseases account for the greatest share of early death and disability worldwide. Over the next few decades this burden is projected to rise particularly fast in the developing world. The lack of research on the economic implications of chronic disease contrasts with the available knowledge on the sheer epidemiological burden of the problem. This paper assesses and evaluates the current state of knowledge, with a primary focus on low- and middle-income countries, and a secondary focus on high-income countries (where information on the former is lacking). Very few such attempts have been undertaken, especially with an interest in developing countries. Thus a critical review of the available evidence is a necessary first step in exploring the case for governments and donors to invest in chronic disease prevention and in clarifying areas in which further research is required. As the evidence is complex, the report should meet the needs of technical audiences for whom detailed knowledge is central as well as be accessible and useful to those for whom synthesised understandings are sufficient.

## ► Dépenses pharmaceutiques

33323

RAPPORT  
*REDWOOD (H.)*  
The Pharmaceutical Research and  
Manufacturers of America. (PHRMA).  
Washington DC. USA

***What goes into the cost of prescription  
drugs?... and other questions about your  
medicines.***

*Quels sont les éléments attribuables au coût  
des prescription des médicaments... et autres  
questions relatives aux médicaments.*

Washington : Phrma : 2006/04 : 18 p., 17 fig.  
Cote Irdes : B5662

[http://www.phrma.org/files/Cost\\_of\\_Perscription\\_Drugs.pdf](http://www.phrma.org/files/Cost_of_Perscription_Drugs.pdf)

L'objectif de ce rapport est d'évaluer la part des médicaments dans l'augmentation du coût des maladies.

33845

RAPPORT  
National Institute for Health Care Manage-  
ment Research and Educational Foundation.  
(N.I.H.C.M.). Washington. USA

***Prescription drug expenditures in 2000.  
The upward trend continues.***

*Les dépenses pharmaceutiques à l'horizon  
2000. La tendance à la hausse continue.*

Washington : NIHCM : 2001/05 : 24 p., tabl.,  
graph.

Cote Irdes : B5743

<http://www.nihcm.org/InnovationsPR.html> - <http://www.nihcm.org/innovations.pdf>

This report presents data and analysis on the retail sales and average price of individual prescription drugs and categories of drugs in 1999 and 2000. And it assesses the increase in prescription drug expenditures between the two years.

## ► FAQSV

32583

RAPPORT  
*DANIEL (C.), DELPAL (B.), DUHAMEL (G.),  
LANNELONGUE (C.)*  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

**Contrôle et évaluation du fonds d'aide à  
la qualité des soins de ville (FAQSV) et de  
la dotation de développement des réseaux  
(DDR) : rapport de synthèse - rapport  
définitif.**

Paris : IGAS, 2006, 78 p., ann.

Cote Irdes : B5588

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000726/0000.pdf>

Ce rapport propose une analyse du fonctionnement et un bilan des résultats obtenus par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Le FAQSV, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), a vocation à financer toute action participant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé. La DNDR a vocation à financer des réseaux de santé sur une période de 3 ans. Le rapport jugeant le bilan de ces deux dispositifs très décevant, il est suivi en annexe des réponses de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la CNAMTS.

## ► Vieillessement

33320

RAPPORT  
Standard & Poors. Londres. GBR

***As Europe's health spending rises,  
sovereigns will suffer, but private health  
care should thrive.***

*Alors que les dépenses de santé grimpent  
en Europe, les États en pâtiront mais les  
entreprises de santé devraient prospérer.*

Londres : Standard & Poor's : 2006 : 8 p.,  
tabl., graph.

Cote Irdes : B5659

<https://www2.standardandpoors.com/servlet/Satellite?>

Ce rapport réalisé par la société de notation financière Standard & Poor's note que les dépenses en soins de santé et en particulier ceux liés aux affections de longue durée (ALD) vont pe-

ser sur les performances nationales en termes d'économie et de fiscalité. Ces dépenses sont néanmoins une opportunité à saisir pour toutes les entreprises européennes qui font de la santé leur cœur de métier, surtout si l'on s'oriente vers une dérégulation attendue des bénéficiaires du secteur privé. Selon un scénario « d'endiguement », les dépenses de santé en Europe devraient augmenter de 3,3% du PIB entre 2005 et 2050, mais un scénario « de pression des prix » prévoit une hausse de 6,1% du PIB. Standard & Poor's souligne les « conséquences dramatiques » pour les différents États tout en précisant qu'il ne s'agit pas là de prévisions, seulement d'un moyen de « révéler la dimension du travail que les États vont devoir accomplir pour contrôler les coûts, en particulier dans les dépenses liées à l'âge, que ce soit en termes de santé ou de pensions ». D'où le rôle important que peuvent jouer les firmes européennes en « réduisant la pression sur les finances publiques ».

## INDICATEURS DE SANTÉ

### Alcoolisme

32698

RAPPORT

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

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

**Identification et mesure des problèmes  
d'alcool en France : une comparaison de  
deux enquêtes en population générale.**

Paris : IRDES : 2006/09 : 105 p., 9 tabl.,  
24 graph.

Cote Irdes : R1600, QES 97

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum97.pdf>

Dans le but de mieux mesurer et comprendre les comportements de consommation excessive d'alcool, l'Enquête santé et protection sociale 2002 de l'IRDES et l'Enquête santé 2002-2003 de l'INSEE, menées en population générale, ont intégré le test AUDIT-C. Ce document décrit la méthodologie de construction des profils d'alcoolisation et étudie l'influence de la méthode de recueil sur les résultats. Il s'agit d'une première étape s'inscrivant dans une problématique générale sur les relations entre caractéristiques socio-économiques, état de santé et consommation d'alcool.

33739

OUVRAGE

BATEL (P.)

**Pour en finir avec l'alcoolisme :  
réalités scientifiques contre idées reçues.**

Paris : Éditions de la découverte ; Paris :

INSERM : 2006 : 214 p., ann.

Cote Irdes : A3508

Alors que l'alcoolisme affecte 5 millions d'individus en France et en tue 45 000 chaque année, cette maladie semble toujours subir les mêmes préjugés. Pourtant, au cours des cinquante dernières années, la recherche en alcoologie a considérablement progressé et a permis de fournir des connaissances scientifiques aujourd'hui solidement étayées. En s'appuyant sur la synthèse de ces données, publiées dans des expertises collectives de l'Inserm, et sur son expérience de praticien, le docteur Philippe Batel expose ici de façon accessible les principaux progrès que la recherche en alcoologie a accompli, par l'exploration des circuits neuronaux, la biologie, la génétique, la psychologie, le comportementalisme et l'étude du fonctionnement des sociétés. Destiné aux personnes qui sentent que leur relation à l'alcool n'est pas toujours « saine », à celles déjà dépendantes, à leur entourage, mais aussi aux professionnels du secteur médical et médico-social, cet ouvrage permet d'appréhender les différents niveaux de risque face à une alcoolisation excessive, de comprendre les mécanismes de vulnérabilité, de dépendance et de codépendance et de connaître les différents traitements existants ; il donne ainsi accès aux vérités scientifiques face aux nombreuses idées reçues, pour « en finir avec l'alcoolisme ».

### Bilan

32570

RAPPORT

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

Direction de la Recherche - des Études  
et de l'Évaluation Statistique. (D.R.E.E.S.).

Paris. FRA

**Données sur la situation sanitaire  
et sociale en France en 2005.**

Paris : La documentation française :

2005 : 317 p., tabl., graph., carte.

Cote Irdes : Ac3470

Les données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 sont issues d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cet ouvrage collectif est réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et fournit,



dans le contexte de la mise en œuvre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, des données sur le suivi des objectifs de santé publique, assorties de la liste des indicateurs quantitatifs qui seront régulièrement produits et analysés. L'appréciation de l'état sanitaire de la France repose d'abord sur le suivi et l'analyse des données statistiques d'ensemble : espérance de vie, espérance de vie à 65 ans, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée et globale, années potentielles de vie perdues, ou encore santé perçue et recours aux soins qui sont la base des comparaisons internationales et servent à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français. Ces données de cadrage sont complétées des données spécifiques aux principaux problèmes de santé analysés dans l'ouvrage. Un panorama des établissements de santé présente des données de cadrage relatives aux capacités d'accueil, à l'activité et aux personnels travaillant dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Sont également décrits l'activité des plateaux techniques (chirurgie, anesthésie, imagerie), certains éléments spécifiques à l'activité hospitalière (maternités, urgences, radiothérapie...) ainsi que la situation économique du secteur.

## ► Drogues

33740

RAPPORT

NEGREIROS (G.)

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

***Psychological drug research : current themes and future developments.***

*La recherche en psychologie sur les drogues : questions actuelles et perspectives.*

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2006 : 88 p., ann.

Cote Irdes : A3509

La présente étude a pour objet de présenter les derniers résultats de la recherche en psychologie dans le domaine des drogues. Elle porte sur trois grands thèmes : les traits de personnalité, les troubles de la personnalité et les psychopathologies comorbides, les effets attendus de l'alcool et des drogues. Elle examine les principaux aspects conceptuels, théoriques et méthodologiques de chacun de ces domaines. Une dernière partie traite des questions relatives aux limites et aux perspectives de ce secteur de recherche.

33338

RAPPORT

OBRADOVIC (I.)

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Saint-Denis. FRA

***Consultations cannabis :***

***Enquête sur les personnes accueillies en consultation en 2005.***

Saint Denis : OFDT : 2006/09 : 100 p., 29 fig., 34 tabl.

Cote Irdes : B5679

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

L'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis a été menée en 2005, auprès de 4 200 consultants (consommateurs ou entourage d'un consommateur). La première partie du rapport décrit le contexte et les objectifs de l'enquête, ainsi que les caractéristiques de l'échantillon. La deuxième partie trace le profil socio-démographique des consultants accueillis un mois donné. La troisième partie s'intéresse aux profils de consommation, du point de vue de la fréquence, de l'intensité et de l'âge d'expérimentation de l'usage de cannabis, en détaillant également les consommations associées d'alcool, de tabac et d'ecstasy. La quatrième partie aborde l'origine du recours à la consultation cannabis : démarche spontanée, suggestion de l'entourage ou orientation judiciaire. Les spécificités de cette dernière population y sont analysées en détail. La cinquième partie explore les facteurs associés au diagnostic d'usage et pose la question des critères d'élaboration d'un diagnostic d'usage à risque, nocif ou de dépendance cannabique. Enfin, la sixième partie caractérise le suivi offert en consultation cannabis, en cartographiant les pratiques professionnelles en vigueur, du point de vue de l'orientation vers d'autres structures, de l'utilisation de tests de repérage de l'usage problématique, etc.

## ► Épidémiologie

32757

RAPPORT

GEOFFROY-PEREZ (B.)

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

Saint-Maurice. FRA

***Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Échantillon démographie permanent : Étude pour la mise en place du programme Cosmop : Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession.***

Saint-Maurice : IVS : 2006/09 : 158 p., tabl.

Cote Irdes : P159

[http://www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport\\_cosmop / rapport\\_cosmop.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop / rapport_cosmop.pdf)

Le programme Cosmop consiste à mettre en place une cohorte de surveillance systématique de la mortalité par profession et par secteur d'activité en population générale. Cette étude descriptive s'est appuyée sur l'Echantillon démographique permanent (EDP), représentant environ 1% de la population française, constitué par l'Insee en 1968 et alimenté au cours du temps des informations sociodémographiques et professionnelles issues des bulletins d'état-civil et de recensement. La cause de 97% des décès observés a été retrouvée. Des risques relatifs (RR) de décès ont été systématiquement calculés par cause pour chaque secteur d'activité par rapport aux autres secteurs. La mortalité globale et par cause de décès chez les 137 860 hommes (35 968 décès) et les 105290 femmes (13797 décès), ayant eu une activité professionnelle connue au cours de la période d'étude et retenus après validation des données, est présentée. On observe une surmortalité relative plutôt marquée dans les secteurs industriels et de production, tandis qu'une sous-mortalité relative est observée dans le secteur agricole et pour certains secteurs du commerce et des services. Cette étude propose pour la première fois des indicateurs de mortalité par cause et par secteur d'activité professionnelle pour l'ensemble de la population française (Résumé d'auteur).

## ► Facteurs de risque

33112

RAPPORT

MURRAY (C.J.L.) / éd., LOPEZ (A.D.) / éd.,  
MATHERS (C.D.) / éd., EZZATI (M.) / éd.,  
JAMISON (D.T.) / éd.

Banque Mondiale. Washington DC. USA

**Global burden of disease and risk factors.**

*Le fardeau global de la maladie et  
les facteurs de risque.*

Washington : Banque mondiale ; New York :  
Oxford University Press : 2006 : 906 p., tabl.,  
index.

Cote Irdes : A3489

This book emerges from two separate, but intersecting, strands of work that began in the late 1980s, when the World Bank initiated a review of priorities for the control of specific diseases. The review generated findings about the comparative cost-effectiveness of interventions for most diseases important in developing countries. The purpose of the cost-effectiveness analysis (CEA) was to inform decision making within the health sectors of highly resource-constrained coun-

tries. This process resulted in the publication of the first edition of Disease Control Priorities in Developing Countries (DCP1). Also important for informing policy is a consistent, quantitative assessment of the relative magnitudes of diseases, injuries, and their risk factors. DCP1 included an initial assessment of health status for low- and middle-income countries as measured by deaths from specific causes; importantly, the numbers of cause-specific deaths for each age-sex group were constrained by the total number of deaths as estimated by demographers. This consistency constraint led to downward revision of the estimates of deaths from many diseases. These two strands of work-CEA and burden of disease-were further developed during preparation of the World Development Report 1993 : Investing in Health. This report drew on both the CEA work in DCP1 and on a growing academic literature on CEA. In addition, the World Bank invested in generating improved estimates of deaths and the disease burden by age, cause, and region for 1990. Over the past six years, the World Health Organization has undertaken a new assessment of the global burden of disease for 2000-2. The World Health Organization has also invested in improving the conceptual, methodological, and empirical basis of burden of disease assessments and the assessment of the disease and injury burden from major risk factors. During 1999-2004, the authors of this volume and many collaborators from around the world worked intensively to assemble an updated, comprehensive assessment of the global burden of disease and its causes. The Global Burden of Disease and Risk Factors is the definitive, scientific account of these efforts and of the health conditions of the world's population at the beginning of the 21st century. This book includes a full account of methods, the complete results of recent work, and an assessment of trends for total mortality and for major causes of death among children under five. In addition, two chapters cover sensitivity and uncertainty analyses in relation to a broad range of potentially important parameters.

## ► Morbidité ressentie

33134

RAPPORT

DAUPHINOT (V.), NAUDIN (F.), GUEGUEN (R.)  
SERMET (C.), PERRONNIN (M.)

Centre Technique d'Appui et de Formation  
des Centres d'Examens de Santé. (C.E.T.A.F.).  
Saint-Étienne. FRA

**Biais de participation et confrontation  
des données de santé déclarées lors de  
l'Enquête décennale santé 2002-2003  
et mesurées dans les CES de l'Assurance  
maladie : obésité, hypertension artérielle,  
hypercholestérolémie et troubles de  
l'audition.**

Saint Etienne : Cetaf : 2006/11 : 63 p., 4 fig.,  
23 tabl.

Cote Irdes : B5653, QES 114

[http://www.cetaf.asso.fr/publications/RE\\_EDS.pdf](http://www.cetaf.asso.fr/publications/RE_EDS.pdf)

Réalisée en collaboration avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), cette étude confronte les données d'état de santé déclarées dans l'enquête décennale de santé (EDS), menée par l'INSEE en 2002-2003, aux données recueillies lors de l'examen de santé des CES en 2002-2003. À partir d'un échantillon de personnes ayant à la fois répondu à une enquête santé par interview et accepté de réaliser ensuite un examen médical, cette étude compare les prévalences relevées dans ces deux sources pour trois facteurs de risque cardiovasculaire : obésité, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Quel que soit le problème de santé considéré, les individus sous-déclarent leurs troubles. Ils sont au contraire très peu à déclarer un problème alors que l'examen médical est négatif. Ainsi, une personne sur trois a déclaré une taille et un poids erronés conduisant à une sous-estimation de la prévalence de l'obésité ; près d'une personne sur deux souffrant d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie n'en a pas fait état lors de l'enquête. Dans le cas de l'obésité, la sous-déclaration semble liée à un léger défaut d'évaluation, volontaire ou non. En revanche, la très forte sous-déclaration de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie apparaît plus inquiétante car elle traduit une probable méconnaissance du problème, faute de dépistage.

## ► Obésité

33370

RAPPORT

Institut Roche de l'Obésité. Neuilly-sur-Seine.  
FRA, Institut National de la Santé et de la  
Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.) U258.  
Paris. FRA, TNS-Sofres. Montrouge. FRA

**Obépi-Roche 2006 : enquête  
épidémiologique nationale sur le surpoids  
et l'obésité.**

Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité :  
2006/09/19 : 50 p.

Cote Irdes : C, B5591bis

Ce rapport présente les résultats de la quatrième enquête ObEpi, qui fait suite aux précédentes enquêtes menées par l'Institut Roche de l'Obésité, en collaboration avec l'INSERM U258, et la Sofres. Les objectifs restent les mêmes. Il s'agit de situer : la prévalence du surpoids chez les adultes français de 15 ans et plus en 2006, l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 1997, la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire et métabolique associés en fonction de l'indice de masse corporelle et leur évolution depuis 1997, la prévalence de l'obésité et des risques associés chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, ce dossier de presse en présente les principaux résultats.

## ► Sociologie de la santé

32730

OUVRAGE

BAUDELLOT (C.), ESTABLET (R.)

**Suicide : l'envers de notre monde.**

Paris : Editions du Seuil : 2006 : 264 p., tabl., fig.  
Cote Irdes : A3479

Le suicide demeure un phénomène exceptionnel. En France, la probabilité annuelle de se suicider est de 0,02%. Néanmoins, ce phénomène, en constante augmentation depuis 1975, n'est pas marginal. En cumulant les taux de suicide annuels pour la cohorte 15-74 ans, la probabilité de se suicider pour un individu de cette génération est de 2% pour un homme et 0,7% pour une femme. A la fois en raison de cette persistance statistique et des changements sociaux majeurs intervenus depuis la fin du XIXe siècle, il semble nécessaire de revisiter l'analyse d'Emile Durkheim. Dans un premier temps, C. Baudelot et R. Establet partent de la relation entre le suicide et la richesse établie par Durkheim. Dans un second temps, C. Baudelot et R. Establet

analysent la modification de la structure par âge du suicide. Dans un troisième temps, les auteurs s'attaquent à l'effet du genre.

## ► Surdité

33152

OUVRAGE

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

**Déficits auditifs : recherches émergentes et applications chez l'enfant.**

Paris : INSERM : 2006 : 139 p., tabl., fig.

Cote Irdes : A3494

[http://ist.inserm.fr/basisrapports/deficits-audi/deficits-audi\\_synthese.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/deficits-audi/deficits-audi_synthese.pdf)

En France, la surdité touche chaque année près de huit cents nouveau-nés. Elle a des conséquences sur l'acquisition du langage de l'enfant et affecte son développement intellectuel, professionnel et socio-affectif. Les surdités sévères ou profondes représentent environ un quart des surdités présentes à la naissance et environ trois quarts des enfants sourds ont une surdité d'origine génétique. Les pouvoirs publics sont particulièrement attentifs aux travaux de recherche qui peuvent avoir un impact sur la prise en charge de ce problème de santé publique. La Canam a sollicité l'Inserm pour effectuer un bilan, à travers la procédure d'expertise collective, sur les avancées scientifiques récentes susceptibles d'avoir des retombées en termes de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des troubles de l'audition chez l'enfant. Pour répondre à cette demande, l'Inserm a réuni un groupe d'experts, médecins et chercheurs, rassemblant des compétences dans les domaines de la génétique, la biophysique sensorielle, la physiologie auditive, l'audiologie et la pédiatrie. Le groupe d'experts a structuré son analyse de la littérature internationale autour des questions suivantes : o Quelles sont les données de prévalence de la surdité chez l'enfant et ses facteurs de variation ? o Quelles sont les recherches pour estimer le mode de prise en charge des enfants sourds en France ? o Quelles sont les données récentes sur les mécanismes acoustiques et physiques impliqués dans la perception auditive permettant d'affiner les outils de diagnostic précoce des surdités, de perfectionner l'appareillage prothétique et les implants cochléaires ? o Quels sont les progrès en physiopathologie auditive ? Quelles sont les données récentes sur les mécanismes perceptifs et cognitifs complexes mis en œuvre dans l'écoute des sons et leur prise en considération dans le développement d'appareils ? o Quelles sont les avancées des recherches sur

les surdités d'origine génétique qui pourraient avoir un impact sur la mise au point de tests pour un dépistage génétique ? o Quelles sont les données récentes sur les recherches qui pourraient faire évoluer le dépistage ?

## ► Travail et santé

32562

RAPPORT

Confédération Européenne des Syndicats. (C.E.S.). Bruxelles. BEL, Institut Syndical Européen Recherche Formation Santé Sécurité. (ETUI-REHS). Bruxelles. BEL

**Nouvelles perspectives pour la stratégie communautaire de santé au travail 2007-2012.**

Bruxelles : C.E.S. : 2006 : 54 p.

Cote Irdes : B5507

La présente publication entend contribuer aux débats sur une nouvelle stratégie communautaire concernant la santé et la sécurité au travail pour la période 2007-2012. Elle intervient à un moment où la politique communautaire dans ce domaine doit apporter des réponses à des problèmes nombreux et complexes : la précarisation du travail, l'intensification au travail et de nouvelles méthodes de gestion au niveau des entreprises, les troubles musculo-squelettiques et les problèmes psycho-sociaux. Cette étude fait une évaluation des interventions communautaires pour la période 2002-2006 et définit les priorités d'action pour 2007-2012.

32571

OUVRAGE

ASKENAZY (P.), CARTRON (D.), CONINCK (F. de), GOLLAC (M.)

**Organisation et intensité du travail.**

Toulouse : Editions Octar s : 2006 : 532 p., index

Cote Irdes : A3471

Beaucoup de salariés trouvent leur travail « plus dur », « plus prenant », même s'il est aussi parfois « plus intéressant ». Mais l'organisation de l'économie et celle de l'entreprise changent et la nature de l'intensité du travail change en même temps. Prendre la mesure des liens qui unissent aujourd'hui organisation et intensité du travail exige de confronter des approches multiples, de rapprocher des travaux réalisés sur des terrains différents, par des méthodes diverses et s'inspirant d'une pluralité de disciplines et de postures théoriques. Ecrits par des économistes, des ergonomes, des gestionnaires, des juristes, des psychologues et des sociologues allemands,



américains, australiens, belges, britanniques, canadiens, français, italiens et suédois, plusieurs dizaines de contributions font le point des connaissances et témoignent de la vitalité des recherches dans le domaine et de la vivacité des débats.

33575

OUVRAGE  
BUZZI (S.), DEVINCK (J.C.), ROSENAL (P.A.)

**La santé au travail : 1880-2006.**

Paris : Éditions de la découverte : 2006 : 123 p.  
Cote Irdes : A3506

Le drame de l'amiante, la « souffrance au travail » et l'explosion des maladies professionnelles déclarées révèlent une crise de la protection médicale des salariés. Ce livre, fondé sur des sources inédites, en montre les racines historiques. Analysant la concurrence de l'exercice médical en entreprise avec les spécialités du « facteur humain », l'enquête révèle la récurrence, depuis les années 1940, des débats liés à l'actuelle réforme de la « santé au travail ». Ses carences, fruits de l'indifférence de l'État, d'une partie du corps médical et des partenaires sociaux, ses liens renouvelés avec l'eugénisme pointent une limite du « modèle social » français.

33776

OUVRAGE  
COUTROT (T.) / coor., BUE (J.) / coor.,  
PUECH (I.) / coor.

**Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes.**

Toulouse : Editions Octarés : 2004 : 166 p.,  
tabl., ind.  
Cote Irdes : A3515

Depuis vingt ans, les enquêtes Conditions de travail, réalisées par l'Insee et le ministère du Travail (1978, 1984, 1991, 1998), mettent en lumière les conséquences des évolutions économiques et des politiques des entreprises sur les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés. Elles constituent l'un des piliers du dispositif statistique d'observation du travail et de l'emploi. Cet ouvrage collectif propose une relecture synthétique des enseignements de ces enquêtes. Les contributions privilégient, à des degrés divers, trois types d'approches : l'éclairage longitudinal, qui met en évidence les tendances de longue période; la réflexion méthodologique, éclairant l'apport spécifique de la statistique dans la connaissance des changements du travail; l'approche thématique de domaines jusqu'ici peu explorés, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la

diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne.

32527

OUVRAGE  
GOLLAC (M.), VOLKOFF (S.)

**Les conditions de travail.**

Paris : La Découverte : 2000 : 119 p., tabl.  
Cote Irdes : A3459

Le travail change : changements techniques et organisationnels, changements dans les formes d'emploi et la gestion des carrières. Quelles sont les conséquences de ces évolutions sur la santé physique et mentale des salariés, au long de leurs parcours professionnels? Quels sont les principaux facteurs de diversité des conditions de travail, entre catégories sociales, entre grands secteurs de l'économie, entre les âges et les sexes? Cet ouvrage tente d'apporter des éléments de réponses à travers des études globales et des études de cas, en faisant appel à différentes sciences : économie, sociologie, ergonomie, psychologie et médecine.

32604

RAPPORT  
LEJEUNE (D.), VIENOT (A.)  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

**Rapport d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.**

Paris : IGAS : 2006/02 : 187 p.  
Cote Irdes : B5585

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000699/0000.pdf>

La mission conjointe IG-INSEE / IGAS a pour objectif d'établir un audit de l'organisation du système d'information statistique des principaux régimes AT-MP (CNAMTS, MSA, Fonction publique), afin de déboucher sur des propositions d'amélioration et d'harmonisation des publications des statistiques d'origine administrative en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La première partie du rapport présente l'état des lieux réalisé par la mission (dont les constats et analyses sont développés en annexe 3), qui met en évidence des insuffisances et des progrès en matière de collecte, de traitement et de diffusion des statistiques AT / MP. La deuxième partie traite des besoins recensés par la mission, dont rend compte l'annexe 4 du pré-

sent rapport. Elle note l'importance et la convergence des besoins exprimés. La troisième partie rend compte des préconisations de la mission (dont un tableau de synthèse est présenté en annexe 6) qui, tirant les conséquences de l'état des lieux qu'elle a réalisés et des besoins qu'elle a recensés, appellent pour leur réalisation une volonté politique forte exprimée et déclinée par la loi du 9 août 2004, par le Plan national santé environnement et le Plan santé au travail, et par la COG (convention d'objectifs et de gestion) de la branche AT/MP.

33328

DOCUMENT DE TRAVAIL

AFSA (C.), GIVORD (P.)

Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (I.N.S.E.E.).

Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Paris. FRA

**Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie.**

Paris : INSEE : 2006/07 : 41 p., fig., tabl., ann.  
Cote Irdes : B5665

[http://www.insee.fr/fr/nom\\_def\\_met/methodes/doc\\_travail/docs\\_doc\\_travail/F0603.pdf](http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/F0603.pdf)

Les économistes se sont rarement intéressés au rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie. Pourtant, de mauvaises conditions de travail sont susceptibles d'influencer les comportements d'activité que cet effet passe par l'état de santé ou par la propension à l'absentéisme à état de santé donné. Pour préciser ces liens, nous commençons par l'examen d'un modèle théorique qui prend explicitement en compte l'état de santé du salarié et son évolution, afin de démêler les liens entre conditions de travail, santé et comportement d'activité. Ce modèle permet de mettre en avant deux effets contradictoires : de mauvaises conditions de travail dégradent l'état de santé et accroissent les absences pour maladie, mais l'absentéisme peut être inversement freiné par un effet salaire, si les conditions de travail défavorables sont compensées par un salaire plus élevé. Dans ces conditions, déterminer lequel de ces deux effets l'emporte devient un problème empirique. Nous nous intéressons spécifiquement à l'impact de l'irrégularité des horaires sur les arrêts maladie pour les ouvriers de sexe masculin travaillant dans le secteur privé. Pour l'estimer, nous utilisons une méthode d'appariement sur le score de propension. Nous contrôlons la robustesse de ses résultats en utilisant une méthode alternative de « sélection sur inobservables ». Les principales conclusions sont les suivantes. L'irrégularité des horaires joue un rôle significatif dans les absences pour maladie : elle serait responsable

d'un cinquième des arrêts maladie pris par les ouvriers en horaires irréguliers. Ce pourcentage est nettement plus élevé que celui obtenu en comparant directement les arrêts maladie des ouvriers travaillant en horaires irréguliers et de ceux en horaires réguliers. Néanmoins, le sens et l'importance de l'impact de l'irrégularité des horaires varient avec l'âge du salarié.

33353

RAPPORT

DEL SOL (M.), TURQUET (P.)

Université de Rennes 2 Haute Bretagne.

Laboratoire d'Économie et de Sciences Sociales de Rennes (L.E.S.S.O.R.). Rennes. FRA

**Quels liens entre santé et travail au sein de notre système de protection sociale ? Rapport final.**

Rennes : Lessor : 2006/06 : 139 p., 2 ann.

Cote Irdes : B5685

La branche AT-MP présente plusieurs spécificités par rapport à notre système de protection sociale. Celles-ci trouvent leur origine dans le compromis initial de 1898 fondé sur la notion de responsabilité sans faute : responsabilité des employeurs soumis à une obligation de réparation. Cependant, certains principes issus plus ou moins directement du compromis initial semblent aujourd'hui faire l'objet d'une remise en cause, qu'il s'agisse du financement ou de la prise en charge. Ce rapport souligne l'insuffisance d'une tarification basée sur le risque en tant qu'instrument de prévention et la nécessité de repenser le rôle de la causalité scientifique et d'établir de nouveaux rapports entre vérité scientifique et causalité juridique (Résumé d'auteur).

33365

ARTICLE

JUSOT (F.), KLAT (M.), ROCHEREAU (T.), SERMET (C.)

**Les itinéraires professionnels en relation avec la santé : une exploitation longitudinale de l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES.**

Paris : IRDES, 2006/10 : 6-9

Cote Irdes : C, R1652, P99 / 1

<http://www.sante.gouv.fr/drees/lettre/mire/lettre-mire11.pdf>

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'Irdes. L'objectif de cette recherche est d'analyser l'influence sélective de l'état de santé (maladies déclarées, santé perçue) et des comportements à risque pour la santé (tabac, obésité) sur les itinéraires professionnels, en prenant

en compte les sorties du marché du travail, la mobilité de l'emploi vers le chômage, la mobilité professionnelle définie par les changements de catégories socio-professionnelles d'un individu au cours de sa vie, les changements de statut d'emploi (indépendants, salariés) ou encore de contrat de travail (CDD, CDI).

## PERSONNES ÂGÉES

### ► Dépendance

32529

RAPPORT

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

**Updated country profiles on ageing and health 1998-2002 : a closer look at health resources for older persons in the Western Pacific Region.**

*Profils mis à jour par pays sur le vieillissement et la santé 1998-2002 : un aperçu sur les ressources en santé mises à la disposition des personnes âgées dans la région pacifique ouest.*

Genève : OMS : 2006 : 64 p., tabl.  
Cote Irdes : B5505

Cette brochure rassemble une série d'indicateurs statistiques sur l'état de santé et la dépendance des personnes âgées dans la région du Pacifique occidental.

### ► Emploi des seniors

32623

OUVRAGE

VINCENOT (A.), ATTALI (J.) / préf.

**Quinquas : les parias de l'emploi.**

Paris : Belfond : 2006 : 298 p.  
Cote Irdes : A3474

En France, 63,2% des 55-64 ans sont sans emploi ; c'est le taux « d'inactivité » le plus élevé de l'Union européenne. Parmi le million des quinquas exclus du monde du travail, la moitié pointe à l'ANPE, les plus âgés sont dispensés de recherche d'emploi, une minorité bénéficie d'une retraite anticipée. Les entreprises ne recrutent plus, elles trient. Et l'âge est devenu le premier facteur discriminant à l'embauche des « actifs vieillissants ». Jugés trop coûteux, pas assez productifs, inadaptés aux nouvelles technologies et aux changements, les quinquas partent à la casse. Pire, cette ségrégation est entrée dans

les mœurs et commence même à toucher les quadras. Les cadres salariés qui perdent leur job en milieu de carrière ont aujourd'hui du souci à se faire. Du harcèlement au licenciement sec, rien ne leur est épargné avant d'entrer dans le dédale du chômage de longue durée et de vivre le cauchemar des fins de droits. Alain Vincenot donne la parole à des femmes et à des hommes qui témoignent d'une réalité d'autant plus effrayante qu'elle nous concerne tous. À 50 ans, on peut être bardé de diplômes, compétent, énergique, informé, et tomber dans la misère. Sans autre raison que sa date de naissance (4e de couverture).

32630

RAPPORT

CATALA (N.)

Centre Interdisciplinaire de Formation  
à la Fonction Personnel. (C.I.F.F.P.). Paris. FRA

**L'emploi des seniors : enquête d'entreprises.**

Paris : La Documentation française :  
2005 : 64 p.

Cote Irdes : A3476

A partir de 2008, seuls les salariés ayant travaillé quarante ans pourront, à soixante, obtenir une retraite à taux plein. Cela signifiera pour beaucoup une prolongation de plusieurs années d'activité professionnelle. Or, il apparaît que la très grande majorité des entreprises, encore imprégnée par la culture des sorties précoces, ne font pas les efforts nécessaires, en terme de formation continue et de motivation notamment, pour favoriser un vieillissement actif. Une gestion réfléchie de la deuxième partie des carrières apparaît comme l'exception. Par ailleurs, le recrutement de personnes de plus de cinquante ans, voire de plus de 45 ans demeure des plus rares. Même si l'enquête fait ressortir l'amorce d'une certaine prise de conscience et la mise en œuvre ici et là d'expériences innovantes, la France accuse ainsi un retard important par rapport à d'autres pays où s'est développée une politique active en faveur de l'emploi des seniors. L'accord national du 13 octobre 2005 relatif à cette question constituera un progrès lorsqu'il entrera en application, mais il est à craindre qu'il ne suffise pas à lui seul à faire passer le taux d'emploi des 55-64 ans de son niveau actuel, 36,8%, à 50% d'ici 2010, objectif retenu par les partenaires sociaux dans la ligne du Sommet européen de Lisbonne. Après avoir présenté la synthèse de l'enquête nationale et identifié les obstacles au maintien en activité des seniors, l'étude aborde avec des études de cas précis, quelques approches innovantes pour l'emploi des seniors.

► Étudiants

32672

RAPPORT

MONTEIL (J.M.) / préf., DELAFOSSE (M.) / préf.

La mutuelle des étudiants. (L.M.D.E.). Ivry sur Seine. FRA

**La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales.**

Paris : Editions de la vie universitaire : 2006 : 299 p., tabl.

Cote Irdes : A3477

Ce rapport de la Mutuelle des Etudiants (LMDE) publie les résultats d'une vaste enquête nationale qu'elle a menée avec l'appui de l'Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants et de l'Ifop. Intitulé « La santé des étudiants 2005-2006, enquête nationale et études régionales », l'ouvrage se veut un outil d'analyse de l'état de santé général des étudiants. Les questions portaient à la fois sur leurs habitudes de vie, leur rapport aux services de santé, au tabac, aux drogues et à la sexualité. On y apprend que 23% des étudiants ont renoncé en 2005 à des soins, notamment dentaires et ophtalmologiques, pour des raisons financières. Dans la population générale, ce taux n'est que de 13%. Le nombre d'étudiants ne disposant pas de complémentaire santé est en hausse à 13%, contre 7% en 2002. Ces étudiants qui renoncent à acquérir une complémentaires principalement en raison de son coût (39% des sondés la jugeant trop chère). Les étudiants, qui ne sont pas couverts, consultent moins que les autres, indique LMDE. Les étudiants font surtout appel à la médecine de ville puisque 95% d'entre eux ont consulté un médecin libéral au cours des douze derniers mois. En revanche, seulement un étudiant sur dix fréquente les centres de santé mutualistes. Les étudiants fument moins en 2005 (22% de fumeurs réguliers contre 32% en 2002), mais consomment plus d'alcool. Au chapitre mal-être, cette étude démontre que 15% des étudiants déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois.

33733

RAPPORT

WAUQUIEZ (L.)

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

**La santé des étudiants français.**

Paris : Assemblée Nationale : 2006 :

127 p., ann.

Cote Irdes : B5717

<http://www.lefigaro.fr/medias/pdf/rapport-sante-etudiants.pdf>

Ce rapport réalisé par la mission parlementaire portant sur la santé des étudiants, créée par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, le 5 juillet 2006, dresse un constat alarmant : alimentation peu équilibrée, soins dentaires et optiques négligés, dépression. La santé des étudiants montre des signes de dégradations inquiétantes. Ainsi, « près de 15% des étudiants ont été amenés à renoncer, faute de moyens, à un soin d'optique ou dentaire ». Près de 20% ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, les primes d'adhésion étant jugées trop onéreuses. Les situations de mal-être se multiplient. Un étudiant sur dix traverse des phases de déprime, près d'un étudiant sur quatre prend des antidépresseurs et le suicide reste la principale cause de mortalité chez les 15-25 ans, avec 11 000 suicides par an. De plus, les services de santé de nos universités sont « indigents » et leurs moyens « dramatiquement faibles » (un médecin pour 10 000 étudiants, pour un budget de 3,4 millions d'euros). Pour faire face à cette dégradation, M. Wauquiez demande « dix mesures prioritaires pour un plan de santé étudiant ». Il souhaite notamment le fractionnement du paiement de la cotisation de Sécurité sociale, et la création d'un chèque santé pour améliorer la couverture complémentaire des étudiants en commençant par la mise en place immédiate d'une expérimentation dans 12 départements pilotes. Le rapport réaffirme le rôle des mutuelles étudiantes dans la prise en charge de la santé et recommande l'affiliation de l'ensemble des étudiants au régime étudiant de Sécurité sociale. Il appelle également à créer des maisons de la santé étudiante sur les pôles universitaires. Pour les étudiants inscrits dans les deux premières années d'université, le rapporteur recommande d'instituer le droit à un « paquet santé » (visite médicale systématique et obligatoire, vaccinations, bilan buccodentaire et d'optique et consultation d'addictologie).



## ► Inégalités sociales

33397

RAPPORT

HOFRICHTER (R.) / éd.

National Association of County & City Health Officials. (N.A.C.C.H.O.). Washington DC. USA

### **Tackling health inequalities through public health practice : a handbook for action.**

*Réduire les inégalités de santé par la pratique de la santé publique : manuel pour l'action.*

Washington : NACCHO : 2006 : 248 p., tabl., ann.

Tackling Health Inequities raises questions and provides a starting point to assist health practitioners in considering the potential for reorienting public health practice to address the root causes of health inequities, particularly with respect to restructuring the organization, culture and daily work of public health. It is meant to inspire readers to imagine or envision public health practice and their roles in a way that challenges contemporary thinking, as emerging trends, social conditions, and policies generate increasing inequities in health. No protocols or tools can eliminate health inequity.

## ► Migrants

33741

OUVRAGE

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

### **Achieving social cohesion in a multicultural Europe : concepts, situation and developments.**

*Quelle cohésion sociale dans une Europe multiculturelle ? Concepts, états des lieux et développements.*

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2006 : 440 p.  
Cote Irdes : A3510

Le développement de la cohésion sociale dans une Europe multiculturelle est un objectif politique clé - à la fois vital et réalisable - de nos sociétés contemporaines. Il pourra être atteint à condition de dépasser les limites dont souffrent les politiques dites d'« intégration » particulièrement lorsqu'elles prennent l'allure de processus unilatéraux ne reconnaissant pas les migrants et leurs descendants comme des partenaires des décisions qui les concernent. Loin de considérer les difficultés d'insertion des migrants comme relevant de prétendues « incompatibilités culturelles », les articles et entretiens proposés dans ce volume analysent les effets croisés de l'exclusion résultant des politiques d'immigration, des politiques sociales et de l'emploi, ainsi que des

politiques concernant la nationalité, Par ailleurs, comme les « compétences interculturelles » développées dans certains hôpitaux et certaines écoles le montrent assez bien, il existe d'autres stratégies de valorisation des différences bien plus efficaces, qui rendent les droits sociaux plus accessibles à tous. Ces démarches alternatives ne contribueront véritablement au développement de la cohésion sociale qu'avec l'engagement des migrants eux-mêmes, notamment en tant qu'acteurs politiques reconnus de l'espace public européen.

## ► Personnes handicapées

33743

OUVRAGE, CONGRÈS

Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations. (C.T.N.E.R.H.I.). Paris. FRA  
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.). Mission Handicap. Paris. FRA

### **Polyhandicap 2005.**

Congrès Polyhandicap 2005 Paris, 2005/06 / 14-15

Paris : CTNERHI ; Paris : PUF : 2006 : 307 p.  
Cote Irdes : A3512

Ces actes du congrès organisé par la Mission Handicaps de l'AP-HP, sous la direction du Docteur Philippe Denormandie et du Professeur Gérard Ponsot, les 14 et 15 juin 2005 à Paris, traite des enfants et des adultes ayant des handicaps neurologiques très sévères et durables, privés de toute autonomie et en état de totale dépendance cognitive et motrice y compris dans les actes les plus simples de la vie quotidienne. Ces journées ont été l'occasion de réfléchir sur le rôle actuel et surtout futur de la prise en charge des personnes handicapées. Après avoir analysé les considérations actuelles sur le concept de polyhandicap et l'évolution de l'appréciation des étiologies des handicaps neurologiques, ce congrès a abordé les aspects sanitaires du polyhandicap, l'accompagnement au quotidien des personnes polyhandicapées en Europe, le vieillissement, les aides humaines et les aides techniques, la communication, verbale et non verbale, ainsi que les aides techniques à la communication, la formation des professionnels, les relations avec les familles. Cet ouvrage s'achève sur la description de quelques figures historiques du handicap et sur la notion d'incurabilité d'un point de vue neuropédiatrique et pédopsychiatrique. En conclusion, la synthèse de la table ronde permet de mettre en perspective les réalités de l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans quelques pays d'Europe : l'Italie, la Suède, la Suisse et la France.

## ► Pauvreté

33330

RAPPORT

Secours Catholique. Paris. FRA

### **Statistiques d'accueil 2005.**

#### **Pauvreté : accélérateur d'isolement.**

Paris : Secours catholique : (2006) : 36 p.

Cote Irdes : B5667

[http://www.secours-catholique.asso.fr/telechargements/rapport\\_statistique\\_2005.pdf](http://www.secours-catholique.asso.fr/telechargements/rapport_statistique_2005.pdf)

Pour son 60e anniversaire et son 12e rapport statistique annuel, le Secours Catholique a entrepris trois enquêtes. D'abord son enquête habituelle, portant sur la totalité des personnes qu'il accueille en France. Ensuite, deux études sur la solitude. La première, effectuée avec d'autres partenaires associatifs, est plus spécialement consacrée à l'isolement des personnes âgées. La seconde concerne ceux qui souffrent de la solitude. Le rapport vous donne toutes les précisions utiles sur la méthode utilisée pour ces trois enquêtes.

32616

DOCUMENT DE TRAVAIL

*BOARINI (R.), MIRA D'ERCOLE (M.)*

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

### **Measures of material deprivation in OECD countries.**

*Mesures de la privation matérielle dans les pays de l'OCDE.*

OECD social - employment and migration working papers; 37.

Paris : OCDE : 2006 : 70 p., fig., tabl.

Cote Irdes : B5559

La pauvreté est un problème complexe et différentes méthodes sont nécessaires pour la mesurer et l'analyser. Si les indicateurs de la pauvreté monétaire sont répandus, on utilise également depuis longtemps des indicateurs non monétaires, qui sont fondés sur la perception qu'ont les personnes interrogées de leur propre situation ou sur l'évaluation des biens de consommation possédés et des niveaux de vie. Les indicateurs de la privation matérielle relèvent de cette dernière catégorie. Ils s'appuient sur ce que l'on considère communément comme des éléments essentiels pour permettre aux individus d'atteindre un niveau de vie « décent », indépendamment de leurs préférences et des moyens dont ils disposent pour acheter ces éléments. La privation

matérielle découle généralement de la pauvreté monétaire lorsque celle-ci se prolonge dans le temps ou revient de manière répétée. Les indicateurs de la privation matérielle complètent donc les indicateurs classiques de la pauvreté monétaire, permettant ainsi d'évaluer la pauvreté dans une optique de long terme et de mieux en comprendre les mécanismes de cause à effet. Le présent document décrit l'utilisation d'indicateurs de privation matérielle à des fins d'analyse de la pauvreté dans les pays de l'OCDE. Son objectif principal est d'identifier des questions dans les enquêtes disponibles pour plusieurs pays de l'OCDE qui pourraient fournir une base pour la construction d'indicateurs de pauvreté plus adéquats. La vaste notion de privation matérielle est réduite dans ce document à une taxinomie simple des dimensions objectives et subjectives ainsi qu'à ses principaux éléments. Il présente des données sur la part des ménages indiquant différents types de privation matérielle. De plus, il propose une simple indication de la privation matérielle, définie comme étant la moyenne des indicateurs parmi plusieurs points.

## ► Population défavorisée

33349

RAPPORT

*FAHET (G.), CAYLA (F.), DROUOT (N.), SIMONNOT (N.), TOMASINO (A.), BREYSSE (S.), FAUVEL (G.)*

Médecins du Monde. (M.D.M.). Paris. FRA, Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse. FRA

### **Rapport 2005 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde.**

Paris : MDM : 2006/10 : 240 p.

Cote Irdes : B5683

[http://www.medecinsdumonde.org/publications/rapports/rapport\\_observatoire\\_06/publication\\_view](http://www.medecinsdumonde.org/publications/rapports/rapport_observatoire_06/publication_view)

Réalisé pour la troisième année consécutive avec l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées (ORMIP), ce sixième rapport annuel est élaboré à partir des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso); des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes; des témoignages recueillis auprès des patients; des données recueillies dans une part de plus en plus importante des actions mobiles de proximité; du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins. En 2005, les Caso ont effectué 45 776 consultations

médicales, soit 12.7% de plus qu'en 2004, et ont rencontré 26 348 patients différents. Le profil démographique montre que les patients des Caso sont encore majoritairement des hommes (56%), jeunes (âge moyen de 33,3 ans, 71% ont moins de 40 ans, près d'un patient sur 10 est mineur), et étrangers (89%). Les cinq nationalités les plus représentées sont l'Algérie, la Roumanie, la France, le Maroc et le Cameroun. 59% des patients étrangers sont en France depuis moins d'un an, 22% depuis plus de 3 ans. Le profil socio-économique des consultants est marqué par la précarité : 43% des patients déclarent vivre dans un logement précaire et 18% sont sans domicile. Lorsque le logement existe, celui-ci est décrit par les patients comme insalubre (15%) ou surpeuplé (19%) et cela d'autant plus que le logement est précaire. La quasi-totalité des patients vit sous le seuil de pauvreté (774 euros mensuels). 71% des étrangers devant justifier d'un titre de séjour n'en ont pas et sont donc en situation administrative précaire. 29% des étrangers sont concernés par une demande d'asile. Parmi eux, 72% ont déjà déposé leur demande, dont une sur trois a déjà été rejetée. Près de la moitié des patients (49%) relevait du dispositif Aide Médicale Etat, 29% environ de l'assurance maladie, alors qu'un peu plus de 22% ne relevaient d'aucun dispositif : il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie car ne pouvant justifier de trois mois de résidence sur le territoire français (10.5%), ou d'étrangers de passage en France, n'ayant droit à aucune couverture maladie (11.7%). La proportion des personnes sans droit à la couverture maladie est multipliée par 2.5 par rapport à 2001. Parmi les personnes qui devraient avoir une couverture maladie, 82% n'en ont pas (Résumé d'auteur).

32545

RAPPORT

DE FLEURIEU (A.), CHAMBAUD (L.)

Ministère de la Cohésion Sociale et de la Parité.  
(M.C.S.P.). Paris. FRA

**L'hébergement des personnes  
sans abri à Paris et en Ile-de-France :  
rapport de mission.**

Paris : Ministère de la Cohésion Sociale et du  
Logement : 2006/08 : 32 p.  
Cote Irdes : B5522

[http://www.cohesionsociale.gouv.fr/IMG/pdf/  
Rapport A de Fleurieu et L. Chambaud.  
pdf#search=%22rapport%20fleurieu%22](http://www.cohesionsociale.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_de_Fleurieu_et_L._Chambaud.pdf#search=%22rapport%20fleurieu%22)

Suite au débat et à la polémique lancée par les tentes de Médecins du Monde, Agnès de Fleurieu a été nommée par Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité, afin d'évaluer les besoins et les mesures possi-

bles pour le relogement des SDF à Paris. Son rapport propose un aperçu de la situation des sans abris.

32613

DOCUMENT DE TRAVAIL

MACHIN (S.)

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

**Social disadvantage and education  
experiences.**

*Le désavantage social et les parcours éducatifs. OECD social - employment and migration working papers ; 32.*

Paris : OCDE : 2006 : 33 p., 5 fig., 3 tabl.

Cote Irdes : B5556

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/60/36165298.pdf>

Ce document présente une analyse de la relation entre désavantage social et parcours éducatifs des individus issus d'un milieu familial défavorisé à chaque étape de leur vie, et décrit certaines des conséquences de ces parcours pour la société dans son ensemble. Une conclusion générale est que si la formation peut servir d'ascenseur social - en offrant de meilleures perspectives d'emploi aux jeunes les plus menacés de dénuement et en réduisant la prévalence de la pauvreté économique à l'âge adulte - l'échec scolaire peut en revanche renforcer le désavantage social : dans plusieurs pays de l'OCDE, une minorité importante d'élèves n'arrive même pas au terme de l'enseignement obligatoire ; dans le premier cycle du secondaire, les résultats des élèves aux tests dépendent beaucoup des caractéristiques de la famille ; et le développement des études universitaires a le plus souvent profité aux ménages dont les parents étaient relativement mieux instruits. Loin d'égaliser les chances, l'éducation peut être un puissant moteur de sélection sociale. Dans un contexte où le rendement de la formation augmente avec le temps, cette dynamique pourrait conduire à une persistance de la pauvreté de génération en génération plus accentuée ainsi qu'une diminution de l'égalité des chances. Ce rapport analyse aussi le rôle des politiques qui sont plus particulièrement axées sur les parcours d'apprentissage des personnes issues des milieux défavorisés, dans le cadre d'une stratégie plus vaste de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces mesures peuvent être groupées dans deux grandes catégories : politiques sociales et politique d'éducation.

33135

RAPPORT

CHAMPION (J.B.), CHOFFEL (P.),  
EL HACHEM (A.), JAZOULI (A.),  
JOYEUX (P.), LE GOFF (W.), METTE (C.),  
SYLVA (J.), ALLONIER (C.), DEBRAND (T.),  
LUCAS-GABRIELLI (V.), PIERRE (A.),  
ROCHEREAU (T.)

Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).  
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA

**Observatoire national des zones urbaines sensibles : les indicateurs commentés - version provisoire du rapport 2006.**

Paris : Editions de la DIV : 2006/11 : 152 p.  
Cote Irdes : R1649, B5652

<http://www.ville.gouv.fr/infos/editions/observatoire-rapport-2006-accueil.html>

Cet ouvrage est une version provisoire de la première partie du rapport 2006 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus). Les thèmes traités dans le rapport sont : l'emploi, les entreprises, les revenus des habitants, l'habitat, la réussite scolaire, la sécurité et la tranquillité publiques, les dispositifs de la politique de la ville. L'ONZUS a confié à une équipe de l'IRDES la réalisation d'un chapitre sur l'état de santé et le recours aux soins des habitants des ZUS. Les données sont issues de l'Enquête décennale Santé et soins médicaux conduite par l'Insee en 2002-2003.

33790

OUVRAGE

BEAUD (S.) / éd., CONFAVREUX (J.) / éd.,  
LINDHAARD (J.) / éd.

**La France invisible.**

Paris : la Découverte : 2006 : 647 p.  
Cote Irdes : A3519

En France, la proportion de précaires est plus élevée dans le public que dans le privé, de plus en plus de personnes ne demandent pas les prestations sociales auxquelles elles ont droit, la plupart des SDF ont une adresse, la moitié des adolescents qui se suicident sont homosexuels, les licenciés qui retrouvent un emploi connaissent presque systématiquement une perte de revenu, les femmes au foyer sont souvent des chômeuses dissimulées, un ouvrier non qualifié a deux fois et demie plus de risques de décéder avant soixante ans qu'un ingénieur... C'est l'existence de millions d'hommes et de femmes, ceux et celles qui constituent la France invisible, que l'on découvrira dans ce livre hors normes. La France invisible, ce sont des populations qui, malgré leur nombre, sont masquées, volontaire-

ment ou non, par les chiffres, le droit, le discours politique, les représentations médiatiques, les politiques publiques, les études sociologiques, ou se retrouvent enfermées dans des catégories dépassées qui occultent leurs conditions d'existence. À la manière d'un dictionnaire des idées non reçues, La France invisible propose des enquêtes, des portraits, des témoignages et des analyses permettant de mieux comprendre une société de plus en plus aveugle à elle-même. Ce travail d'investigation sociale s'est appuyé sur un dispositif inédit, associant étroitement des journalistes et des chercheurs. Publié à la veille de la campagne pour l'élection présidentielle de 2007, La France invisible trace le portrait d'un pays qui ne ressemble pas à celui auquel les candidats vont s'adresser.

33791

OUVRAGE

GADREY (J.)

**En finir avec les inégalités.**

Paris : Mango Littérature : 2006 : 250 p., tabl., graph., fig.  
Cote Irdes : A3520

Cet essai s'attache à la problématique de l'inégalité sur toutes ses formes. Il commence par étudier ces inégalités multiples (en terme de revenu, d'emploi, de disparité entre les femmes et les hommes etc...) et souvent cumulatives. Ensuite, il insiste sur le fait que ces inégalités ne sont pas inéluctables en s'appuyant sur des faits précis et avérés. Après avoir écarté toutes les fausses bonnes idées pour réduire les inégalités, il pose les principes fondateurs pour lutter efficacement : le type d'égalité souhaitable, la place à accorder à la discrimination positive, les actions majeures à entreprendre.

33807

RAPPORT

BVA. Boulogne. FRA

**Les Français, les sans-abri et la lutte contre l'exclusion. Regards croisés.**

Boulogne-Billancourt : BVA : 2006/12 : 33 p., tabl.  
Cote Irdes : B5640

[www.bva.fr/pdf/BVA-Actu\\_Les%20Français%20et%20les%20sans-abri061206.pdf](http://www.bva.fr/pdf/BVA-Actu_Les%20Français%20et%20les%20sans-abri061206.pdf)

Un an après avoir interrogé les sans-abri accueillis ou hébergés dans les centres de l'Association Emmaüs, l'institut BVA a réalisé à la demande de cette dernière une enquête auprès des Français âgés de 15 ans et plus sur les sans-abri et la lutte contre l'exclusion. Cette étude aborde plus particulièrement quatre thèmes : - le regard porté par les Français sur la situation des sans-



abri ; - la possibilité pour les Français de se trouver dans cette situation ; - la problématique de l'hébergement des sans-abri ; - les politiques de lutte contre l'exclusion et d'accès au logement. Certaines questions identiques aux deux enquêtes invitent à lire les résultats de cette enquête au regard de ceux obtenus auprès des sans-abri (tout en tenant compte de la différence entre les deux méthodologies).

33861

RAPPORT

*POUSSET (B.)*

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

**Rapport sur le projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.**

Paris : Sénat : 2006/04 : 55 p., 3 ann.

Cote Irdes : B5751

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rapports/r3492.pdf>

Ce projet de loi valide un processus conventionnel qui a déjà permis des avancées notables en matière d'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé. Il consacre aussi sur le plan législatif les avancées conventionnelles et garantit leur pérennité.

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Champagne-Ardenne

32741

RAPPORT

*LEFEVRE (C.), CHRETIEN (B.),  
MOLITOR (P.L.), OLIVIERO (E.)*

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Champagne Ardenne. (U.R.C.A.M.). Chalons en Champagne. FRA, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Champagne Ardenne. (D.R.A.S.S.). Chalons en Champagne. FRA

**Les masseurs-kinésithérapeutes en Champagne-Ardenne.**

Chalon en Champagne : Urcam : 2006/06 :

11 p., tabl., carte, graph.

Cote Irdes : C, B5599

[http://www.urcam-champagne-ardenne.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNES/a\\_nouvelle\\_arbo/urcam\\_en\\_action/etudes\\_publications/demographie\\_masseurs\\_kines.pdf](http://www.urcam-champagne-ardenne.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNES/a_nouvelle_arbo/urcam_en_action/etudes_publications/demographie_masseurs_kines.pdf)

C'est avec le décret n°2003-529 du 19 juin 2003

qu'a vu le jour l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Chargé de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, il assure également une coordination et un appui aux études régionales. L'observatoire national se décline en comités régionaux chargés de recenser, rassembler et coordonner les travaux statistiques, d'études et de prospective réalisés dans chaque région. C'est dans ce cadre que l'URCAM et la DRASS ont initié cette étude sur les masseurs-kinésithérapeutes qui présente des données de cadrage ; l'effectif et la densité ; l'âge et le sexe ; la distance d'accès aux soins ; l'activité et les honoraires.

32742

RAPPORT

*LEFEVRE (C.), CHRETIEN (B.),  
MOLITOR (P.L.), OLIVIERO (E.)*

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Champagne Ardenne. (U.R.C.A.M.). Chalons en Champagne. FRA, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Champagne Ardenne. (D.R.A.S.S.). Chalons en Champagne. FRA

**Les infirmiers en Champagne-Ardenne.**

Chalon en Champagne : Urcam : 2006/06 :

14 p., tabl., carte, graph.

Cote Irdes : C, B5600

[http://www.urcam-champagne-ardenne.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNES/a\\_nouvelle\\_arbo/urcam\\_en\\_action/etudes\\_publications/demographie\\_infirmiers.pdf](http://www.urcam-champagne-ardenne.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNES/a_nouvelle_arbo/urcam_en_action/etudes_publications/demographie_infirmiers.pdf)

C'est avec le décret n°2003-529 du 19 juin 2003 qu'a vu le jour l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Chargé de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, il assure également une coordination et un appui aux études régionales. L'observatoire national se décline en comités régionaux chargés de recenser, rassembler et coordonner les travaux statistiques, d'études et de prospective réalisés dans chaque région. C'est dans ce cadre que l'URCAM et la DRASS ont initié cette étude sur les infirmiers qui présente des données de cadrage ; l'effectif et la densité ; l'âge et le sexe ; la clientèle ; l'activité et les honoraires ; la formation.

## ► Disparités régionales

33564

OUVRAGE

TRUGEON (A.), FONTAINE (D.), LEMERY (B.)

### ***Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton.***

Paris : Masson : 2006 : 176 p., tabl., fig., carte, ann.

Cote Irdes : A3503

Cet ouvrage est le fruit d'une démarche menée depuis une quinzaine d'années par les observatoires régionaux de la santé et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) afin de mieux connaître l'état de santé de la population et ses déterminants. Conçu sur le principe des tableaux de bord sur la santé, cet ouvrage permet d'obtenir une analyse synthétique des disparités et inégalités socio-sanitaires en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Médecins de santé publique, démographes, géographes, cartographes, statisticiens, sociologues, économistes ont ainsi analysé ensemble plus de 150 000 données pour réaliser cette étude accessible à tous. Plus d'une centaine de cartes en couleurs illustre les données disponibles dans les régions ces quinze dernières années. L'observation à l'échelle des cantons donne une vision précise des variations spatiales au sein des départements et des régions, mais aussi des ressemblances au-delà des découpages administratifs. Une analyse factorielle permet à la fin de disposer d'une partition de la France en sept classes. Cette étude est une référence pour les questions de santé publique et constitue un outil de décision précieux pour la détermination d'une politique mieux adaptée aux besoins des populations autant que des acteurs de santé.

## ► Ile-de-France

32706

RAPPORT

PEPIN (P.)

Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA

### ***Epidémiologie des cancers en Ile de France.***

Paris : O.R.S.I.F. : 2006/06 : 102 p., tabl., graph., carte

Cote Irdes : B5590

<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapportcancer2006.pdf>

Dans le cadre du Plan cancer et à la demande conjointe de la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) et du Conseil régional d'Ile-de-France, l'Observatoire régional

de la santé d'Ile-de-France a réalisé cette étude épidémiologique sur le cancer qui propose une vue d'ensemble de la situation. Ce document fait le point, dans une première partie, sur les principales sources de données sur la morbidité et la mortalité par cancer en Ile-de-France. La deuxième partie présente les données d'incidence et de mortalité pour les principales localisations cancéreuses. La troisième partie étudie des disparités de la mortalité par cancer en France et Ile-de-France. La quatrième partie présente de façon synthétique les principaux chiffres franciliens de morbidité et de mortalité pour six localisations cancéreuses : le cancer du sein, le cancer de l'utérus, le cancer du côlon-rectum, le cancer de la prostate, le cancer du poumon, le mélanome malin de la peau. Plusieurs projets visent à améliorer l'état des connaissances sur les cancers en Ile-de-France, la cinquième partie présente brièvement trois de ces projets : la création d'un registre régional des cancers, la constitution d'une base de données histopathologiques des néoplasies mammaires diagnostiquées en Ile-de-France, l'étude de faisabilité du système multi-sources de surveillance épidémiologique nationale des cancers de l'INVS. La dernière partie de ce rapport présente les principales sources et définitions.

33283

RAPPORT

HALFEN (S.), GREMY (I.)

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

### ***Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris en 2005 : tendances récentes et nouvelles drogues (Trend).***

Paris : ORSIF : 2006/09 : 178 p.

Cote Irdes : C, B5654

<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport-TREND2005.pdf>

Le présent rapport relatif à l'observation TREND à Paris en 2005, qui alimentera le rapport national réalisé par l'OFDT à paraître prochainement, se compose de cinq chapitres. Outre le premier, qui présente la méthode de ce dispositif d'observation, le second chapitre a pour principal objectif de fournir quelques données quantitatives de cadrage sur la toxicomanie à Paris, et plus généralement en Ile-de-France. Les chapitres suivants s'attachent à fournir une analyse basée en grande partie sur les observations réalisées en 2005 dans le cadre du dispositif TREND à Paris. Le premier de ces chapitres (chapitre 3) présente une approche transversale des observa-

tions, et non une approche par produit, et porte sur les caractéristiques des usagers et leur état de santé ainsi que sur les contextes de consommation et l'organisation des trafics. Le second de ces chapitres (chapitre 4) traite, en revanche, les usages avec une approche par produit. Seront donc abordés : le cannabis, les opiacés (héroïne, opium, buprénorphine haut dosage, méthadone, sulfates de morphine, codéine), les produits stimulants (cocaïne, crack / free base, ecstasy, amphétamines), les produits hallucinogènes de synthèse (LSD, kétamine, GHB, protoxyde d'azote, solvant, poppers), les produits hallucinogènes d'origine naturelle (champignons hallucinogènes, salvia divinorum, DMT-ayahuasca, LSA-rose de bois, kratom, datura) et les médicaments psychotropes détournés. Pour chacun de ces produits, une première partie porte plus strictement sur le produit (sa disponibilité, son prix, les trafics) et une seconde plus spécifiquement sur les consommateurs (leurs caractéristiques, leur perception du produit, leurs modalités d'usage et les problèmes sanitaires associés à l'usage du produit).

33284

RAPPORT  
HOST (S.), LEFRANC (A.), CAMARD (J.P.),  
CHARDON (B.), GREMY (I.)  
Observatoire Régional de la Santé  
d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA

***Pollution de l'air intérieur : État des connaissances concernant les effets sanitaires et faisabilité d'une étude épidémiologique en Ile-de-France.***

Paris : Orsif : 2005/10 : 108 p., tabl.  
Cote Irdes : B5655

Le Directoire de l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France a souhaité que la problématique de la qualité de l'air intérieur soit inscrite au volet « Environnement et santé » de son programme d'études. La réflexion sur ce sujet s'est notamment orientée vers l'analyse de la faisabilité d'une étude épidémiologique qui permettrait de tester l'existence d'une association entre l'exposition aux différents polluants de l'air intérieur et les effets sanitaires. En effet, les études épidémiologiques ne sont pas toujours aisées à mener compte tenu de la diversité des expositions, des effets et de l'influence d'autres facteurs concomitants. Avant toute mise en œuvre d'une étude épidémiologique impliquant des moyens conséquents (financiers et humains), une étude préalable permettant d'évaluer la pertinence et la faisabilité doit donc être réalisée. Cette étude fait l'objet du présent rapport, réalisé dans le cadre d'un mémoire du génie sanitaire de l'École nationale de santé publique de Rennes. Cette étude répond aux questions suivantes : Quelles sont

les connaissances à l'heure actuelle quant aux effets sanitaires liés à la qualité de l'air intérieur ? Parmi l'ensemble des polluants qui relèvent de la qualité de l'air intérieur, dans un contexte où des actions sont déjà engagées, quelles sont les priorités en terme de santé publique ? ; Quelle est la pertinence d'une action régionale en Ile-de-France ? Afin d'explorer ces questions, les principaux acteurs de la problématique « Qualité de l'air intérieur » ont été interrogés. Couplée à une revue critique de la bibliographie, cette première phase a permis de dégager des axes prioritaires d'étude et d'indiquer plus précisément les objectifs de l'étude épidémiologique francilienne et le contexte dans lequel elle s'inscrirait.

33363

RAPPORT  
COM-RUELLE (L.), LUCAS-GABRIELLI (V.),  
RENAUD (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Économie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France : aspects géographiques, cliniques et thérapeutiques.***

Paris : IRDES : 2006/11 : 183 p., 79 tabl.,  
11 graph., 2 cartes.  
Cote Irdes : R1651

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestionEco/pdf/qesnum98.pdf>

En France, le cancer colorectal est au 1er rang des tumeurs malignes en termes d'incidence pour l'ensemble de la population, hommes et femmes confondus, et au second rang en termes de mortalité. En Ile-de-France, pour le seul cancer du côlon, le nombre de nouveaux cas annuels est de l'ordre de 4 000. Selon notre étude basée sur les données d'une enquête menée par l'URCAMIF, les dépenses médicales d'un patient nouvellement admis en Affection de longue durée (ALD) pour un cancer du côlon s'élèvent à 28 000 € en 2002. Les 9 / 10es de ce montant sont imputables au cancer lui-même. L'hospitalisation est la composante majeure du coût médical. Elle intervient surtout en début de période pour la réalisation d'actes de chirurgie et de séances de chimiothérapie. L'état de santé du patient (stade de gravité, comorbidité) est un déterminant essentiel de la dépense. A stade de gravité égal, la variabilité géographique des dépenses médicales s'explique principalement par l'offre de soins hospitaliers disponible à proximité. Une prise en charge plus conforme aux recommandations des experts n'augmenterait en rien les coûts et, conjuguée à une plus grande précocité du diagnostic, elle les diminuerait de 15 à 25 %.

33735

RAPPORT

PARIZOT (I.), RENABY (E.), BAZIN (F.),  
CHAUVIN (P)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité de Recherche en Epidémiologie et Sciences de l'Information. (U444). Equipe de Recherche sur les Déterminants Sociaux de la Santé et du Recours aux Soins. Paris. FRA  
Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.). Paris. FRA

**Santé, inégalités et ruptures sociale : enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile-de-France.**

Paris : Délégation Interministérielle à la Ville : 2005/06 : 116p., tabl.  
Cote Irdes : B5719

<http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/SantelINSERMjuin05.pdf>

Ce rapport réalisée pour la Délégation Interministérielle à la Ville analyse les résultats d'enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et propose une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile-de-France.

## ► Picardie

33329

RAPPORT

BERCHE (A.) / rapp.

Conseil Economique et Social Régional de Picardie. (C.E.S.R.). Amiens. FRA

**L'impact de l'environnement sur la santé et le bien-être en Picardie.**

Amiens : CESRS : 2006 : 117 p., fig., cartes.  
Cote Irdes : B5666

La présente étude se propose d'introduire, par l'observation, les corrélations entre un état et les différentes causes qui ont participé à sa création en étudiant l'environnement immédiat de la population picarde, le climat, la géographie, la géologie et plus spécifiquement l'étude de la pédologie. Il s'agit, au travers des infrastructures, des zones d'activités économiques, industrielles et commerciales, de l'agriculture et de l'élevage, de se questionner sur l'existence d'un système cohérent entre l'environnement, la mortalité et la morbidité de la population. Par des connaissances spécifiques qu'elles apporteront, cette étude ou celles proposées devront, dans une perspective écologique, contribuer à introduire dans l'environnement naturel, culturel et familial,

les modifications permettant d'améliorer l'état de santé de la population picarde en tenant compte du contexte de vie.

## ► Rhône-Alpes

29271

RAPPORT

GAYRARD (P.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA

**Médecine générale et gérontologie : enquête auprès des Conseils Généraux, des CLICs, des Réseaux et des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.**

Urml : Lyon : 2005/03 : 104 p., carte.  
Cote Irdes : C, B4931

[http://www.upmlra.org/doc/hp\\_646\\_doc.pdf](http://www.upmlra.org/doc/hp_646_doc.pdf)

Cette enquête, réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux de Rhône Alpes (URML) auprès des Conseils généraux, des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clics), des Réseaux et des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes, a pour objectif de dresser un état des lieux régional des constats et des souhaits des différents acteurs concernant l'implication des médecins généralistes dans les politiques et les dispositifs gérontologiques. Après un rappel du contexte, des objectifs et de la méthodologie de l'étude, ce rapport présente tour à tour les enquêtes réalisées auprès des huit Conseils généraux de Rhône-Alpes, de onze Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, des quatre réseaux gérontologiques présents dans la région et de 80 médecins généralistes rhônalpins. La dernière partie propose une synthèse des éléments recueillis auprès de ces différents acteurs. Les résultats de cette étude ont été présentés le 2 avril 2005 à Lyon en introduction du Colloque régional « Médecine générale et gérontologie ».

30690

RAPPORT

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Rhône-Alpes. (U.R.C.A.M.). Lyon. FRA

**La permanence des soins des médecins libéraux et des ambulanciers. Coût en 2004, coût estimé en 2005 et 2006. Région Rhône-Alpes.**

Lyon : URCAM Rhônes-Alpes : 2005 : 87 p., tabl., graph.  
Cote Irdes : B5269

[http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/uploads/media/PDS\\_medlib\\_et\\_ambul\\_cout\\_01.pdf](http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/uploads/media/PDS_medlib_et_ambul_cout_01.pdf)



Dans le cadre de la mise en place du décret relatif à la permanence des soins et de l'Avenant 4 à la Convention Médicale, la Cour des comptes a souhaité que l'URCAM Rhône-Alpes réalise un rapport sur le coût de la permanence des soins ambulatoires. Ce rapport évalue précisément le coût de la permanence des soins des médecins libéraux et des ambulanciers pour l'année 2004 et fournit une estimation pour 2005 et 2006, en région Rhône-Alpes.

## ► Savoie

29613

RAPPORT

*FERLEY (J.P.), DA SILVA (E.)*

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA, Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. (C.A.R.E.P.S.). Grenoble. FRA

**Etat des lieux sur la permanence des soins en médecine libérale en Savoie : perception des médecins généralistes et des élus locaux.**

Lyon : URML : 2005/06 : 101 p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : B4986

[http://www.upmlra.org/doc/hp\\_648\\_doc.pdf](http://www.upmlra.org/doc/hp_648_doc.pdf)

En Savoie, comme partout en France, le problème récurrent de la permanence des soins en médecine libérale est posé avec une acuité de plus en plus grande. La Savoie présente la caractéristique d'être un département dont une partie importante du territoire est en zone de montagne (avec une double incidence : existence de larges secteurs très peu peuplés et d'accès malcommode et existence de flux saisonniers importants en période touristique hivernale et estivale). Face à la prégnance du problème, face à la nécessité d'imaginer rapidement des solutions, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a souhaité dresser un état des lieux dans certains départements de la Région : Isère, Savoie et Loire, décrivant l'existant, analysant les difficultés rencontrées par les généralistes, recueillant l'opinion des élus locaux sur ce problème et mesurant l'éventuel engagement des collectivités locales pour aider à trouver des solutions opérantes.

## ► Démographie médicale

33851

RAPPORT

Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. (C.A.R.M.F.). Paris. FRA

**Les vrais chiffres de la démographie des médecins libéraux.**

Paris : CARMF : 2006 : 24 p., fig.

Cote Irdes : B5747

<http://www.carmf.fr/page.php?page=focus/Slides/2006/demographiemedicale.pdf>

Les statistiques et projections de la CARMF montrent une évolution méconnue à ce jour de certaines caractéristiques démographiques de la profession, avec des régions et des spécialités en danger. Les évolutions générales sont les suivantes : féminisation de la profession, vieillissement de la population active, légère augmentation des effectifs des généralistes, une stagnation du nombre de spécialistes avec des évolutions contrastées par spécialité, une forte augmentation des effectifs des chirurgiens (+ 5,39%) et une légère baisse des anesthésistes, une baisse sensible des gynécologues-obstétriciens, des pédiatres et des psychiatres, une légère augmentation des autres spécialités. Ce document présente également une projection des effectifs jusqu'en 2025.

32588

RAPPORT

*ULMANN (P.) / collab., HARTMANN (L.) / collab.*

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

**Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2006.**

Paris : CNOM : 2006/08 : 141p., tabl., graph., carte, ann.

Cote Irdes : B5581

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>

Ce document dresse un état des lieux de la démographie médicale française. Il aborde successivement les questions de l'évolution des effectifs de médecins, des tendances démographiques majeures du corps médical, de la répartition des médecins en activité selon le cadre, le mode d'exercice, et la spécialité. De nouveau cette année, ce rapport insiste tout particulièrement sur les médecins en activité dont l'activité est régulière et ceux dont l'activité ne l'est pas (remplaçants ou temporairement sans activité).

## ► Formation professionnelle

32727

RAPPORT

Organisme Gestionnaire Conventionnel.  
(O.G.C.). Fontenay sous Bois. FRA

**Formation Professionnelle Conventionnelle des médecins libéraux : rapport d'activité 2005 : données globales, médecins généralistes, médecins spécialistes, Cpam.**

Fontenay sous Bois : OGC : 2005/12 : 41 p.  
Cote Irdes : B5597

[http://www2.ogc.fr/fichiers/Donnees\\_globales.pdf](http://www2.ogc.fr/fichiers/Donnees_globales.pdf)

[http://www2.ogc.fr/fichiers/Medecins\\_generalistes.pdf](http://www2.ogc.fr/fichiers/Medecins_generalistes.pdf)

[http://www2.ogc.fr/fichiers/Medecins\\_specialistes.pdf](http://www2.ogc.fr/fichiers/Medecins_specialistes.pdf)

<http://www2.ogc.fr/fichiers/AnnexeCPAM.pdf>

Ce rapport d'activité de l'Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) de la Formation professionnelle Conventionnelle (FPC) des médecins généralistes et spécialistes propose des données globales sur la FPC; des données concernant les médecins généralistes; des données concernant les médecins spécialistes; des annexes qui proposent une répartition des médecins généralistes et spécialistes selon leur Caisse primaire d'assurance maladie de rattachement.

## ► Pratique médicale

33795

FASCICULE

ALIX (C.)

Union Régionale des Caisses d'Assurance  
Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.).  
Dijon. FRA

**Regards croisés sur les facteurs explicatifs des comportements de prescription des médecins généralistes**

Dijon : URCAM : 2006/12 : 66 p., tabl., graph., annexes.

Cote Irdes : P127

L'objectif de cette étude était de tenter d'expliquer les disparités de prescriptions entre médecins généralistes au niveau de la région bourguignonne. Dans un premier temps, elle examine les facteurs sociodémographiques, les indicateurs de précarité, d'offre de soins et d'état de santé. Dans un second temps, l'aspect qualitatif a été privilégié par la réalisation de rencontres avec des professionnels de santé.

33732

RAPPORT

CHADELAT (J.F.)

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

**Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU : rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et de la solidarité.**

Paris : La documentation française : 2006 :  
129 p., ann.

Cote Irdes : B5716

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000895/0000.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000521/index.shtml>

La loi du 27 juillet 1999 a créé le dispositif de la CMU (couverture maladie universelle) permettant aux personnes à faibles revenus d'avoir accès à toutes les formes de soins. La mission confiée à Jean-François Chadelat trouve notamment son origine dans la publication, en juin dernier, d'une étude intitulée « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne ». Il apparaît dans cette étude que certains professionnels de santé ne respectent pas le principe d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU. Le rapport présente plusieurs propositions, dont la première est d'introduire, par un article de loi, une faculté de sanctions des professionnels de santé pratiquant le refus de soins.

33280

RAPPORT

CHEVREUL (K.), LE FUR (P.), RENAUD (T.),  
SERMET (C.)

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

**Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville.**

Paris : IRDES : 2006/10 : 205 p., tabl.

Cote Irdes : R1648

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une réflexion sur le développement d'un système d'information public permanent sur la médecine libérale en France. En effet, il n'existe actuellement aucun système public permettant de connaître les motifs de recours de la population aux médecins libéraux et de les lier avec les prescriptions. En l'absence de cette information, un volet entier des pratiques professionnelles échappe à l'évaluation, alors même que les différents acteurs du système de santé s'accordent pour dire toute l'importance qu'il y aurait à le faire. Dans cette étude, nous fai-

sons le point sur les différents recueils informatiés existant en France début 2005, qu'ils proviennent de sources administratives, de sociétés privées ou de sociétés savantes. Nous recensons et décrivons également les différents systèmes mis en place à l'étranger et accessibles aux pouvoirs publics. Enfin, en fonction des niveaux d'informations souhaités, nous développons différentes propositions allant de la création d'un nouvel observatoire des pratiques médicales à l'utilisation de bases de données existantes.

33853

RAPPORT

Université de Rennes 1. Faculté de médecine.  
Département de médecine générale.  
Rennes. FRA

**Les médecins généralistes face à l'organisation de l'offre de soins : quelles pratiques ? Quelles évolutions ?**

Rennes : Université de Rennes 1, 2006, 106 p.  
Cote Irdes : B5748

[http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/Actes\\_colloque\\_definitif.pdf](http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/Actes_colloque_definitif.pdf)

Le colloque –Les médecins généralistes face à l'organisation de l'offre de soins – s'est tenu le 8 juin 2006 à l'Ecole nationale de santé publique. L'exemple de la prise en charge des personnes âgées et la permanence des soins ont servi de fils conducteur. La journée a été organisée pour favoriser le débat et la confrontation d'expériences en autorisant le regroupement de communications autour d'axes thématiques. Le premier axe interroge la pratique et sa relation à l'environnement. Le deuxième axe interroge les nouvelles formes d'organisation du travail (réseaux, maisons médicales de garde, maisons de santé). Les organisations d'autres pays européens (Norvège, Hollande, Belgique, Lituanie, Royaume-Uni) sur ces questions ont montré que d'autres mondes de division du travail sont non seulement possibles mais intéressants.

33784

RAPPORT

VELISSAROPOULOS (A.), DROUOT (N.),  
SIMONNOT (N.)

Médecins du Monde. (M.D.M.). Coordination  
Mission France. Paris. FRA

**« Je ne m'occupe pas de ces patients » : testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France.**

Paris : Médecins du Monde : 2006/10 : 42 p.,  
tabl., carte  
Cote Irdes : B5725

[http://www.medecinsdumonde.org/publications/rapports/enquete\\_cmf\\_2006/file](http://www.medecinsdumonde.org/publications/rapports/enquete_cmf_2006/file)

Cette étude publiée par Médecins du monde a montré que 40% des médecins généralistes consultés refusent de soigner des malades bénéficiaires de l'aide médicale d'état. Les codes de déontologie et de santé publique sont sans ambiguïté : rien ne peut justifier de telles discriminations. Cette analyse se base sur les résultats d'une enquête menée dans dix villes de France.

## Relations médecin-malade

32569

RAPPORT

FAIZANG (S.)

**La relation médecins-malades : information et mensonge.**

Paris : Presses Universitaires de France,  
2006, 159 p

Éthnologies.

Cote Irdes : A3469

A l'ère de la démocratie sanitaire où le droit du patient à l'information est non seulement défendu, mais encore garanti par la législation, qu'en est-il, réellement, de l'information du malade ? Le patient reçoit-il l'information qu'il désire, que ce soit sur le diagnostic, le pronostic ou sur les traitements qui lui sont proposés ? Et, quand il la désire, quelle information souhaite-t-il obtenir ? Mais aussi, quelle information consent-il, lui-même, à donner aux médecins sur son mal et sur son corps ? Cet ouvrage est le résultat d'une étude menée pendant quatre ans sur les échanges entre médecins et malades et sur la nature des informations transmises à l'intérieur de la relation médicale. Il résulte d'une observation et d'une fréquentation de malades et de médecins dans le cadre de la médecine hospitalière, dans le contexte du cancer et d'autres pathologies. Il met en évidence non seulement des pratiques de rétention de l'information et de soustraction de la vérité, mais aussi, par delà ce qu'il est convenu d'appeler le « mensonge par omission », l'existence de véritables pratiques mensongères de la part des médecins comme des malades. Une analyse de leurs mécanismes et des malentendus qui caractérisent un grand nombre d'échanges en est proposée. Elle renouvelle l'approche de la problématique du mensonge en adoptant une perspective résolument anthropologique, attentive aux conditions et aux modalités sociales de son accomplissement. L'auteur y examine les frontières entre ce que l'on dit et ce que l'on ne dit pas, et entre ceux à qui on donne l'information et ceux à qui l'on ment, mettant en lumière un domaine encore peu exploré.



33789

OUVRAGE  
HORDE (P.), GABILLAT (C.)

**Patients tout ce que l'on vous cache.  
Médecine, mode d'emploi.**

Paris : Flammarion : 2006 : 508 p., ann.  
Cote Irdes : A3518

Des chirurgiens opérant pour faire du chiffre, des charlatans titulaires de pseudo-diplômes, des chances de guérir du cancer inégales d'un établissement à l'autre, des médecins embrigadés dans des sectes, des praticiens qui abusent de la crédulité des malades et ne respectent plus le code de déontologie... Tout cela serait-il possible en France, pays doté du meilleur système de santé au monde? Personne n'ose le croire, et pourtant, il ne s'agit pas d'un cauchemar, mais d'une part de la réalité. C'est ce que révèlent dans ce document le docteur Pierrick Hordé et la journaliste Claire Gabillat. Pendant plusieurs années, ils ont recueilli de nombreux témoignages de médecins, patients, membres d'associations et de syndicats, ont consulté des dizaines de rapports effectués pour le compte de diverses instances : ministère de la Santé, Sénat, Assurance-maladie, Académie de médecine, syndicats professionnels, etc. De quoi dresser un panorama objectif, avec ses qualités comme ses défauts, du milieu médical, et dessiner le vrai visage de la médecine d'aujourd'hui. Résultat : un guide pratique inédit, riche de nombreux conseils indispensables pour réagir face à des situations anormales, ne pas se tromper dans le choix de son médecin et rester maître de sa santé. Un outil qui devrait vite devenir incontournable pour chaque personne voulant se débrouiller dans la jungle médicale (4<sup>e</sup> de couverture).

## ► Revenus des médecins

32749

CHAPITRE  
LEGENDRE (N.)  
Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

**Les revenus d'activité libérale des professionnels de santé (1993-2003).**

*Les revenus d'activité des indépendants :  
édition 2006.*

Paris : INSEE : 2006/07 : 61-75, 9 tabl., 10 graph.  
Cote Irdes : C, B5602

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/REVAIND06af.PDF](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/REVAIND06af.PDF)

Le revenu d'activité libérale d'un médecin dépend étroitement de sa spécialité : 65 000 € en moyenne annuelle en 2003 pour un généraliste contre 99 000 € pour un spécialiste, cette moyenne s'élevant même à 192 000 € pour un radiologue contre

seulement 55 000 € pour un psychiatre. En dix ans cette hiérarchie des spécialités ne s'est pas modifiée même si les écarts se sont creusés entre les spécialités les plus lucratives et les autres. Sur cette période, l'évolution des revenus d'activité libérale des médecins n'a pas été uniforme. De 1993 à 1997, le revenu d'activité libérale moyen des praticiens a crû moins que l'inflation entraînant une baisse légère en euros constants. Mais depuis 1997, la tendance s'est inversée, avec de 1997 à 2000 une reprise de la croissance du revenu en euros constants puis son accélération sur la période 2000-2003. Au total, sur dix ans, le revenu d'activité libérale des médecins s'est accru, en termes réels et en moyenne de 1,8% par an, évolution légèrement plus modérée pour les généralistes (+ 1,5% contre + 1,9% pour les spécialistes). Ces évolutions résultent de l'évolution des charges, des honoraires et des dépassements. Les charges ont crû en termes réels tout au long de la période (+ 1,9%). En début de période, l'augmentation des honoraires est réelle (0,6%) mais inférieure à celle des charges. À partir de 1997 et encore plus après 2000, la croissance des honoraires s'accélère (+ 2,2% par an de 1997 à 2000 et + 3,1% ensuite). Cette évolution des honoraires résulte principalement de celle de l'activité et quasiment pas des tarifs conventionnels (+ 0,1% par an sur dix ans). Les dépassements ont augmenté fortement à partir de 2000. Le changement de tendance était perceptible dès 1997 (Résumé d'auteur).

## HÔPITAL

### ► Chirurgie

32584

RAPPORT  
D'AUTUME (C.), GUIDICELLI (H.) / collab.  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA

**Application du protocole d'accord du  
24 août 2004 sur la chirurgie française.**

Paris : IGAS : 2006/09 : 65 p.  
Cote Irdes : B5579

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/igas\\_guidicelli/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/igas_guidicelli/rapport.pdf)

Deux ans après la signature d'un protocole d'accord relatif à la chirurgie entre l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs, ce rapport propose une évaluation de la mise en œuvre des points de l'accord, notamment ceux relatifs à la politique tarifaire et à l'ouverture d'un secteur optionnel.

## ► Démographie médicale hospitalière

33368

RAPPORT

*BERLAND (Y.)*

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

### ***Rapport de la Mission « Démographie médicale hospitalière ».***

Paris : La documentation française : 2006/09 :  
201 p., tabl.

Cote Irdes : B5678

Par lettre en date du 6 mars 2006, le Ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a confié au Professeur Yvon Berland, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, une mission d'études et de propositions sur la démographie médicale hospitalière. Le présent rapport est articulé autour de cinq parties. La première s'est attachée à faire l'état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé. La deuxième est consacrée aux évolutions annoncées pouvant impacter dans les prochaines années l'offre de soins des établissements de santé. La troisième apporte quelques éléments de comparaisons des établissements de santé et de la démographie hospitalière des pays européens. La quatrième est une analyse de la situation actuelle de la démographie hospitalière basée sur l'état des lieux, les commentaires de rapports récents, l'avis des professionnels de santé et l'expertise apportée par les membres de la mission. La cinquième rend compte de propositions faites par la mission pour améliorer les dispositifs existants afin de mieux répondre aux besoins de la population.

ment aujourd'hui un tiers des activités de soins de l'ensemble des hôpitaux publics et assurent la formation de 30 000 étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et emploient plus de 270 000 personnes. Le rapport de Francis Giraud analyse les missions des CHU et formule seize propositions permettant d'améliorer leur fonctionnement et de préciser leur place dans l'organisation régionale des soins, de l'enseignement et de la recherche.

## ► Personnel Hospitalier

33574

RAPPORT

JOUNIN (N.), WOLFF (L.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).

Paris. FRA

### ***Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé.***

Noisy-le-Grand : Centre d'Etudes de l'Emploi,  
2006/04, 126 p.

Rapport de recherche ; n° 32.

Cote Irdes : B5700

[http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/fonctions\\_statuts\\_hierarchie\\_sante\\_32.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/fonctions_statuts_hierarchie_sante_32.pdf)

Ce travail vise à approfondir la connaissance des formes de hiérarchie, d'autorité et d'encadrement dans les hôpitaux, à partir d'un travail de terrain qualitatif et de l'enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé réalisée en 2003 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère chargé de la santé.

## ► Organisation hospitalière

32551

RAPPORT

*GIRAUD (F.)*

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

### ***Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions.***

Paris : La documentation française : 2006 : 65 p.

Cote Irdes : B5526

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000495/0000.pdf>

Créés en 1958, les centres hospitaliers et universitaires visent à établir l'équilibre entre trois missions complémentaires fondamentales que sont les soins, l'enseignement et la recherche. Les centres hospitaliers et universitaires assu-

## ► Psychiatrie

32542

OUVRAGE

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. (M.N.A.S.M.). Paris. FRA

### ***La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?***

Rennes : Editions ENSP : 2005 : 94 p.

Cote Irdes : A3464

La psychiatrie a connu ces dernières années plusieurs évolutions majeures. Tout d'abord, l'explosion de la demande. 62% d'augmentation des demandes de consultation, et 100% pour la psychiatrie infanto-juvénile en onze ans. A cette augmentation (dont il est difficile de discerner les causes profondes? la demande sociale et la psychologisation de la société, par exemple)

## D Formation médicale continue

est associé un véritable « changement de paradigme », de la psychiatrie à la santé mentale. En d'autres termes, le champ d'intervention de la psychiatrie s'est élargi, de sorte qu'une partie importante de l'intervention « consiste à déterminer ce qui est psychiatrique de ce qui ne l'est pas » (stress posttraumatiques, troubles scolaires de l'enfant...). La multiplication des services ambulatoires (CMP, CATTP, hôpitaux de jour), liée à la désinstitutionnalisation, est une autre évolution majeure. Enfin, l'entrée en lice des usagers et des familles. Comme pour la médecine en général, le rapport patient-malade a changé. Les familles sont mieux informées et impliquées dans les processus de soin. De même, les associations familiales sont intégrées dans les instances hospitalières. Autre évolution notable, la prise en charge de nouveaux publics : prisonniers, personnes âgées, précaires, alcooliques, handicapés adultes. Ce livre est rédigé par la Mission nationale d'appui en santé mentale, créée en 1993 et confiée au docteur Massé de l'hôpital Saint-Anne. Après avoir décrit la situation de la psychiatrie, il formule quelques propositions, dont notamment la diversification du « panier de services », destinée à répondre à la diversité des situations à laquelle est confrontée la psychiatrie.

33345

RAPPORT

RIERA (R.), BABRE (S.), BOURQUARD (J.), THOMAS (F.), LAURAND (G.), LOPEZ (A.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

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

Services Judiciaires. (I.G.S.J.). Paris. FRA, Ins-

pection Générale de l'Administration. (I.G.A.).

Paris. FRA

**La prise en charge des patients  
susceptibles d'être dangereux.**

Paris : IGAS : 2006/02 : 166 p., ann.

Cote Irdes : B5681

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000745/0000.pdf>

Évaluer les conditions de prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité, telle était la mission confiée à l'Inspection générale de l'administration (IGA), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ). Cette évaluation, faisant suite à la survenue de plusieurs événements dramatiques dans les hôpitaux psychiatriques (notamment à Pau en décembre 2004), avait pour objectif de formuler « toute proposition de nature à adapter le dispositif législatif et réglementaire, et faire évoluer l'organisation des soins en vue d'assurer la plus grande protection des personnes et des personnels ».

32587

RAPPORT

THUILLEZ (C.)

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.). Paris. FRA

**Commission sur l'Intégration des  
professions médicales et pharmaceutiques  
au cursus LMD.**

Paris : MESR : 2006/07 : 25 p.

Cote Irdes : B5580

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000620/0000.pdf>

Ce rapport présente les principes et les atouts d'une intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD (Licence-Master-Doctorat). Il donne l'organisation générale des années de Licence et Master (unités d'enseignement, concours, modes d'accès, stages...), propose une sensibilisation à la recherche et la mise en place d'un cursus Recherche. Il définit la nature de l'enseignement théorique et les volumes horaires, les modes d'enseignement, l'évaluation, l'Examen Classant National (ECN) et propose un mode de gestion des effectifs d'étudiants. Le rapport souligne l'intérêt de l'intégration de ces formations au processus de Bologne, intégration qui permet : la réorganisation et la modernisation des cursus de formation théorique et pratique qui seront soumis à évaluation régulière et à contractualisation dans le cadre de parcours jalonnés par licence et master ; la mise en œuvre de nouvelles modalités de sélection après l'entrée en L1 dans le cursus des étudiants ; la mutualisation de certains enseignements, un accès à une double formation professionnelle et scientifique ; l'établissement, à plusieurs étapes du cursus, de passerelles entrantes et sortantes en liaison avec d'autres formations universitaires, aux métiers de la santé notamment. Il souligne la nécessité de concevoir l'ensemble de la formation universitaire des professions médicales et pharmaceutiques comme un parcours intégré d'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de chaque métier.

## ► Infirmiers

32721

RAPPORT

DESMARESCAUX (S.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.

(C.A.S.). Paris. FRA

### **La proposition de loi portant création d'un ordre national des infirmiers.**

Paris : Sénat : 2006/10/03 : 75 p.

Cote Irdes : B5696

<http://www.senat.fr/rap/l06-001/l06-0011.pdf>

Ce rapport de Madame Desmarescaux porte sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée Nationale, concernant la création d'un ordre national des infirmiers. Après avoir exposé brièvement la situation actuelle des infirmiers, un examen des articles du code de la santé publique et du code de la Sécurité sociale, créant l'ordre national des infirmiers est réalisé.

## ► Ressources humaines

33396

RAPPORT

CAMERON (R.) / préf.

Pan American Health Organization's

Observatory of Human Resources

in Health. (P.A.H.O.). Washington DC. USA

### **Health human resources trends in the Americas : evidence for action.**

*Tendances des ressources humaines en santé en Amérique : évidence pour l'action.*

Washington PAHO : 2006 / 09 : 51 p. tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B5695

[http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/HRHA%20Strengthening%20\\_eng.pdf](http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/HRHA%20Strengthening%20_eng.pdf)

This collaborative review of human resources for health in the Americas was undertaken in follow-up to the Toronto Call to Action, the Seventh Regional Meeting of the Pan American Health Organization's Observatory of Human Resources in Health, held in Toronto, Ontario, Canada, October 4-7, 2005. This project was co-sponsored by the Human Resources for Health Unit of the PAHO/WHO and the Health Human Resources Strategies Division of Health Canada, in the Spring of 2006. A key ingredient for an effective health care system is ensuring an adequate supply of health professionals to meet the immediate and long-term needs of the population. The World Health Organization (2006) estimated, however, that 57 countries, comprising over 40 percent of the world's population, had insufficient

numbers of health workers to provide the minimum level of health care required. Furthermore, as the global population and health workforce ages and diseases continue to grow unabated in many regions, the international competition for scarce health human resources is expected to increase, potentially leading to a further depletion of health human resources, particularly in developing countries. Applying the WHO guideline, this review estimates that approximately 128,000 additional doctors and nurses would be required in the Americas in order for all countries and territories to meet this minimum health service standard. Achieving these targets is hindered, however, by the fact that : almost three-quarters of the countries and territories of the Americas have experienced a net migration loss including high levels of health professional emigration ; population growth continues to far outstrip the growth in the health workforce in non-urban areas where health care needs are highest ; despite workforce shortages, the data shows that a significant percentage of health workers are unemployed ; attrition from health professional schools has remained historically high ; and, disease rates continue to climb (HIV / AIDS, tuberculosis and malaria) with a concomitant growth in the demand for health services.

32581

RAPPORT

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

Genève. CHE

### **Travailler ensemble pour la santé : rapport sur la santé dans le monde 2006.**

Genève : OMS : 2006 : 214 p., tabl., ann.

Cote Irdes : B5537, A3516

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 expose l'analyse que font les spécialistes de la crise du personnel de santé dans le monde et propose des mesures de grande envergure pour y remédier dans les dix ans qui viennent, en agissant dès maintenant. La crise actuelle est une entrave aux progrès sanitaires dans près de 60 pays. On estime qu'il manque près de 4,3 millions d'agents de santé dans le monde - médecins, sages-femmes, personnel infirmier et personnel d'appui. C'est dans les pays démunis qui ont les plus grands besoins, notamment en Afrique subsaharienne, que la pénurie est la plus grave. De mauvaises conditions de travail, une forte réduction des effectifs due à la maladie ou à l'émigration et l'incapacité des systèmes de formation à compenser les manques donnent une idée de l'ampleur des problèmes dans ces pays. On recense quelque 59 millions d'agents de santé dans le monde. Un sur trois travaille dans la région des Amériques - principalement aux Etats-Unis et au Canada - qui concentre



plus de la moitié des ressources financières consacrées à la santé. Par contraste, pas plus de quatre agents de santé sur cent exercent en Afrique subsaharienne, région qui compte moins de un pour cent des ressources financières alors qu'elle enregistre un quart de la charge mondiale de morbidité. Le rapport montre comment trouver un meilleur équilibre. En planifiant les différentes étapes de la vie professionnelle - formation, embauche et activité jusqu'à la retraite -, on peut opter pour tout un éventail de politiques qui contribuent chacune à rendre le personnel de santé plus performant. Tous les pays peuvent dès à présent augmenter la productivité des effectifs mais ils doivent aussi anticiper les besoins et acquérir les moyens institutionnels nécessaires pour diriger, administrer les personnels de santé et fixer des règles qui régissent leur activité. Les initiatives nationales peuvent être soutenues par une solidarité mondiale qui facilite des réalisations d'intérêt commun tels que des cadres techniques communs et des recherches prioritaires ainsi que des accords de coopération en matière de migration et la mobilisation d'effectifs internationaux en cas de crise sanitaire. Pour seconder les pays qui souffrent d'une grave pénurie, les partenaires internationaux doivent de toute urgence prendre des engagements et assurer une coordination afin d'investir directement dans le personnel de santé dès maintenant et à plus longue échéance. Le rapport présente un plan d'action décennal qui devrait permettre aux pays de développer les ressources humaines et de renforcer leur système de santé avec le concours de partenaires mondiaux - en travaillant ensemble pour la santé.

33394

OUVRAGE

RECHEL (B.) / éd., DUBOIS (C.A.) / éd.,  
McKEE (M.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé.  
Observatoire Européen sur les Systèmes et  
Politiques de Santé. Bruxelles. GBR

***The Health Care Workforce in Europe :  
learning from experience.***

*Les ressources humaines en santé en Europe :  
apprendre à partir de l'expérience.*

Bruxelles : European Observatory on Health  
Systems and Policies : 2006 : 160 p.  
Cote Irdes : A3501

<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>

A trained and motivated workforce, with appropriate skills, a commitment to life-long learning and receiving adequate rewards is an essential pre-requisite for high-performing health systems. Yet, for many countries the challenge of getting this right too often proves elusive. How do you

ensure the right skill-mix, so that the appropriate staff are in the right places to meet the needs of populations with changing health needs? How do you cope with unprecedented levels of international mobility of health professionals, when minor changes in working conditions in another country can make the difference between surplus and scarcity? How do you ensure that the rewards are commensurate with the contributions that staff are making, especially when there are many other employment opportunities open to them? There are no easy answers, but in this book we have brought together the experiences of a range of countries that are all struggling with these issues (4<sup>e</sup> de couverture).

## MÉDICAMENTS

### ► Industrie pharmaceutique

33773

DOCUMENT DE TRAVAIL

GOLEC (J.), VERNON (J.A.)

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

***European pharmaceutical price regulation,  
firm profitability and R&D spending.***

*La régulation des prix des médicaments  
en Europe, le profit réalisé par les firmes  
et les dépenses de R&D.*

NBER Working Paper Series; n° 12676

Cambridge : NBER : 2006/11 : 34 p., tabl.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12676.pdf>

EU countries closely regulate pharmaceutical prices whereas the U.S. does not. This paper shows how price constraints affect the profitability, stock returns, and R&D spending of EU and U.S. firms. Compared to EU firms, U.S. firms are more profitable, earn higher stock returns, and spend more on research and development (R&D). Some differences have increased over time. In 1986, EU pharmaceutical R&D exceeded U.S. R&D by about 24 percent, but by 2004, EU R&D trailed U.S. R&D by about 15 percent. During these 19 years, U.S. R&D spending grew at a real annual compound rate of 8.8 percent, while EU R&D spending grew at a real 5.4 percent rate. Results show that EU consumers enjoyed much lower pharmaceutical price inflation, however, at a cost of 46 fewer new medicines introduced by EU firms and 1680 fewer EU research jobs.

## ► Innovation médicale

32605

CHAPITRE

Ministère de l'Économie - des Finances  
et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.). Paris. FRA

### **Technologies du vivant - santé - agroalimentaire.**

*Technologies clés 2010.*

Paris : Minefi : 2006/09 : 189-221

Cote Irdes : B5586

<http://www.industrie.gouv.fr/pdf/technocles2010-3.pdf>

Fruit du travail de réflexion de plus de 100 experts du monde de l'entreprise et de la recherche, l'étude « Technologies clés 2010 » présente - à horizon de cinq ans - les technologies porteuses d'avenir en termes d'attractivité et de compétitivité. Cet ouvrage s'inscrit également dans la politique de soutien public à l'innovation en mentionnant, pour chaque technologie retenue, son interaction avec les pôles de compétitivité. Dans le cadre de l'étude, le secteur des technologies du vivant, de la santé et de l'agroalimentaire a été considéré comme correspondant au domaine des besoins quotidiens. Ce dernier rassemble les activités industrielles et les services qui leur sont liés, et qui ont pour vocation de répondre aux obligations et aux besoins ordinaires de tout individu : se nourrir, se soigner, s'habiller... Ce secteur inclut l'agriculture, l'industrie agroalimentaire, la pharmacie, les produits de toilette (dont les parfums) et détergents et enfin le textile et l'habillement, le cuir et les chaussures. Plusieurs de ces domaines sont des contributeurs de tout premier plan dans la balance commerciale française : l'agriculture et l'industrie agroalimentaire, la pharmacie, les cosmétiques.

33295

DOCUMENT DE TRAVAIL

LAKDAWALLA (D.), PHILIPSON (T.),  
WANG (Y.R.)

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

### **Intellectual property and marketing.**

*La propriété intellectuelle et le marketing.*

*NBER Working Paper Series ; n° 12577.*

Cambridge : NBER : 2006/10 : 46 p., tabl.,  
graph., fig.

Cote Irdes : P193.

Patent protection spurs innovation by raising the rewards for research, but it usually results in less desirable allocations after the innovation has been discovered. In effect, patents reward inventors with inefficient monopoly power. However, previous analysis of intellectual property

has focused only on the costs patents impose by restricting price-competition. We analyze the potentially important but overlooked role played by competition on dimensions other than price. Compared to a patent monopoly, competitive firms may engage in inefficient levels of non-price competition — such as marketing — when these activities confer benefits on competitors. Patent monopolies may thus price less efficiently, but market more efficiently than competitive firms. We measure the empirical importance of this issue, using patent-expiration data for the US pharmaceutical industry from 1990 to 2003. Contrary to what is predicted by price competition alone, we find that patent expirations actually have a negative effect on output for the first year after expiration. This results from the reduction in marketing effort, which offsets the reduction in price. The short-run decline in output costs consumers at least \$400,000 per month, for each drug. In the long-run, however, expirations do raise output, but the value of expiration to consumers is about 15% lower than would be predicted by a model that considers price-competition alone, without marketing effort. The non-standard effects introduced by non-price competition alter the analysis of patents' welfare effects.

33324

RAPPORT

European Federation of Pharmaceutical  
Industries and Association. (E.F.P.I.A.).  
Bruxelles. BEL

### **Creating biomedical R & D leadership for Europe to benefit patients and society : The innovative medicines initiative (IMI) strategic research agenda.**

*Comment créer un leadership de recherche et  
développement dans le domaine biomédical en  
Europe : l'agenda de recherche stratégique de  
l'Initiative Innovation médicale.*

Bruxelles : EFPIA : 2006 : 153 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5663

The Innovative Medicines Initiative (IMI) is a unique pan-European public and private sector collaboration between large and small biopharmaceutical and healthcare companies, regulators, academia and patients. The aim of IMI is to support the faster discovery and development of better medicines for patients and enhance Europe's competitiveness by ensuring that its biopharmaceutical sector remains a dynamic high-technology sector. The Innovative Medicines Initiative will ensure that Europe's biomedical sciences receive targeted strategic support for the benefit of patients, as well as the scientists and citizens of Europe. IMI proposes a number of clear, practical paths that will accelerate the



discovery and development of more effective innovative medicines with fewer side-effects. IMI will implement innovative Patient Centred Projects that address the principle causes of delay or bottlenecks in the current biomedical R&D process. These bottlenecks have been identified as : predicting safety, predicting efficacy, bridging gaps in knowledge management and bridging gaps in education and training. The Strategic Research Agenda (SRA) describes the recommendations to address these bottlenecks and a plan to guide their implementation. These recommendations represent the outcome of an extensive consultation between Europe's key stakeholders in the biomedical sector. The Strategic Research Agenda is a 'living' document and will be up-dated based on scientific advances. To implement the Innovative Medicines Initiative, the European Commission and the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations will hold joint responsibility for creating and operating a new non-profit international organisation. This organisation will have a legal mandate to award research grants to European Public-Private Collaborations conducting innovative research projects focused on implementing the recommendations of the SRA. Creating Biomedical R&D Leadership for Europe to Benefit Patients and Society is the vision of this powerful partnership between the European Commission and the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, who are supporting the Innovative Medicines Initiative with strategic and financial resources.

33806

RAPPORT

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

***New drug development, Science-business, regulatory, and intellectual property issues cited as hampering drug development efforts.***

*Développement de nouveaux médicaments : la science, les affaires, la réglementation et la propriété intellectuelle citée comme pouvant gêner les efforts de développement des médicaments.*

Washington : GAO : 2006/11 : 47 p., tabl.  
Cote Irdes : B5639

<http://www.gao.gov/new.items/d0749.pdf>

This report provides (1) data regarding trends in the pharmaceutical industry's reported research and development expenses as well as trends in the number of new drug application and new drug applications for new molecular entities submitted to, and approved by, FDA; and (2) experts' views

on factors accounting for these trends, and their suggestions for expediting the drug development process and increasing the productivity of research and development efforts.

## ► Pharmacoeconomie

33367

RAPPORT

Comité Économique des Produits de Santé.  
(C.E.P.S.). Paris. FRA

***Comité Economique des Produits de santé : rapport d'activité 2005.***

Paris : Comité Économique des Produits de Santé : 2006/07 : 70 p., tabl.  
Cote Irdes : B5677

Ce rapport d'activité décrit les principales activités du Comité économique des produits de Santé (CEPS) au cours de l'année 2005. Il comprend 2 parties. La première partie traite des médicaments : le marché des médicaments remboursables en 2004; la régulation du marché des médicaments; la fixation des prix. La deuxième partie concerne les produits de santé autres que les médicaments : dépenses et prise en charge des dispositifs médicaux.

## ► Politique du médicament

32484

RAPPORT

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

***Mémento du médicament 2006.***

Paris : FNMF : 2006/05 : 12 p., tabl., graph.  
Cote Irdes : B5511

[http://www.fnmf.fr/web/frameset.nsf/Mutuelles/infosante\\_Memento2005?OpenDocument&AutoFramed](http://www.fnmf.fr/web/frameset.nsf/Mutuelles/infosante_Memento2005?OpenDocument&AutoFramed)

Le mémento médicament de la Mutualité Française, édité chaque année, fournit les principales données sur le marché du médicament et son financement par les mutuelles. Cette année, une attention particulière est accordée à l'analyse du comportement de prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) des médecins généralistes. Un regard détaillé est également apporté sur le bilan de la réévaluation des médicaments à Service Médical Rendu insuffisant (SMRi).

33759

DOCUMENT DE TRAVAIL  
PARIS (V.), DOCTEUR (E.)

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

**Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Canada.**

*Prix des médicaments et politiques de remboursement au Canada.*

*OECD Health Working Papers ; 24*

Paris : OCDE : 2006 : 87p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : B5722

<http://www.oecd.org/dataoecd/21/40/37868186.pdf>

Ce document décrit et évalue les politiques de prix et de remboursement des médicaments au Canada, en les situant dans le contexte politique et l'environnement de marché dans lesquels elles s'inscrivent; et en observant leur rôle dans l'atteinte des objectifs relatifs à la politique pharmaceutique canadienne. Le gouvernement fédéral régule les prix des médicaments brevetés dans le but de protéger les consommateurs de prix excessifs. Cette régulation a très probablement eu pour effet d'amener les prix des médicaments brevetés canadiens au niveau des prix des pays européens auxquels le Canada se compare. Les prix des médicaments génériques, qui ne sont pas régulés, sont relativement élevés malgré une forte pénétration des génériques sur les marchés. Tous les Canadiens sont couverts pour les médicaments fournis à l'hôpital par un système public qui fournit gratuitement tous les services hospitaliers et médicaux. Les médicaments dispensés dans le secteur ambulatoire ne sont pas inclus dans le panier des services couverts au titre de la Loi Canadienne sur la santé. Par conséquent, deux tiers des Canadiens, dont la plupart des salariés et leurs familles, obtiennent une couverture médicament par les assurances privées, tandis que beaucoup de personnes âgées, ainsi que certains groupes vulnérables de la population, sont couverts par des plans publics provinciaux, territoriaux ou fédéraux. Dans la plupart des cas, les patients participent aux dépenses de médicaments remboursables selon diverses modalités (forfait, co-assurance), parfois assorties de franchises. Le manque de protection contre le risque de dépenses catastrophiques de médicament reste un problème pour une petite partie de la population canadienne, concentrée dans les provinces atlantiques. Réflétant l'ensemble de ces modalités de couverture et de remboursement, 54% des dépenses de médicaments sont financées par les assurances privées et les ménages. Les dépenses de médicaments ont augmenté rapidement au cours des dernières années. Le management des listes de médicaments remboursables, à présent facilité

par une initiative gouvernementale pour entreprendre une évaluation centralisée des médicaments, et la promotion de la substitution par les génériques, ont été les principaux leviers utilisés par les plans publics pour améliorer l'efficacité des dépenses de médicament. Les plans privés couvraient, par le passé, tous les médicaments autorisés à la vente au Canada, mais ceci est en train de changer sous la pression des coûts. Dans l'ensemble, les nouveaux médicaments sont disponibles sur le marché Canadien dans des délais satisfaisants mais le maintien de bonnes conditions de disponibilité et d'accessibilité financière pourrait devenir un défi (Résumé d'auteur).

33844

RAPPORT

Congress of the United States. Congressional Budget Office. (C.B.O.). Washington.USA

**Prescription drug pricing in the private sector.**

*Détermination des prix des médicaments prescrits dans le secteur privé.*

Washington : CBO, 2007/01 : 26 p., fig., tabl.

Cote Irdes : B5742

<http://www.cbo.gov/ftpdocs/77xx/doc7715/01-03-PrescriptionDrug.pdf>

This Congressional Budget Office (CBO) paper, prepared at the request of Senate Majority Leader Frist, explains the supply chain, the flow of payments, and the process by which payments are determined and provides estimates of the relative prices that retail pharmacies and non-retail providers pay for prescription drugs. In keeping with CBO's mandate to provide objective, nonpartisan analysis, this paper makes no recommendations.

## ► Prescription

32708

RAPPORT

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnolet. FRA

**Le baromètre de la prescription en DCI en France.**

Bagnolet : CCMSA, 2006, 9 p.

Cote Irdes : dossier de presse : médicaments/prescription

[http://www.mutualite.fr/web/frameset.nsf/Mutuelles/infosante\\_medic\\_BarometrePrescription](http://www.mutualite.fr/web/frameset.nsf/Mutuelles/infosante_medic_BarometrePrescription)

Pour la première fois en France, le taux de prescription en Dénomination Commune Internatio-

nale (DCI), dépasse le seuil de 10%, révèle la dernière mise à jour du baromètre trimestriel de la prescription en DCI publié par la Mutualité Française, sur son site Internet, mutualite.fr. Ainsi au printemps 2006, les médecins prescrivent en moyenne une ligne de prescription sur dix en DCI, contre une sur cent au printemps 2002, indique la Mutualité dans un communiqué. Les tableaux de bord ainsi que l'analyse de ce baromètre montrent également que les comportements de prescriptions en DCI se caractérisent toujours par une forte disparité tant professionnelle (les généralistes prescrivent plus que les spécialistes) que géographique (la région la plus vertueuse est la région ouest, et la moins vertueuse, la région parisienne - 4,8 points d'écart). Enfin, ce baromètre montre une forte corrélation entre la prescription en DCI et la délivrance de génériques.

## Publicité

33805

RAPPORT

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

**Prescription drugs :  
improvements needed in FDA's oversight  
of direct-to-consumer advertising.**

*Prescription des médicaments :  
améliorations nécessaires à apporter  
au contrôle de la publicité directe aux  
consommateurs par la FDA.*

Washington : GAO : 2006/11 : 47 p., tabl.  
Cote Irdes : B5638

<http://www.gao.gov/new.items/d0754.pdf>

As a result of the increased spending on prescription drugs and concerns about the effect of DTC advertising, you asked us to examine trends in DTC advertising and FDA's regulation and oversight of this advertising. In this report, we discuss (1) trends in pharmaceutical industry spending on DTC advertising, as compared to promotion to medical professionals, and research and development; (2) what is known about the relationship between DTC advertising and prescription drug spending and utilization patterns; (3) the DTC advertising materials FDA reviews; (4) the number of FDA regulatory letters that cited DTC advertising materials and FDA's process for issuing those letters; and (5) the effectiveness of FDA's regulatory letters at limiting the dissemination of false or misleading DTC advertising.

## Canada

33762

RAPPORT

PAGEAU (M.), CHOINIERE (R.),  
FERLAND (M.), SAUVAGEAU (Y.),  
MARTINEZ (J.)

Institut National de Santé Publique du Québec.  
(I.N.S.P.). Québec. CAN

**Portrait de santé du Québec et de ses  
régions 2006. Deuxième rapport national sur  
l'état de santé de la population du Québec.**

**Les statistiques.**

Québec : Les Publications du Québec : 2006 :  
659 p., tabl., graph., 14 ann.  
Cote Irdes : C, SE (CAN)

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/545-PortraitSante2006\\_Statistiques.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/545-PortraitSante2006_Statistiques.pdf)

Ce volume regroupe toutes les données pertinentes à l'étude de l'état de santé de la population et constitue ainsi un véritable annuaire statistique de la santé et de ses déterminants à l'échelle du Québec et de chacune des 18 régions socio-sanitaires. Plus de 200 indicateurs calculés à partir d'une soixantaine de sources différentes y sont rassemblés sous forme de fiches descriptives faisant une place de choix aux comparaisons entre les régions. Toutes les dimensions de la santé y sont présentées : conditions démographiques, conditions socioculturelles, conditions socio-économiques, environnement physique, environnement social, habitudes de vie et comportements, services de santé, état de santé global, état de santé physique, état de santé psychosocial ou mental.

33763

RAPPORT

PAGEAU (M.), CHOINIERE (R.), FERLAND (M.),  
SAUVAGEAU (Y.), MARTINEZ (J.)

Institut National de Santé Publique du Québec.  
(I.N.S.P.). Québec. CAN

**Portrait de santé du Québec et de ses  
régions 2006. Deuxième rapport national sur  
l'état de santé de la population du Québec.**

**Les analyses.**

Québec : Les Publications du Québec : 2006 :  
131 p., tabl., graph., 1 ann.  
Cote Irdes : C, SE (CAN)

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006\\_Analyses.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf)

Ce volume présente un bilan de santé des Québécois selon 16 thèmes regroupés en trois

grandes sections. Ce qui influence la santé : l'évolution démographique, les conditions socio-économiques, les soins de santé et les services préventifs, la santé environnementale, les habitudes de vie et les comportements. Des progrès réels mais des problèmes persistants : la santé globale, les maladies chroniques, les maladies infectieuses, les traumatismes non intentionnels, l'environnement social et les problèmes d'adaptation, la santé mentale. Des populations qui évoluent : les différences entre les hommes et les femmes, la santé maternelle et infantile, les jeunes, la santé et le travail, les aînés. L'évolution récente, les disparités régionales de santé ainsi que la situation du Québec face aux autres provinces ou pays occidentaux sont autant d'angles d'analyse ayant permis d'établir, à travers ses forces et faiblesses, le bilan de santé des Québécois. Ce portrait vulgarisé met en relief les progrès réalisés en matière de santé et sert à identifier les secteurs où des efforts soutenus doivent être déployés. Une affiche-synthèse, offerte en prime, accompagne le volume.

32793

RAPPORT  
SKINNER (B.J.), ROVERE (M.)  
The Fraser Institute. Vancouver BC. CAN

***Paying more, getting less 2006 : measuring the sustainability of public health insurance in Canada.***

*Payer plus, obtenir moins en 2006 : comment mesurer la "soutenabilité" de l'assurance maladie publique au Canada.*

Vancouver : The Fraser Institute : 2006/10 :  
35 p., tabl., fig.  
Cote Irdes : B5613

This study is The Fraser Institute's third annual report on the financial sustainability of provincial public health insurance. Every year the data are updated and new projections generated. This year's analysis again uses the most recent five-year trends in the annual growth rates for total provincial public expenditure on health care and total provincial government revenue from all sources to project future growth in these measures. The results confirm that health-care financing, as it is currently structured in Canada, is not financially sustainable. Health spending has been growing faster on average than revenue in all provinces for a long time and has also outpaced inflation and economic growth. This has resulted in health care taking up an increasing share of provincial revenue overtime, despite higher tax burdens in each of the provinces as well as government policies that restrict access to medically necessary goods and services.

## ► Espagne

33561

RAPPORT  
DURAN (A.), LARA (J.L.), VAN WAVEREN (M.)  
BANKAUSKAITE (V.) / éd.  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.  
DNK, Observatoire Européen des Systèmes et  
Politiques de Santé.  
Bruxelles. BEL

***Spain : Health Systems Review.***

*Espagne : passage en revue sur  
le système de santé.*

Health Systems in Transition (HiT) ; Vol 8 ; n° 4.  
Copenhague : Bureau Régional de l'Europe :  
2006 : 208 p., 1 carte, graph., tabl.  
Cote Irdes : BC5699

[www.euro.who.int/Document/E89491.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E89491.pdf)

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Espagne, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► États-Unis

33395

RAPPORT  
US Department of Health and Human Services.  
Centers for Disease Control and Prevention.  
(C.D.C.). National Center for Health Statistics.  
(N.C.H.S.). Hyattsville. USA

***Health, United States, 2006. With chartbook on trends in the health of Americans.***

*La santé aux Etats-Unis 2006. Recueil de tableaux et graphiques sur les tendances en matière de santé chez les Américains du Nord.*  
Hyattsville : CDC - NCHS : 2006 / 11 : 185 p.,  
tabl.

Cote Irdes : C, SE (USA) 2006

<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06.pdf>

Health, United States, 2006, is the 30th annual report on the health status of the Nation. In a chartbook and 147 detailed tables, it provides an annual picture of health for the entire Nation. Trends are presented on health status and health care utilization, resources, and ex-



penditures. For those entrusted with safeguarding the Nation's health, monitoring the health of the American people is an essential step in making sound health policy and setting priorities for research and programs. Measures of the population's health provide essential information for assessing how the Nation's resources should be directed to improve the health of the population. Examination of emerging trends identifies diseases, conditions, and risk factors that warrant study and intervention. Health, United States presents trends and current information on measures and determinants of the Nation's health. It also identifies differences in health and health care among people of differing races and ethnicities, genders, education and income levels, and geographic locations, and it shows whether these differences are narrowing or increasing. Given the increasing diversity of the Nation and the continuing changes in the health care infrastructure, this is a challenging task, but it is a critically important undertaking.

33294

DOCUMENT DE TRAVAIL  
*SIMON (K.L.), LUCARELLI (C.)*  
 National Bureau of Economic Research  
 (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***What drove first year premiums  
 in stand-alone medicare drug plans ?***  
 NBER Working Paper Series ; n° 12595.  
 Cambridge : NBER : 2006/10 : 37 p., tabl.,  
 graph., fig.  
 Cote Irdes : P193

Medicare's Part D offers heavily subsidized new drug coverage to 22.5 million seniors to date, of whom 16.5 million are in stand-alone drug plans (Department of Health and Human Services, 2006). The government delegated the delivery of the benefit to private insurance companies arguing that market incentives would lead them to provide coverage at the lowest price possible. The massive entry of plans and the large variety of actuarial designs and formularies offered make it complicated to assess how insurers set premiums during this first year of the program. This paper presents the first econometric evidence on whether premiums in the stand-alone drug plan markets are driven by the relevant factors predicted by insurance theory. Using data gathered from the Centers for Medicare and Medicaid Services, we measure a plan's generosity as the simulated out of pocket payments for different sets of drugs. We also identify the listed full drug prices by each insurer and merge these with other plan and geographical characteristics to test predictions about how insurers set premiums. We find evidence that a) the number of insurers in a market is big enough such that it does not appear

to influence premiums, b) the full drug prices listed appear to be reflected to some degree in the premiums charged c) plan characteristics such as the provision of extra coverage are reflected in higher premiums, but overall there is a weak relationship between premiums and simulated out of pocket payments for different sets of drugs d) the institutional setting and regional market characteristics affect the firms' bidding behavior and their resulting premiums. Insurers appear to have responded strongly to program incentives such as the automatic enrollment of dual Medicaid-Medicare beneficiaries into low cost plans. As data for 2007 are made available, it will be important to see if plans follow similar pricing strategies in subsequent years of this program.

## ► Europe

33580

RAPPORT  
*RAITANO (M.)*  
 European Network of Economic Policy  
 Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.).  
 Bruxelles. BEL

### ***The impact of death health-related costs on health-care expenditure : a survey.***

*Etude sur l'impact des coûts relatifs  
 à la mort sur les dépenses de santé.*  
 Bruxelles : ENEPRI : 2006/02 : 19 p., tabl.  
 Cote Irdes : B5705

<http://www.enepri.org/Publications/RR17.pdf>

In the economic policy debate it is often stated that population ageing will lead to huge increases in the age-related components of public expenditure - primarily pensions and health care. This paper analyses a factor that may, at least partly, alleviate the fear that increased life expectancy will accelerate the rise in health-care spending : namely the fact that independent of decedent age, the bulk of per capita health-care costs are concentrated in the last years of life (the so-called 'death-related' costs). It surveys the empirical literature on health economics, presenting the main results obtained by studies on the interaction among age, proximity to death and health-care expenditure. Based on this analysis, it concludes with certainty that age alone is not a good predictor of rises in health-care spending, and that proximity to death must also be used as a predictor of health-care expenditure.

33581

RAPPORT  
LAYTE (R.), NOLAN (A.), VAN OURTY (T.)  
European Network of Economic Policy  
Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.).  
Bruxelles. BEL

**Health and morbidity by age and socioeconomic characteristics.**

*Etat de santé et morbidité par âge et caractéristiques socio-économiques.*  
Bruxelles : ENEPRI : 2005/11 : 119 p.,  
fig., tabl., annexe.  
Cote Irdes : B5706

<http://www.enepri.org/Publications/RR15.pdf>

Expenditure on medical treatment has tended to rise as a proportion of national income throughout the European Union. A particular concern is that, with an ageing population, the pressures on health expenditure will increase further. The aim of this particular work package is to describe and model health and morbidity, and the associated use of health services, by age and socio-economic characteristics across the EU. Although many studies find that time to mortality, rather than age, is more important in determining health care costs, owing to the nature of our data we concentrate on the effect of age on both health status and health services utilisation. Using longitudinal micro-data from the European Community Household Panel (ECHP), we estimate multivariate models of health status and health services utilisation for each of the EU-15 member states. This research highlights that while there is a similar pattern of worsening health status and increasing health services utilisation as age increases, much of this variation is removed when we account for differences in socio-economic characteristics (and health status where applicable). This finding concurs with previous research that argues that it is time to mortality rather than ageing per se that plays a large part in determining health care expenditures. A further lesson from this research is that the age-health and age-utilisation relationships may also be affected by the particular cultural and institutional factors of the country concerned, including the gate-keeping role of GPs, the extent of eligibility for free care, etc.

33582

RAPPORT  
MORTENSEN (J.)  
European Network of Economic Policy  
Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.).  
Bruxelles. BEL

**Ageing, health and retirement in Europe. The AGIR project. Final report on scientific achievements.**

*Vieillessement, état de santé et retraite en Europe. Le projet AGIR. Rapport final.*  
Bruxelles : ENEPRI : 2006/02 : 40 p., tabl.  
Cote Irdes : B5707

<http://www.enepri.org/Publications/RR11.pdf>

A question increasingly raised in recent years is whether the trend towards longer life expectancy has been accompanied by comparable increases in the expectancy of life in good health (active or disability-free life expectancy). Formulating an answer to this question is of essential importance for projecting health expenditure and for forecasting retirement patterns over the coming decades. The AGIR research project aimed essentially at exploring all available information to illustrate whether people are not only living longer but also ageing in better health. Emerging from the AGIR project is, first of all, a pressing need to distinguish more clearly than is done in most of the public debate on population ageing between the 'known' and 'the unknown'. More precisely, this implies distinguishing between the features of past, current and future developments, which can be considered as relatively certain or known with only a small margin of uncertainty, and features that depend essentially on 'assumptions' or scenario calculation, which are surrounded by substantial margins of uncertainty. Despite these remaining uncertainties the AGIR project unambiguously confirmed that ensuring at the same time the sustainability and adequacy of health care and retirement income for the population in EU member states over the coming decades is a task requiring action at all levels of society, government, firms and households. For public policy the issues at stake are not 'only' to undertake appropriate changes in the parameters of welfare systems but to reconsider the balance between public and private initiatives, and notably to thoroughly analyse to what extent the future necessary adjustments can be achieved through the play of market forces and to what extent policy intervention is required.



33585

RAPPORT

PIEKKOLA (H.), DESCHRYVERE (M.)

European Network of Economic Policy  
Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.).

Bruxelles. BEL

**Options values for retirement.**

**Effects of public incentives to postpone  
retirement in Finland, Belgium and Germany.**

*Choix de l'âge du départ à la retraite.*

*Effets des mesures publiques incitatives  
de prolongement de l'activité en Finlande,  
Belgique et Allemagne.*

Bruxelles : ENEPRI : 2006/02 : 26 p., tabl

Cote Irdes : B5710

<http://www.enepri.org/Publications/RR14.pdf>

This paper studies the determinants of the retirement transitions of Europeans and focuses on the impact of social security systems on retirement behaviour. The analysis uses the first eight waves (1994-2001) of the European Community Household Panel. Based on these survey data, option values - which express, for each retirement age, the trade-off between retiring now and keeping the option open for some later retirement date - are constructed for each sampled individual in three countries : Finland, Belgium and Germany. The overall results of the duration and probit models show that the option value, well-being at work and health all have a significant impact on retirement decisions irrespective of gender. The analysis shows that policies to raise marginal incentives and, hence, option values are effective, especially in Finland. The incentives have the highest impact on the early retirement stage. In Germany and Belgium we see spikes in retirement at age 60 or 65, whereas the retirement path in Finland is smooth from age 56 and option values do not significantly decrease with age. Job satisfaction is an important predictor of future withdrawal from work. Poor health also has an important effect on retirement risk, especially in Germany.

33579

RAPPORT

PEELIKAAN (F.), WESTERHOUT (E.)

European Network of Economic Policy Research  
Institutes. (E.N.E.P.R.I.). Bruxelles. BEL

**Alternative scenarios for health, life  
expectancy and social expenditure.**

**The influence of living longer in better health  
on health care and pension expenditures  
and government finances in the UE.**

*Scénarii alternatifs concernant la santé,  
l'espérance de vie et les dépenses sociales.*

*Conséquences de l'allongement de la durée de  
vie en bonne santé sur le système de santé, les  
pensions de retraite et les finances du gouver-  
nement dans les pays de l'Union européenne.*

Bruxelles : ENEPRI : 2005/06 : 104 p., fig., tabl.,  
annexe.

Cote Irdes : B5704

<http://www.enepri.org/Publications/RR08.pdf>

This report investigates the effect of population ageing on public health – and long-term care expenditures, public pensions and government finances in EU countries in the projection period 2002-50. The authors specifically consider new insights about the development of demography and health on these projections. In this regard, the view has been expressed that people may live substantially longer in the future than estimated by current demographic projections and may spend part of these additional years in better health. Both developments have obvious implications for the correct projection of public expenditures and finances. To assess the effects of living longer in better health, four core scenarios are developed : a base case and scenarios for living longer, living in better health and living longer in better health. The analysis also contains a number of new elements. First, it includes the costs incurred during the last years of life in the projections, which will be postponed by an increase in life expectancy. Hence, the calculations in the study correct for the overestimation of future healthcare expenditure that arises when no account is made for mortality-related costs. Second, the cost of mortality is disaggregated into a health- and long-term care component, which differs by age. Third, tax revenues are incorporated into the projections for government finances. With this information, the analysis is able to project government finances in the future and assess whether government finances are sustainable under current social policy rules.

32632

RAPPORT

Eurostat. Luxembourg. LUX, Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

**La santé en Europe : données 1998-2003. Population et conditions sociales.**

Luxembourg : Offices des Publications Officielles des Communautés Européennes : 2005 : 108 p., tab.  
Cote Irdes : S30 / 5

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFF-PUB/KS-71-05-182/EN/KS-71-05-182-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFF-PUB/KS-71-05-182/EN/KS-71-05-182-EN.PDF)

Ce pocketbook fournit une sélection de chiffres sur la santé et ses déterminants. Il répond à une demande croissante de la politique communautaire dans le domaine de la santé publique pour des données et des indicateurs complets, cohérents et comparables. Un aperçu plus complet des indicateurs de santé peut être trouvé dans la publication « chiffres-clés sur la santé ». La sélection actuelle dans ce pocketbook se concentre sur certains sujets principaux.

33145

RAPPORT

STAHL (T.) / éd., WISMAR (M.) / éd., OLLILA (E.) / éd., LAHTINEN (E.) / éd., LEPPÖ (K.) / éd. STAKES  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

**Health in all policies : prospects and potentials.**

*La santé dans toutes les politiques : prospectives et potentialités.*

Bruxelles : Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé ; Helsinki : Ministry of social affairs and health : 2006 : 278 p.  
Cote Irdes : A3493

<http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf>

Health is largely determined by factors outside the health care domain. Efforts to integrate health considerations into societal policy-making with the aim to improve population health are being made almost everywhere, both at the Community level as well as at the national, regional and local levels. This volume, published in the context of the Finnish Presidency of the European Union (EU), aims to highlight how and why the health dimension can and should be taken into account across all government sectors. Particular emphasis is placed on the unique mandate and obliga-

tion of the EU to protect health in all its policies. The topic is explored from the perspectives of available methods and different levels of policy-making, and examples are included from specific policy areas and health issues.

33160

RAPPORT

BARBIER (J.C.)  
Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.). Paris. FRA

**Analyse comparative de l'activation de la protection sociale en France, Grande-Bretagne, Allemagne et Danemark.**

Noisy-le-Grand : Centre d'Études de l'Emploi : 2006/04 : 218 p.  
Cote Irdes : B5641

Le rapport cherche à répondre à une question, posée par la Dares (ministère du Travail) qui souhaitait, prioritairement, approfondir la compréhension de la diversité des arrangements existant dans les États membres à l'intérieur du cadre des lignes directrices de la stratégie européenne pour l'emploi (SEE), qui concernent l'activation de la protection sociale, pour les comparer avec la situation française. Après un court chapitre (chapitre I) qui alerte sur les questions de méthodologie comparative, le chapitre II est dédié à une revue de la littérature internationale à propos de l'activation. Ensuite, le rapport envisage, séparément les pays concernés par la comparaison : le chapitre III, consacré au Danemark, est le plus étoffé ; le chapitre IV s'intéresse à l'Allemagne et le chapitre V à la Grande-Bretagne. Au chapitre VI sont analysées les données statistiques portant sur les dépenses de politiques de l'emploi et les marchés du travail. Le chapitre VII offre une synthèse des dimensions comparatives étudiées et conclut par quelques marques à propos du cas français.

33303

RAPPORT

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

**La dimension européenne des politiques sociales : rapport annuel 2006.**

Paris : IGAS : 2006 : 470 p., ann.  
Cote Irdes : P32

Ce rapport vise à donner un aperçu d'ensemble de la dimension européenne des politiques sociales de la France et de sa mise en œuvre au plan national. Il n'entend pas fournir de réponse générale et définitive sur les conséquences sociales de la construction communautaire. En revanche l'IGAS espère apporter avec ce document un éclairage au débat public sur cette ques-

tion à travers la perspective qui est la sienne, celle de l'évaluation des politiques publiques sociales. Dans quel cadre et comment s'élaborent les politiques sociales à Bruxelles? Dans quelle mesure et par quelles voies les politiques françaises peuvent-elles influencer le débat et les solutions retenues, hier à quinze, aujourd'hui à vingt-cinq? Quel est en retour l'impact des orientations et directives européennes sur la conception et la mise en œuvre des politiques sociales dans notre pays? À quelles évolutions s'attendre de ce point de vue? C'est le type de questions auxquelles l'IGAS tente de répondre dans le rapport de synthèse. Celui-ci tire les conclusions d'analyses thématiques dont l'intégralité figure en annexe sur : - le droit du travail; - la politique de l'emploi; - la politique de santé publique; - la protection sociale; - les politiques de lutte contre les exclusions et contre les discriminations; - la question du dumping social.

33577

RAPPORT

WHITEHEAD (M.), DAHLGREN (G.)

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

Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK, Organisation Mondiale de la Santé.

(O.M.S.). Observatoire Européen des

Systèmes et Politiques de Santé.

Bruxelles. BEL

***Levelling up (part 1) : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health.***

*Niveler par le haut : document de réflexion sur les concepts et pratiques nécessaires pour s'attaquer aux inégalités sociales de santé. Première partie.*

Copenhague : Bureau régional de l'OMS

pour l'Europe : 2006 : 30 p., annexe.

Cote Irdes : B5702

<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>

Social inequities in health are systematic differences in health status between different socioeconomic groups. These inequities are socially produced (and therefore modifiable) and unfair. In practice, all systematic differences in health between socioeconomic groups in European countries could be regarded as unfair and avoidable, and therefore regarded as inequities. This judgement about unfairness is based on universal human rights principles. The evidence points to the existence of extensive (and widening) social inequities in health in Europe today. The need to take action to reduce these inequities and their root causes is becoming ever more pressing as a major public health challenge. This calls for a new way of thinking about the direction of policy and also calls for renewed vigilance in

monitoring impacts, to make sure that no segment of the population is excluded or loses out. Increasing numbers of countries across Europe have been striving to face the challenge of social inequities in health and are working out what practical action can be taken in their own country to improve the situation. The aim of this paper is to help promote a common understanding of the concepts and principles on which actions for tackling health inequities can be based.

33578

RAPPORT

WHITEHEAD (M.), DAHLGREN (G.)

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

Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK, Organisation Mondiale de la Santé.

(O.M.S.). Observatoire Européen des

Systèmes et Politiques de Santé.

Bruxelles. BEL

***Levelling up (part 2) : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health.***

*Niveler par le haut (seconde partie) : document de réflexion sur les stratégies adoptées par les pays de l'Union européenne pour s'attaquer aux inégalités sociales de santé.*

Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour

l'Europe : 2006 : 30 p., annexe.

Cote Irdes : B5702

<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>

Social inequities in health are systematic differences in health status between different socioeconomic groups. These inequities are socially produced (and therefore modifiable) and unfair. In practice, all systematic differences in health between socioeconomic groups in European countries could be regarded as unfair and avoidable, and therefore regarded as inequities. This judgement about unfairness is based on universal human rights principles. The evidence points to the existence of extensive (and widening) social inequities in health in Europe today. The need to take action to reduce these inequities and their root causes is becoming ever more pressing as a major public health challenge. This calls for a new way of thinking about the direction of policy and also calls for renewed vigilance in monitoring impacts, to make sure that no segment of the population is excluded or loses out. Increasing numbers of countries across Europe have been striving to face the challenge of social inequities in health and are working out what practical action can be taken in their own country to improve the situation. The aim of this paper is to help promote a common understanding of the concepts and principles on which actions for tackling health inequities can be based.

## ► Ex-République de Macédoine

32790

RAPPORT

GJORGJEV (D.), BACANOVIC (A.),  
CICEVALIEVA (S.), SULEVSKI (Z.),  
GROSSE-TEBBE (S.)

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

### **Health Care Systems in Transition (HIT) : the former Yugoslav Republic of Macedonia.**

*Systèmes de santé en transition (HIT) :  
l'ex-République yougoslave de Macédoine.*  
Copenhague : Bureau Régional de l'Europe :  
2006 : 97 p., graph., tabl.  
Cote Irdes : Bc5611

<http://www.who.dk/document/e88391.pdf>

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la République de Macédoine, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► Finlande

32609

RAPPORT

KOSKINEN (S.), AROMAA (A.), TEPERI (J.)  
National Research and Development Centre  
for Welfare and Health. (S.T.A.K.E.S.).  
Helsinki. FIN

### **Health in Finland.**

*La santé en Finlande.*  
Helsinki : STAKES : 2006 : 178 p., tabl., graph.  
Cote Irdes : B5554

<http://www.ktl.fi/hif/hif.pdf>

This report focus on : public health and its promotion ; population, living conditions and lifestyles ; mortality, morbidity and functional capacity ; major public health problems ; health differences ; health and health needs at different stages of life ; services and social security related to health and illness ; public health problems and need for care : costs and future outlook.

## ► Irlande du Nord

32606

RAPPORT

JORDAN (A.), MCCALL (J.), MOORE (W.),  
REID (H.), STEWARD (D.)

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

### **Health Care Systems in Transition (HIT) : the northern Ireland report.**

*Systèmes de santé en transition :  
Irlande du Nord.*  
Copenhague : Bureau Régional de l'Europe :  
2006 : 42 p., graph., tabl.  
Cote Irdes : Bc5555

<http://www.who.dk/Document/OBS/Northern-Ireland.pdf>

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Irlande du nord, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► Norvège

33393

RAPPORT

JOHNSEN (J.R.)

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

### **Health Systems in Transition (HIT) : Norway.**

*Systèmes de santé en transition (HIT) : Norvège.*  
Bruxelles : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2006 : 167 p., graph., tabl.  
Cote Irdes : Bc5592

<http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf>

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la Norvège, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation struc-



turelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► Pays-Bas

33796

RAPPORT

WESTERT (G.P.) / éd., VERKLEIJ (H.) / éd.

National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven. NLD

### **Dutch Health care performance report.**

Bilthoven : National Institute for Public Health and the Environment. : 2006 : 189 p., tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : B5733

[http://www.ehma.org/fileupload/File/NL%20Health%20Care%20Performance\\_EN.pdf](http://www.ehma.org/fileupload/File/NL%20Health%20Care%20Performance_EN.pdf)

This is the first national report on the performance of the Dutch health care system. Its focus is on quality, access and costs in 2004. The Dutch Health care performance report presents a broad picture based on 125 indicators. When possible, comparisons in time and between countries are presented. The Dutch health care system was accessible in 2004. Between 2000 and 2004 the costs of care rose substantially. The rise of costs is in line with others EU countries; just above the EU-15 average. The quality of care is internationally above average in many respects. However, there's still much room from improvement with respect to effectiveness of prevention and care, patient safety, coordination of care and integrated care.

## ► Pays industrialisés

32614

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOARINI (R.), JOHANSSON (A.),

MIRA D'ERCOLE (M.)

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

### **Alternative measures of well-being.**

*Les mesures alternatives du bien-être.*

OECD social - employment and migration working papers ; 33.

Paris : OCDE : 2006 : 56 p., fig., tabl.

Cote Irdes : B5557

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/38/36165332.pdf>

Tous les débats sur l'opportunité des réformes reposent sur des considérations relatives à leurs impacts sur le bien-être des individus et de la société. Pour autant, des mesures appropriées font défaut pour mesurer l'évolution du bien-être au fil du temps ou effectuer des comparaisons entre pays. Ce problème n'est, bien sûr, pas nouveau et la théorie économique fournit un éventail d'idées sur les critères et les domaines qui sont les plus importants pour mesurer le bien-être, ainsi que sur la relation entre le bien-être et les mesures des ressources économiques. Ce document ne revient pas sur ce débat théorique et n'apporte pas non plus un examen exhaustif des différentes approches sur les mesures du bien-être. Son objectif, plus limité, est celui d'évaluer si le PIB par habitant peut être considéré comme une mesure adéquate du bien-être ou si d'autres indicateurs - utilisés comme substituts ou comme compléments au PIB par habitant - seraient plus appropriés. Seuls quelques-uns des éléments qui influent sur le bien-être seront examinés dans cette étude, tandis que d'autres facteurs importants tels que l'environnement, la production domestique et les autres productions non marchandes seront laissés de côté.

32615

DOCUMENT DE TRAVAIL

DANG (T.T.), IMMERSVOLL (H.),

MANTOVANI (D.), ORSINI (K.),

SUTHERLAND (H.)

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

### **An age perspective on economic well-being and social protection in nine OECD countries.**

*Une perspective par groupes d'âge sur le bien être économique et la protection sociale dans neuf pays de l'OCDE.*

OECD social - employment and migration working papers ; 34.

Paris : OCDE : 2006 : 54 p., fig., tabl.

Cote Irdes : B5558

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/10/36890154.pdf>

Les revenus varient grandement avec l'âge pour un certain nombre de raisons. La nature de ces variations est intéressante à plus d'un égard à des fins politiques. Comme la structure des âges diffère d'un pays à l'autre, l'information relative aux revenus perçus par les différents groupes d'âge est aussi nécessaire pour comprendre et interpréter les comparaisons internationales de l'inégalité. Ce document quantifie le bien-être économique des différents groupes d'âge et



montre dans quelle mesure ces derniers dépendent de revenus provenant de sources publiques et privées. L'analyse tend à établir comment les prestations sociales, ainsi que les impôts et contributions sociales devant les financer, influencent les niveaux et les disparités des revenus parmi différents groupes d'âge. Le document compare les résultats pour neuf pays de l'OCDE.

32617

DOCUMENT DE TRAVAIL  
ADEMA (W.)

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

**Social assistance policy development and the provision of a decent level of income in selected OECD countries.**

*Développement des politiques d'aide sociale et les dispositions nécessaires pour assurer un niveau de revenu décent dans des pays choisis de l'OCDE.*

OECD social - employment and migration working papers ; 38.

Paris : OCDE : 2006 : 32 p., fig., tabl.

Cote Irdes : B5560

<http://www.oecd.org/dataoecd/51/19/37224078.pdf>

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les politiques d'aide sociale servent à promouvoir l'indépendance des bénéficiaires par le biais de politiques d'assistance sociale et d'aide à l'emploi. Néanmoins, l'appui financier dégagé pour répondre aux besoins immédiats des foyers reste un point important des politiques d'aide sociale. Comment le niveau d'un tel appui est-il défini dans les pays de l'OCDE ? Les pays usent-ils de mesures reflétant le « panier de biens » comme référence du niveau de subsistance minimum, ou d'un standard de vie quelque peu plus généreux ? Les prestations sociales augmentent-elles automatiquement selon un mécanisme déclenché machinalement par l'observation des changements du niveau des prix, ou les taux de versement des prestations sont-ils réévalués régulièrement en fonction des évolutions des salaires (minima), des tendances de l'indice des prix à la consommation ou de leur position changeante dans le budget des États ? Ces questions faisaient partie de celles débattues lors du Colloque international sur la formulation des standards pour la sécurité de subsistance urbaine en Chine au mois de juin 2006, organisé par l'Institut allemand de coopération technique (GTZ), à la demande du Ministère chinois des Affaires publiques. Ce document, préparé pour le colloque, tente d'illustrer les différentes façons d'établir et

d'ajuster les taux de versement de l'aide sociale dans des pays de l'OCDE choisis. Il focalise sur les mécanismes de la mise en place des taux en Allemagne, en Belgique, au Canada, en Corée, en Norvège, aux Pays-Bas, en République Tchèque, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse.

32792

RAPPORT

HENKE (K.D.), SCHREYOGG (J.)

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

**Towards sustainable health care systems : strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands : a comparative study.**

*Vers des systèmes de santé viables : stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, France, au Japon et aux Pays-Bas.*

Genève : AISS : 2005 : 95 p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : B5612

En France, en Allemagne, au Japon et aux Pays-Bas, les dépenses de santé augmentent, tandis que les recettes stagnent, voire régressent, et, avec le temps, les progrès de la médecine, le vieillissement ainsi que d'autres facteurs élargissent cet écart. La répartition atteint ses limites, que ce soit, dans les systèmes dits bismarckiens, avec l'augmentation des taux de cotisations patronales et salariales ou, dans les systèmes dits beveridgiens, avec la hausse des impôts. Aucun de ces systèmes n'est capable de se réguler automatiquement ou presque. Il faut des interventions politiques de plus en plus fréquentes, et les rustines sont partout apparentes. Les réformes d'envergure sont, soit trop difficiles, soit politiquement ingérables dans le domaine extrêmement sensible et complexe de la santé. Tout cela explique pourquoi, en Europe et au Japon, la population réclame des réformes plus importantes et plus durables. La solution à ces problèmes est relativement aisée. Les pays confrontés à un déficit financier peuvent : réduire les dépenses par des compressions budgétaires ou des suppressions de prestations et de services ou les deux à la fois ; augmenter les recettes par un relèvement des taux de cotisation, un élargissement de l'assiette de cotisation, une hausse du ticket modérateur et des dépenses à la charge du patient ou par quelque combinaison de ces mécanismes ; mettre sur pied des réformes structurelles majeures pour combler le déficit financier. Ces réformes peuvent prendre pour principe, soit la capacité de paiement, soit la prestation, c'est-à-dire la base assurée. Les quatre pays examinés dans le présent rapport mettent tous en œuvre ces approches théoriques à un moment ou à un autre, mais avec des

différences de méthode. Ils pourraient tous tirer profit d'une comparaison entre leurs approches respectives, étant donné qu'ils sont confrontés à des défis continus pour combler l'écart entre les dépenses et les recettes de santé. Cette édition est une mise à jour de celle parue en 2004.

## ► Pologne

33392

RAPPORT

*KUSZEWSKI (K.), GERICKE (C.)*

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

Copenhague. DNK,

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

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

**Health Systems in Transition (HIT) :  
Poland.**

*Systèmes de santé en transition (HIT) :  
Pologne.*

Bruxelles : Observatoire européen des  
systèmes et politiques de santé : 2005 : 106 p.,  
graph., tabl.

Cote Irdes : Bc5590

<http://www.euro.who.int/Document/E88670.pdf>

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la Pologne, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## ► Pays en voie de développement

33110

RAPPORT

Banque Mondiale. Washington. USA

**World development report 2007 :  
development and the next generation.**

*Rapport sur le développement dans le monde  
2007 : développement et nouvelle génération.*

Washington : Banque Mondiale ;

Paris : Éditions Eska : 2007 : 317 p., tabl.,  
graph., index.

Cote Irdes : A3488

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2006/09/13/000112742\\_20060913111024/Rendered/PDF/359990WDR0complete.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2006/09/13/000112742_20060913111024/Rendered/PDF/359990WDR0complete.pdf)

Pour les pays en développement dans lesquels la population des 12 à 24 ans se situe à un niveau record, consentir l'investissement voulu pour améliorer les services d'éducation, de santé et de formation professionnelle destinés à ces jeunes peut être un gage de forte croissance économique et de recul prononcé de la pauvreté. Tel est le message qui ressort du Rapport sur le développement dans le monde 2007 que la Banque mondiale rend public à l'occasion de son Assemblée annuelle de Singapour.

## ► Suède

33391

RAPPORT

*GLENNGARD (A.H.), HJALTE (F.),  
SVENSSON (M.), ANELL (A.),  
BANKAUSKAITE (V.)*

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

Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK, Organisation Mondiale de la Santé.

(O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes  
et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

**Health Systems in Transition (HIT) :  
Sweden.**

*Systèmes de santé en transition (HIT) :  
Suède.*

Bruxelles : Observatoire européen des sys-  
tèmes et politiques de santé : 2005 : 126 p.,  
graph., tabl.

Cote Irdes : Bc5591

<http://www.who.dk/document/e88391.pdf>

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la Suède, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision,

le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

## PRÉVISION-ÉVALUATION

### ► Analyse coût-efficacité

32795

RAPPORT

REDWOOD (H.)

The Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. (PHRMA).

Washington DC. USA

***The use of cost-effectiveness analysis of medicines in the British National Health Service : lessons for the United States.***

*L'utilisation des analyses coût-bénéfice des médicaments dans le système de santé anglais : leçons des États-Unis.*

Washington : Phrma : 2006/04 : 38 p.

Cote Irdes : A3504

The United Kingdom's NICE, after five years in operation, can offer insights into the use of CEA (cost-effectiveness analysis) by national health agencies that may be of value to those in the United States involved in this debate. In that context, this study is concerned solely with NICE's technology appraisal of the clinical and costeffectiveness of new and existing medicines, with emphasis on products that are recognised internationally as innovative. This study does not examine all innovative products evaluated by NICE, but instead conducts an in-depth analysis of four such evaluations that illustrate important lessons for CEA in publicsector health care.

### ► Efficience

33565

OUVRAGE

JACOBS (R.), SMITH (P.C.), STREET (A.)

***Measuring efficiency in health care : analytic techniques and health policy.***

*Mesure de l'efficience en santé : techniques analytiques et politiques de santé.*

Cambridge : Cambridge University Press :

2006 : 243 p., tabl., index

Cote Irdes : A3504

With the healthcare sector accounting for a sizeable proportion of national expenditures, the

pursuit of efficiency has become a central objective of policymakers within most health systems. However, the analysis and measurement of efficiency is a complex undertaking, not least due to the multiple objectives of health care organizations and the many gaps in information systems. In response to this complexity, research in organizational efficiency analysis has flourished. This book examines some of the most important techniques currently available to measure the efficiency of systems and organizations, including data envelopment analysis and stochastic frontier analysis, and also presents some promising new methodological approaches. Such techniques offer the prospect of many new and fruitful insights into health care performance. Nevertheless, they also pose many practical and methodological challenges. This is a timely critical assessment of the strengths and limitations of efficiency analysis applied to health and health care. This book examines the relevance of efficiency analysis to health care : offers a constructive but critical perspective, often lacking in many efficiency analysis texts ; examines the implications for policy of using efficiency models.

### ► Haute Autorité de Santé

32718

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).

St-Denis La Plaine. FRA

***Rapport d'activité 2005 de la Haute Autorité de santé.***

St Denis La Plaine : HAS : 2006/07 : 68 p., ann.

Cote Irdes : B5593

[http://www.has-sante.fr/ANAES/ANAESparame-trage.nsf/Page?ReadForm&Section=/ANAES/nouveautes.nsf/\(ID\)/D348F9E88AE91471C12571B0005240EB?opendocumentopendocument](http://www.has-sante.fr/ANAES/ANAESparame-trage.nsf/Page?ReadForm&Section=/ANAES/nouveautes.nsf/(ID)/D348F9E88AE91471C12571B0005240EB?opendocumentopendocument)

Ce rapport d'activité 2005 de la Haute Autorité de santé (HAS) propose dans une première partie une présentation de la HAS (organisation, fonctionnement). La seconde partie du rapport propose le bilan d'activité : actions et ressources mobilisées. Une troisième partie présente les perspectives au niveau de l'évaluation, de l'information et des partenariats. On trouve en annexes les textes législatifs et réglementaires ainsi que le compte financier 2005.

## ► Performance

33321

RAPPORT

NOLTEE (E.), WAIT (S.), McKEE (M.)

The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services. Londres. GBR

### **Investing in health : benchmarking health systems.**

*Investir dans la santé : benchmarking des systèmes de santé.*

Londres : The Nuffield Trust, 2006, 24 p.

Cote IRDES : B5660

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/Investinginhealthweb.pdf>

The health care sector represents one of the largest service industries in developed countries. Its output accounts for about 7% of GDP in the EU-15, more than the financial services sector or retail trade sector, which account for approximately 5%. The final output of the health sector - ensuring a healthy population - has an impact of the productive capacity of the workforce and the prosperity of the population in general. Trends in productivity and efficiency of health care will thus impact on the economy as a whole. A recognition of the importance of maintaining an efficient and effective health care sector has driven efforts to develop suitable metrics to monitor the performance of health care systems. At the same time, there has been an increasing interest in the possibility of learning from the many experiences of others, drawing lessons on how to finance, manage, and organize health care as to improve health system performance. Performance assessment gained particular momentum with the publication of the World Health Report 2000 and its ranking of the world's health systems, stimulating a wide-ranging debate about approaches to assessing health system performance and benchmarking competing systems or organizations both nationally and internationally.

## ► Programmes de santé

32548

RAPPORT

BERTRAND (X.) / pref.

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

### **Deuxième Programme nationale nutrition santé - 2006-2010 : actions et mesures.**

Paris : Mssps : 2006 / 09 : 266 p.

Cote Irdes : B5523

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns\\_060906/plan.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf)

Le présent rapport a été rédigé à la demande de Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités. Il porte sur le deuxième volet du programme national « Nutrition Santé », pour la période 2006-2010. Il prévoit un certain nombre de mesures prioritaires dont « un plan de prévention et d'éducation nutritionnelle ». Les autres mesures citées portent sur un « nouveau plan de prise en charge de l'obésité par les professionnels de santé » reposant sur un renforcement du dépistage précoce, la constitution de réseaux de prise en charge et un effort accru de formation des professionnels. Des plans d'action spécifiques concerneront les populations défavorisées, principalement concernées par l'obésité. Les réseaux sociaux (services sociaux des CAF, services sociaux et centres d'examen de santé des CPAM, CCAS et services sociaux des conseils généraux) seront sollicités pour relayer les mesures contenues dans le programme. Enfin, les actions en faveur de la nutrition s'appuieront sur un très important effort de recherche dont les dotations publiques ont triplé au cours des dernières années. Ce deuxième PNNS fixe également neuf objectifs prioritaires dont l'évaluation sera assurée régulièrement (par exemple : réduction de 20% de la prévalence du surpoids, réduction de 25% du nombre des « petits consommateurs » de fruits et légumes...). L'effort conjoint de l'Etat et de l'Assurance maladie en faveur de la nutrition atteindra 47 millions d'euros en 2007 en actions de communication, prise en charge de l'obésité et recherches scientifiques.

## ► Recommandations

33337

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.).

Saint-Denis. FRA

### **Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation) : argumentaire - recommandations - synthèse.**

Saint-Denis : AFSSAPS : 2006/11 : 158 + 45 + 13 p., tabl.

Cote Irdes : B5674

[http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/reco\\_diabete\\_2006.htm](http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/reco_diabete_2006.htm)

[http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/argu\\_mentaire\\_diabete\\_2006.htm](http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/argu_mentaire_diabete_2006.htm)

[http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/diabete\\_type2\\_synthese\\_2006.htm](http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/diabete_type2_synthese_2006.htm)

L'actualisation des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge du diabète de type 2 est le fruit d'une collaboration entre l'Afssaps et la Haute Autorité de santé. Ces recom-



mandations préconisent une prise en charge thérapeutique globale du diabète de type 2, aussi précoce que possible. L'objectif est de normaliser la glycémie (taux de sucre dans le sang) et de corriger l'ensemble des facteurs de risque cardio-vasculaire sur lesquels une action peut être exercée (dyslipidémie, hypertension artérielle, tabagisme...). La prise en charge doit être adaptée à chaque patient et tenir compte de son âge physiologique, des autres pathologies éventuellement présentes, de la sévérité et de l'ancienneté de son diabète. Enfin, le patient doit pleinement s'impliquer dans le traitement de son diabète qui suppose une bonne hygiène de vie telle que l'arrêt du tabac, la pratique d'exercices physiques, la surveillance du poids et le respect du traitement médicamenteux éventuellement mis en place. En effet, le programme alimentaire et l'activité physique constituent la base du traitement initial du diabète de type 2.

## ▮ Veille sanitaire

32720

RAPPORT

GIRARD (J.F.), LANDE (F.), SALMI (L.R.),  
LE BOULER (S.), DELANNOY (L.)

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

**Rapport de la mission d'évaluation et d'ex-  
pertise de la veille sanitaire en France.**

Paris : MSSPS : 2006/08 : 101 p.

Cote Irdes : B5595

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/  
BRP/064000736/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000736/0000.pdf)

Le présent rapport constate que le dispositif de santé publique s'est rapidement construit et s'est transformé en fonction des différentes crises sanitaires, en assurant la séparation des fonctions d'expertise (surveillance, veille et évaluation) et de gestion (stratégie et décision). Le dispositif actuel, comprenant plusieurs agences et établissements est caractérisé, selon le rapport, par de nombreuses interfaces et une importante complexité. Dès lors, la mission estime qu'une concentration du rôle des agences autour des trois métiers que sont la surveillance du vivant, la sécurité des produits et celle des milieux devrait être envisagée. Le rapport identifie un déficit en termes de capacités d'analyse stratégique, au sein du ministère de la santé et des solidarités, comme au niveau interministériel : il préconise le renforcement des moyens de la direction générale de la santé ainsi que l'adaptation des statuts du comité national de santé publique et la création de délégations interministérielles spécifiques, notamment pour

les maladies émergentes. Le rapport ouvre des perspectives nouvelles en matière de recherche en santé publique. Reconnaisant les efforts récemment réalisés, en particulier par l'INSERM, le rapport préconise le développement d'une véritable recherche en santé publique. Il propose la constitution d'un fonds public-privé de financement de la recherche en santé publique et fonde des espoirs importants en l'EHESP. Enfin, la mission souligne le rôle important pour la France et ses partenaires régionaux du futur centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'Océan Indien (La Réunion et Mayotte) (Résumé d'auteur).

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUES

### ▮ Capital social

33153

OUVRAGE

PONTHIEUX (S.)

**Le capital social.**

Paris : Editions de la découverte : 2006 : 12 p.

Cote Irdes : A3495

Depuis le milieu des années 1990, une abondante littérature s'est développée autour du concept de capital social. La variété des questions pour lesquelles cette notion est mobilisée peut laisser perplexe : de la réussite scolaire des enfants au succès de certains projets de développement, de la mortalité dans les pays en transition à la réussite économique des managers ou à la croissance en Asie du Sud-Est, le capital social semble pouvoir être appliqué à presque tout. Concept miracle ? Pluralité des approches plutôt, qui déclinent la notion sur un registre allant des ressources qu'un individu peut mobiliser du fait de son appartenance à un groupe, à la réciprocité, la solidarité ou la confiance entre les membres d'un groupe et aux caractéristiques institutionnelles et même culturelles d'une société entière. Ce livre, apportant une attention particulière aux conditions de production du (ou des) concept (s) de capital social, propose une analyse de ses contenus. Il a pour ambition d'aider le lecteur à en décoder les usages contemporains.



## ► Statistiques

32618

OUVRAGE  
HSIAO (C.)

### ***Analysis of panel data.***

*Analyse des données de panel.*

Cambridge : Cambridge University Press :  
2005 : XII-366 p., tab., graph., fig., index  
Cote Irdes : A3472

Panel data models have become increasingly popular among applied researchers due to their heightened capacity for capturing the complexity of human behavior as compared to cross-sectional or time series data models. As a consequence, richer panel data sets also have become increasingly available. This second edition is a substantial revision of the highly successful first edition of 1986. Recent advances in panel data research are presented in a rigorous and accessible manner and are carefully integrated with the older material. The thorough discussion of theory and the judicious use of empirical examples make this book useful to graduate students and advanced researchers in economics, business, sociology, political science, etc. Other specific revisions include the introduction of the notion of strict exogeneity with estimators presented in a generalized method of moments framework, the notion of incidental parameters, more intuitive explanations of pairwise trimming, and discussion of sample selection dynamic panel models.

32731

OUVRAGE  
SAPORTA (G.)

### ***Probabilités, analyse des données et statistique.***

Paris : Editions technip : 2006 : 622 p., index  
Cote Irdes : A3480

La démarche statistique n'est pas seulement une auxiliaire des sciences destinée à valider ou non des modèles préétablis, c'est aussi une méthodologie indispensable pour extraire des connaissances à partir de données et un élément essentiel pour la prise de décision. La très large diffusion d'outils informatiques peut donner l'illusion de la facilité à ceux qui n'en connaissent pas les limites, alors que la statistique est plus que jamais un mode de pensée fondamental pour maîtriser la complexité, l'aléatoire et les risques, en donnant la prudence scientifique nécessaire. Ce manuel présente l'ensemble des connaissances utiles pour pouvoir pratiquer la statistique. Il est destiné à un vaste public (étudiants, chercheurs, praticiens de toutes disciplines) possédant le niveau d'algèbre et d'analyse d'un premier cycle

universitaire scientifique ou économique. Cette nouvelle édition est une révision complète, avec des ajouts, de l'édition de 1990 et comporte de nombreux développements sur des méthodes récentes. Les 21 chapitres sont structurés en cinq parties : outils probabilistes, analyse exploratoire, statistique inférentielle, modèles prédictifs et recueil de données. On y trouve l'essentiel de la théorie des probabilités, les différentes méthodes d'analyse exploratoire des données (analyses factorielles et classification), la statistique « classique » avec l'estimation et les tests mais aussi les méthodes basées sur la simulation, la régression linéaire et logistique ainsi que des techniques non linéaires, la théorie des sondages et la construction de plans d'expériences.

33297

DOCUMENT DE TRAVAIL

BAJARI (P.), HONG (H.), KHWAJA (A.)  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

### ***Moral hazard, adverse selection and health expenditures : a semiparametric analysis.***

*Risque moral, sélection adverse et dépenses de santé : une analyse semi-paramétrique.*

*NBER Working Paper Series ; n° 12445*

Cambridge : NBER : 2006/08 : 56 p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P193

Theoretical models predict asymmetric information in health insurance markets may generate inefficient outcomes due to adverse selection and moral hazard. However, previous empirical research has found it difficult to disentangle adverse selection from moral hazard in health care. We empirically study this question by using data from the Health and Retirement Study to estimate a structural model of the demand for health insurance and medical care. Using a two-step semi-parametric estimation strategy we find significant evidence of moral hazard, but not of adverse selection.

33803

OUVRAGE

LEYLAND (A.H.) / éd., GOLDSTEIN (H.) / éd.

### ***Multilevel modelling of health statistics.***

*Comment modéliser à plusieurs niveaux les statistiques en santé ?*

Chichester : John Wiley & Sons : 2001 : IX-217 p., index

Cote Irdes : A3523

Multilevel modelling facilitates the analysis of hierarchical data where observations may be nested within higher levels of classification. In

health care research, for example, a study may be undertaken to determine the variability of patient outcomes where these also vary by hospital or health care region. Inference can then be made on the efficacy of health care practices. This book provides the reader with the analytical techniques required to study such data sets.

## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

### ► Données sociales INSEE

32709

OUVRAGE

ARNAULT (S.), ROUSSEZ (V.),  
FILATRIAU (O.), POUGET (J.), BACLET (A.),  
CHEVALIER (P.), COLIN (C.), LAPINTE (A.),  
VITTEK (G.), FORGEOT (G.), BECHTEL (J.),  
DUEE (M.), ACCARDO (J.), BOUTON (F.),  
GUERIN (S.), LAIB (N.), MIROUSE (B.),  
ROSENWALD (F.), GRIMLER (G.),  
DJIDER (Z.), DUTHEIL (N.), ROTH (N.),  
FOUGERE (D.), SAFI (N.)

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

**France, portrait social : 2005-2006.**

Paris : INSEE : 2005/11 : 260 p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3485

Comme chaque année, l'Insee propose dans « France, portrait social » le bilan des évolutions économiques et sociales observées au cours de l'année écoulée. Cette édition 2005-2006 s'intéresse plus particulièrement aux résidents des établissements pour personnes âgées ou handicapées, à la diversité dans la Fonction publique ainsi qu'à l'acquisition de la nationalité française par les immigrés. S'ajoute à ces thèmes d'actualité, une trentaine de fiches thématiques. Les 35 fiches techniques proposent, sous forme de double page, des analyses, tableaux et graphiques sur des thèmes variés : la population active ; l'emploi ; la population scolaire et universitaire ; les dépenses de recherche et développement ; les revenus, transferts et prélèvements obligatoires ; la consommation et l'épargne des ménages ; la culture ; le logement ; la population immigrée ; l'état de santé de la population. Enfin, des comparaisons internationales complètent l'ensemble.

### ► Europe

32755

OUVRAGE

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

**Recent demographic developments in Europe 2005.**

*Evolution démographique récente en Europe 2005.*

Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe : 2006/06 : 150 p., tabl., graph.

Cote Irdes : B5603

Ce document est une publication annuelle du Conseil de l'Europe, contenant les informations les plus récentes sur l'évolution démographique dans quarante-sept Etats européens : taille de la population, taux d'accroissement, migrations, nuptialité et divortialité, fécondité, mortalité et population étrangère. Elle a été élaborée par le Comité européen sur la population, organe intergouvernemental du Conseil de l'Europe, chargé des informations et des analyses démographiques, en collaboration avec les offices statistiques nationaux. Le rapport comprend une introduction avec une note de synthèse, et un examen comparatif couvrant toute l'Europe ; il est accompagné d'un CD-Rom interactif où l'utilisateur trouvera, pour chaque pays, un bref rapport national et des tableaux des derniers développements des principaux indicateurs démographiques, ainsi qu'une pyramide des âges donnant un aperçu de la structure de la population dans chacun des quarante-sept pays figurant dans ce volume.

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE

### ► Chômage

32758

RAPPORT

BENARROSH (Y.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).

Noisy-le-Grand. FRA

**Le travail vu du chômage : une comparaison hommes/femmes.**

*Document de travail ; 62*

Noisy-le-Grand : CEE : 2006/05 : 32 p.

Cote Irdes : B5604

[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/travail\\_chomage\\_comparaison\\_hommes\\_femmes\\_62.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/travail_chomage_comparaison_hommes_femmes_62.pdf)

Ce texte cherche à appréhender les significations du travail du point de vue des chômeurs, à partir de diverses situations de chômage et de diffé-

rentes trajectoires professionnelles antérieures au chômage. Les évocations du travail donnent, au-delà des représentations, la mesure de ce qui s'y jouait, selon les personnes et leurs parcours. Elles permettent de saisir, en miroir, les vécus (ou significations) du chômage. Deux figures du travail se dessinent : le - travail norme - et le - travail pour soi -. La première se conjugue avec un vécu du chômage sur le mode de la vacuité, de la perte de statut et de l'ébranlement important de repères de tous ordres. La seconde permet un vécu du chômage moins douloureux, voire des réélabores de la place du travail, ce qui suppose toutefois un certain nombre de conditions qu'il convient également de sonder, au-delà des représentations des personnes concernées. Nous présentons deux modalités du travail norme, en comparant les discours d'hommes et de femmes aux parcours antérieurs analogues. Puis nous confrontons le discours de ces dernières avec celui d'autres femmes, immigrées ou exilées en France, en situation de grande précarité. Le discours de celles-ci révèle qu'un socle préalable est nécessaire à l'élaboration de significations du travail (Résumé d'auteur).

## ► Emploi

33775

OUVRAGE

L'HORTY (Y.) / dir., RALLE (P.) / préf.

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Paris.

FRA

### **La qualité de l'emploi.**

Paris : Editions de la Découverte : 2006 :

123 p., tabl.

Cote Irdes : A3514

La qualité de l'emploi n'est pas uniquement un pilier de la stratégie européenne pour l'emploi, jugé prioritaire par la Commission européenne et le Conseil européen. C'est aussi une préoccupation croissante des partenaires sociaux et un enjeu constant des débats publics sur l'emploi. Elle met en jeu les conditions de travail et de rémunération, la stabilité de la relation d'emploi, le contenu du dialogue social, l'équilibre entre les vies professionnelles et familiales, ou encore l'existence de discriminations dans le travail selon le sexe, l'âge, la nationalité ou le handicap. Ce faisant, elle constitue un terrain d'études sur lequel différentes sciences sociales peuvent porter des regards complémentaires. Cet ouvrage collectif présente une série d'analyses récentes des principales dimensions de la qualité de l'emploi.

32728

OUVRAGE

HUSSON (M.) / dir.

### **Travail flexible, salariés jetables : fausses questions et vrais enjeux de la lutte contre le chômage.**

Paris : Éditions de la découverte, 2006, 138 p.

Sur le vif.

Cote IRDES : A3478

La mobilisation anti-CPE du printemps 2006 a témoigné du rejet massif de la précarité par la population française. Pourtant, médias et responsables politiques continuent de répéter que la flexibilisation du marché du travail est indispensable pour lutter efficacement contre le chômage. Qu'en est-il réellement? Quelle est la situation du marché du travail en France? Les mesures de flexibilisation ont-elles vraiment contribué à créer plus d'emploi aux États-Unis et en Europe? Peut-on importer le fameux modèle danois de flexicurité? Cet ouvrage tord le cou aux idées reçues qui dominent le débat public. Il montre en particulier que le travail français a déjà été largement flexibilisé, sous l'effet des offensives d'un patronat qui est parvenu à imposer ses vues sur la société du risque. Il rappelle comment la flexibilité produit ses effets dévastateurs dans les collectifs de travail et que le débat sur la flexibilité a fait passer au second plan des problèmes plus fondamentaux : l'hyperprofitabilité des entreprises, le déclin de la part des salaires dans la richesse produite et la financiarisation croissante et sans contrôle de l'économie. La question est alors posée : pourquoi les salariés devraient-ils encore et toujours s'adapter à un nouveau régime capitaliste que les autorités politiques renoncent à réguler?

## ► Loi de finances

33159

RAPPORT

LAMBERT (A.), MIGAUD (D.)

### **La mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances ; rapport au gouvernement.**

Paris : La documentation française :

2006/10 : 71 p., tabl., ann.

Cote Irdes :

Placés par le Premier ministre en mission auprès du ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, le sénateur Alain Lambert et le député Didier Migaud avaient pour objectif d'examiner les conditions de mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Après avoir exposé les objectifs des auteurs et la méthode retenue, à partir de la lettre de mission,

le rapport présente dans une deuxième partie la synthèse de leurs constats, sur le climat général entourant la mise en œuvre de la LOLF, sur la réforme budgétaire au sens strict et sur la modernisation de la gestion publique. La troisième partie rassemble les recommandations de la mission autour de trois grands thèmes : rénover les pratiques budgétaires dans le cadre organique existant ; aller plus loin pour faire naître une nouvelle gestion publique ; diffuser les principes de la LOLF au-delà de l'Etat dans un processus qui tienne compte des spécificités de chaque acteur de la sphère publique.

## ► Prospectives des métiers

33841

RAPPORT

CHARDON (O.), ESTRADE (M.A.)

Centre d'Analyse Stratégique (C.A.E.).

Paris. FRA, Ministère de l'Emploi - de la Cohésion Sociale et du Logement. Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

### **Les métiers en 2015.**

Paris : CAE : 2007/01 : 179 p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : B5641

[http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_métiers\\_2015.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_métiers_2015.pdf)

Le rapport concerne la prospective des métiers et des qualifications et traite successivement des trois axes suivants : Quel sera l'impact de l'arrivée en fin de carrière des générations nombreuses nées à partir de 1945 sur les évolutions économiques futures ? (Chapitre I) ; - Comment se transformeront les configurations productives et quels seront les liens entre ces transformations et les besoins futurs de renouvellement de la main-d'oeuvre ? (Chapitre II) ; Quel est, dans ce double contexte, le champ des possibles en matière de politiques de ressources humaines des entreprises ? (Chapitre III) ; Dans un second temps, ces trois questions sont abordées de manière spécifique pour chaque domaine professionnel (Seconde partie). Pour faciliter la lecture, chaque chapitre et chaque domaine professionnel font l'objet d'un résumé présentant les idées essentielles à retenir (tiré de l'avant propos).

## ► Technologies

33804

RAPPORT

Ministère de l'Économie des Finances et de l'Industrie. Direction Générale des Entreprises. (D.G.E.). Paris. FRA

### **Technologies clés 2010.**

Paris : Minefi : 2006 : 345 p., ann.

Cote Irdes : B5637

<http://www.industrie.gouv.fr/technocles2010.html/sommaire.html>

Fruit du travail de réflexion de plus de 100 experts du monde de l'entreprise et de la recherche, l'étude Technologies clés 2010 présente - à horizon de cinq ans - les technologies porteuses d'avenir en termes d'attractivité et de compétitivité. Cet ouvrage s'inscrit également dans la politique de soutien public à l'innovation en mentionnant, pour chaque technologie retenue, son interaction avec les pôles de compétitivité. Technologies clés 2010 vise à être un outil d'aide à la réflexion pour les autorités publiques, principalement les acteurs territoriaux du développement économique et les relais d'accompagnement. Il s'agit de donner des repères et des clés d'arbitrage permettant, notamment, une optimisation des investissements publics. L'étude a cherché à répondre à deux questions essentielles : quelles sont les technologies qui assureront un avantage de compétitivité et d'attractivité à la France dans le monde à l'horizon 2010-2015 ; Quelles orientations technologiques doivent prendre les acteurs publics pour répondre à ces impératifs ?

## ► Travail au noir

32504

RAPPORT

DIAYE (M.A.), KOSHEVOY (G.)

Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.).

Noisy-le-Grand. FRA

### **Black market, labor demand and tax evasion.**

Document de travail ; 58

Noisy-le-Grand : CEE : 2006/03 : 24 p., 4 fig.

Cote Irdes : B5512

[http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/black\\_market\\_tax\\_evasion\\_58.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/black_market_tax_evasion_58.pdf)

Selon plusieurs études, l'importance de l'économie parallèle (non criminelle) est non négligeable dans les pays de l'OCDE et s'est accrue de façon continue dans la plupart de ces pays de 1960 à 1999. Les auteurs analysent les déterminants de la demande de travail illégal par les firmes légales et montrent que les caractéristi-



ques technologiques de celles-ci jouent un rôle important. Ils développent, par ailleurs, un modèle original Principal-Multi-agents où une entreprise légale (l'Agent) peut demander à la fois du travail sur le marché officiel et sur le marché noir. Le Principal (le gouvernement) procède à des contrôles et l'entreprise paie une taxe proportionnelle au montant de la fraude, si elle est détectée (Résumé d'auteur).

## DOCUMENTATION

### ► Annuaires

32797

RÉPERTOIRE

TRICOT (L.), TRICOT (B.)

BERTRAND (X.) / préf.

B. Tricot Consultant. Gignac. FRA

**Annuaire des associations de santé 2006 : patients, familles, information, éducation, soutien.**

Gignac : Bernard Tricot Consultant : 2006 : 727 p., index.

Cote Irdes : Ue285 (2006)

<http://www.annuaire-aas.com>

L'édition 2006 de l'annuaire des associations de santé regroupe cette année près de 12 000 structures associatives (associations de patients, de familles de patients ou associations ayant un objet de santé publique dans les domaines de la promotion de la recherche, de la prévention, de l'éducation et du soutien). En plus des adresses et coordonnées de ces associations, on trouvera des informations concernant leur activité (action, publication) et leur structure (année de création, nombre d'adhérents, responsable, affiliation...). A noter qu'il est possible de retrouver les adresses qui figurent dans ce répertoire sur l'annuaire en ligne des associations de santé, par nom (de l'association), sigle, mots-clés, thèmes, régions ou départements : <http://www.annuaire-assoc-sante.com>. Une mise à jour de ce document est faite régulièrement chaque année.

33588

RÉPERTOIRE

**Le trombinoscope de la santé.**

Neuilly sur Seine : Huveaux : 2006 : 180 p., index.

Cote Irdes : C, Ue538

Ce trombinoscope de la santé permet de connaître les principaux acteurs du système de santé en France en découvrant les photos, biographies et coordonnées de 600 décideurs au sein : du Ministère de la Santé et des Solidarités (Cabinet, Administration centrale); de la Présidence de la République et des autres ministères; du Parlement, des partis politiques et des syndicats; des agences et établissements publics nationaux; de l'assurance maladie (régime obligatoire et régime complémentaire); des instituts de Recherche; des principales instances professionnelles nationales; des instances régionales et départementales (Drass, Ddass, ARH, URCAM, URML, ORS).

### ► Dictionnaires

33154

OUVRAGE

DELAMARE (J.)

**Dictionnaire abrégé des termes de médecine.**

Paris : Maloine : 2006 : 398 p.

Cote Irdes : Ub95bis

Cette 5e édition du dictionnaire abrégé des termes de médecine recense 10 000 termes classés par ordre alphabétique : noms communs (suivis de leur traduction anglaise), noms propres (assortis d'une brève notice biographique) et abréviations. Elle comporte aussi : un lexique pharmaceutique de 2 000 entrées concernant les médicaments d'usage courant en France (dénominations communes internationales, noms de marques et classes pharmaceutiques); une table des constantes biologiques; un lexique étymologique de 800 racines latines et surtout grecques, pour comprendre comment sont faits les mots de la médecine; un lexique anglo-français de tous les noms communs.



## ► Données chiffrées

32634

RAPPORT, FASCICULE  
Eurostat. Office Statistique des Communautés  
Européennes. (O.S.C.E.). Luxembourg. LUX

**L'Europe en chiffres :  
annuaire Eurostat 2005.**

Luxembourg : Osce : 2006 : 309 p., tabl.,  
graph., fig.  
Cote Irdes : S30/6

<http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY/OFFPUB/KS-CD-05-001/FR/KS-CD-05-001-FR.PDF#search=%22L'Europe%20en%20chiffres%20%3A%20annuaire%20Eurostat%202005%22>

L'annuaire d'Eurostat est le répertoire statistique d'Eurostat : il contient des chiffres sur l'Union européenne et ses États membres, la zone euro, l'Espace économique européen et d'autres grands acteurs mondiaux. La plupart des séries chronologiques couvrent les dix dernières années. Il permet une bonne compréhension de tous les sujets pour lesquels Eurostat dispose de données statistiques. Les données sont présentées avec des éléments aidant à les interpréter (textes explicatifs, graphiques, un glossaire, une liste d'abréviations); elles sont structurées de manière logique et conviviale. Le site web d'Eurostat permet d'accéder à l'ensemble complet des données avec les mises à jour les plus récentes. L'annuaire d'Eurostat contient tous les indicateurs structurels que la Commission et les gouvernements nationaux ont convenu d'utiliser pour évaluer les progrès réalisés dans l'Union européenne. Ils sont clairement identifiés. Toutes les données sont harmonisées afin de constituer une référence permettant des comparaisons au niveau européen. L'édition 2005 met au-devant de la scène la société de l'information.

## ► Guides

32556

RÉPERTOIRE

**Guide de la gouvernance des organismes  
de Sécurité sociale 2006.**

Paris : Éditions Docis : 2006 : 200 p.  
Cote Irdes : Uc532

Ce guide fait suite au Guide de l'administrateur de Sécurité sociale. Ce nouvel outil - dont la vocation est élargie - intègre les nouveaux organismes créés suite à la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Il a pour finalité de faciliter - en particulier, pour les personnes désignées dans les conseils des organismes d'assurance

maladie, d'assurance vieillesse, d'allocations familiales et des unions de recouvrement - la conduite de leurs actions au sein de ces organismes.

33737

RÉPERTOIRE  
DOROSZ (Ph.)

**Guide pratique des médicaments.**

Paris : Maloine : 2006 : 1893 p., tabl.  
Cote Irdes : C, Ub90 (2007)

Ce guide offre une information indépendante, exhaustive, comparative sur plus de 7000 médicaments, classés par spécialités médicales et par familles thérapeutiques. Il présente également, sous forme de tableaux schématisés, des indications sur les stratégies de soins utilisables dans plus d'un millier d'affections.

33144

OUVRAGE  
HARRISON (T.R.)  
KASPER (D.L.) / *coor.* FAUCI (S.F.),  
LONGO (D.L.) *et al.*

**Principes de médecine interne.**

France : Médecine-Sciences-Flammarion :  
2006 : 2608 p., ann., index  
Cote Irdes : Ub49 (2006)

Ce traité de médecine clinique présente, par grands groupes, les différentes pathologies existantes. Examen clinique, procédure diagnostique, thérapeutique et données épidémiologiques sont développés pour chaque maladie.

33306

OUVRAGE  
NAVARD (L.), NAVARD (P.), FULLER (G.)

**Scientifically yours. Tome 1 :  
le courrier de la communication scientifique  
en anglais (300 modèles de lettres).**

Paris : Tec & Doc : 1995 : 352 p., ind.  
Cote Irdes : Ub536 / 1

L'anglais est la langue des échanges scientifiques internationaux. Ce manuel est l'outil privilégié des laboratoires, centres de recherche, universités... pour communiquer avec leurs correspondants du monde entier. Le premier volume présente 300 modèles de lettres conçus pour aider le personnel scientifique à communiquer avec des partenaires étrangers. L'accès à cette information exhaustive est aisé grâce aux index français et anglais très complets (4<sup>e</sup> de couverture).

33307

OUVRAGE

NAVARD (L.), NAVARD (P.), FULLER (G.)

**Scientifically yours. Tome 2 :  
400 tests d'anglais appliqués à la  
communication scientifique internationale.**

Paris : Tec & Doc : 1995 : 119 p., ind.

Cote Irdes : Ub536 / 2

L'anglais est la langue des échanges scientifiques internationaux. Ce manuel est l'outil privilégié des laboratoires, centres de recherche, universités... pour communiquer avec leurs correspondants du monde entier. Le second volume est composé de 400 tests d'anglais appliqués à la communication internationale. Il permet d'acquérir les structures grammaticales de base et le vocabulaire lié à la communication scientifique de manière conviviale (4<sup>e</sup> de couverture).

33390

OUVRAGE

World Health Organization. Western Pacific Region. (W.H.O.). Manila. PHL

**Health financing : a basic guide.**

*Guide du financement de la santé.*

Genève : OMS : 2006 : 53 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5689

<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/400EBDA4-D9A6-40E7-9CB1-A75065D0BA34/0/HCF.pdf>

This guide focuses on health economics and financing with the objective of providing readers with a basic vocabulary and understanding of the most important issues. It does not attempt to provide all the tools needed for detailed analysis. Rather, the guide aims to offer staff of the World Health Organization (WHO) Regional Office for the Western Pacific (WPRO) enough information on facets of these issues to be informed participants and provide further assistance at various levels of health planning and policy dialogue. In addition, this guide could be useful in developing the knowledge base of health ministry staff in the region.

## ► **Index des auteurs**



# A

ACCARDO (J.)	71
ADEMA (W.)	65
AFSA (C.)	34
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)	68
AGHION (P.)	18
ALIX (C.)	46
ALLONIER (C.)	40
ANELL (A.)	66
ARNAULT (S.)	71
AROMAA (A.)	63
ASKENAZY (P.)	32
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.)	37
ATTALI (J.)	35
AUBRY (E.)	22

# B

BABRE (S.)	50
BACANOVIC (A.)	63
BACLET (A.)	71
BAJARI (P.)	70
BANKAUSKAITE (V.)	57, 66
Banque Mondiale	66
BARBIER (J.C.)	61
BATEL (P.)	28
BAUDELLOT (C.)	31
BAZIN (F.)	44
BEAUD (S.)	40
BECHTEL (J.)	71
BENARROSH (Y.)	71
BERCHE (A.)	44
BERLAND (Y.)	49
BERTRAND (X.)	68, 74
BLANCHARD (O.)	18
BOARINI (R.)	38, 64
BOISSIEU (C. de)	18
BOUQUET (B.)	25
BOURQUARD (J.)	50
BOUTON (F.)	71
BRAS (P.L.)	24
BREYSSE (S.)	38
BUE (J.)	33
BUZZI (S.)	33
BVA	40

# C

CAHUC (P.)	18
Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. (C.A.R.M.F.)	45
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.)	55
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	17, 18
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.)	18
CAMARD (J.P.)	43
CAMERON (R.)	51
CARTRON (D.)	32
CATALA (N.)	35
CAYLA (F.)	38
CAZAIN (S.)	21
Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations. (C.T.N.E.R.H.I.)	37
CHADELAT (J.F.)	46
CHAMBAUD (L.)	39
CHAMPION (J.B.)	40
CHARDON (B.)	43
CHARDON (O.)	73
CHAUVIN (P.)	44
CHEVALIER (P.)	71
CHEVALLEREAU (J.F.)	22
CHEVREUL (K.)	46
CHOFFEL (P.)	40
CHOINIÈRE (R.)	56
CHRETIEN (B.)	41
CICEVALIEVA (S.)	63
COHEN (E.)	18
COLIN (C.)	71
COM-RUELLE (L.)	28, 43
Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale	20
Comité Économique des Produits de Santé. (C.E.P.S.)	54
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.)	61
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.)	26
CONFAVREUX (J.)	40
Confédération Européenne des Syndicats. (C.E.S.)	32
Congress of the United States. Congressional Budget Office. (C.B.O.)	55
CONINCK (F. de)	32
Conseil de l'Europe	16, 37, 71
Conseil de l'Europe. Comité d'Experts sur la Prévention des Handicaps liés aux maladies chroniques. (P.RR.)	



PREV).....	24
Cour des Comptes.....	18, 19
COUTROT (T.).....	33
CREPIN (C.).....	21

## D

D'AUTUME (C.).....	48
DAHLGREN (G.).....	62
DAMON (J.).....	21
DANG (T.T.).....	64
DANIEL (C.).....	27
DA SILVA (E.).....	45
DAUPHINOT (V.).....	31
DEBRAND (T.).....	40
DE FLEURIEU (A.).....	39
DELAFOSSÉ (M.).....	36
DELAMARE (J.).....	74
DELANNOY (L.).....	69
DELPAL (B.).....	27
DEL SOL (M.).....	34
DESCHRYVERE (M.).....	60
DESMARESCAUX (S.).....	51
DEVINCK (J.C.).....	33
DIAYE (M.A.).....	73
DIDIER (M.).....	18
DIEULEVEUX (T.).....	22
Direction de la Recherche - des Études et de l'Évaluation Statistique. (D.R.E.E.S.).....	28
Direction de la Stratégie - des Études et des Statistiques. (D.S.E.S.).....	17, 18
DOCTEUR (E.).....	55
DOROSZ (Ph.).....	75
DOURGNON (P.).....	28
DROUOT (N.).....	38, 47
DUBOIS (C.A.).....	52
DUEE (M.).....	71
DUFOUR-KIPPELEN (S.).....	21
DUHAMEL (G.).....	24, 27
DUMAS (P.).....	22
DURAN (A.).....	57

## E

EL HACHEM (A.).....	40
ESTABLET (R.).....	31
ESTRADE (M.A.).....	73
European Federation of Pharmaceutical Industries and Association. (E.F.P.I.A.).....	53
Eurostat.....	61, 75
EZZATI (M.).....	30

## F

FAHET (G.).....	38
FAIZANG (S.).....	47
FAUCI (S.F.).....	75
FAUVEL (G.).....	38
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.).....	54
FERLAND (M.).....	56
FERLEY (J.P.).....	45
FILATRIAU (O.).....	71
FITOUSSI (J.P.).....	18
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.....	21
FONTAINE (D.).....	42
FORGEOT (G.).....	71
FOUGERE (D.).....	71
FREMONT (C.).....	23
FULLER (G.).....	76

## G

GABILLAT (C.).....	48
GADREY (J.).....	40
GAYRARD (P.).....	44
GEOFFROY-PEREZ (B.).....	29
GERICKE (C.).....	66
GIRARD (J.F.).....	69
GIRAUD (F.).....	49
GIVORD (P.).....	34
GJORGJEV (D.).....	63
GLENNGARD (A.H.).....	66
GOLDSTEIN (H.).....	70
GOLEC (J.).....	52

GOLLAC (M.).....	32, 33
GRASS (E.).....	24
GREMY (I.).....	42, 43
GRIMLER (G.).....	71
GROSSE-TEBBE (S.).....	63
GUEGUEN (R.).....	31
GUERIN (S.).....	71
GUESNERIE (P.).....	18
GUIDICELLI (H.).....	48

## H

HALFEN (S.).....	42
HARDY (J.).....	15
HARTMANN (L.).....	45
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	67
HENKE (K.D.).....	65
HENRION (R.).....	23
HJALTE (F.).....	66
HOFRICHTER (R.).....	37
HOLLAND (W.W.).....	23
HONG (H.).....	70
HORDE (P.).....	48
HOST (S.).....	43
HSIAO (C.).....	70
HUSSON (M.).....	72

## I

IMMERVOLL (H.).....	64
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).....	61
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	31, 32
Institut Roche de l'Obésité.....	31
Institut Syndical Européen Recherche Formation Santé Sécurité. (ETUI-REHS).....	32

## J

JACOBS (R.).....	67
JAMISON (D.T.).....	30
JAZOULI (A.).....	40
JOHANSSON (A.).....	64
JOHNSEN (J.R.).....	63
JORDAN (A.).....	63
JOUNIN (N.).....	49
JOYEUX (P.).....	40
JUSOT (F.).....	28, 34

## K

KASPER (D.L.).....	75
KERVASDOUE (J. de).....	5
KHWAJA (A.).....	70
KLAT (M.).....	34
KOSHEVOY (G.).....	73
KOSKINEN (S.).....	63
KUSZEWSKI (K.).....	66

## L

L'HORTY (Y.).....	72
LAFFITTE (M.).....	22
LAHTINEN (E.).....	61
LAIB (N.).....	71
LAKDAWALLA (D.).....	53
LALANDE (F.).....	69
LAMBERT (A.).....	72
LANNELONGUE (C.).....	27
LAOT (L.).....	20
LAPINTE (A.).....	71
LARA (J.L.).....	57
LATIL (E.).....	28
LAURAND (G.).....	50
LAYTE (R.).....	59
LE BOULER (S.).....	69
LEFEVRE (C.).....	41
LEFRANC (A.).....	43
LE FUR (P.).....	46
LEGAL (A.).....	21
LEGENDRE (N.).....	48
LEGER (A.M.).....	15

LE GOFF (W.) .....	40
LEJEUNE (D.) .....	33
LEMERY (B.) .....	42
LENGAGNE (P.) .....	28
LEPPO (K.) .....	61
LEYLAND (A.H.) .....	70
LINDHAARD (J.) .....	40
LONGO (D.L.) .....	75
LOPEZ (A.) .....	50
LOPEZ (A.D.) .....	30
LUCARELLI (C.) .....	58
LUCAS-GABRIELLI (V.) .....	40, 43

## M

MACHIN (S.) .....	39
MANTOVANI (D.) .....	64
MARINI (P.) .....	19, 22
MARTINEZ (J.) .....	56
MARTINEZ (M.) .....	18
MASSERIA (C.) .....	23
MATHERS (C.D.) .....	30
MATHIEU (B.) .....	16
MATTERA (M.H.) .....	22
MAUSS (H.) .....	15
MCCALL (J.) .....	63
McKEE (M.) .....	52, 68
METTE (C.) .....	40
MIGAUD (D.) .....	72
Ministère de l'Économie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.) .....	53
Ministère de l'Économie des Finances et de l'Industrie. Direction Générale des Entreprises. (D.G.E.) .....	73
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.) .....	20, 26, 28
MIRA D'ERCOLE (M.) .....	38, 64
MIROUSE (B.) .....	71
Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. (M.N.A.S.M.) .....	49
MOLITOR (P.L.) .....	41
MONTEIL (J.M.) .....	36
MOORE (W.) .....	63
MORTENSEN (J.) .....	59
MURRAY (C.J.L.) .....	30

## N

National Center for Health Statistics. (N.C.H.S.) .....	57
National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation. (N.I.H.C.M.) .....	27
NAUDIN (F.) .....	31
NAVARD (L.) .....	76
NAVARD (P.) .....	76
NEGREIROS (G.) .....	29
NOLAN (A.) .....	59
NOLTEE (E.) .....	68
NUGENT (R.) .....	26

## O

OBRADOVIC (I.) .....	29
Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.) .....	21
Office Statistique des Communautés Européennes. (O.S.C.E.) .....	75
OLIVIERO (E.) .....	41
OLLILA (E.) .....	61
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) .....	35, 51
Organisme Gestionnaire Conventionnel. (O.G.C.) .....	46
ORSINI (K.) .....	64

## P

PAGEAU (M.) .....	56
PAQUET (G.) .....	17
PARIS (V.) .....	55
PARIZOT (I.) .....	44
PEELIKAAN (F.) .....	60
PEPIN (P.) .....	42
PERRONNIN (M.) .....	31
PHILIPSON (T.) .....	53
PIEKKOLA (H.) .....	60
PIERRE (A.) .....	40
PONTHIEUX (S.) .....	69
POUGET (J.) .....	71
POUSSET (B.) .....	41
PUECH (I.) .....	33

## R

RAITANO (M.) .....	58
RALLE (P.) .....	72
RECHEL (B.) .....	52
REDWOOD (H.) .....	27, 67
REID (H.) .....	63
RENABY (E.) .....	44
RENAUD (T.) .....	43, 46
RIERA (R.) .....	50
ROCCO (L.) .....	26
ROCHEREAU (T.) .....	34, 40
ROSENTAL (P.A.) .....	33
ROSENWALD (F.) .....	71
ROUSSEZ (V.) .....	71
ROVERE (M.) .....	57

## S

SAFI (N.) .....	71
SAINT-PAUL (G.) .....	18
SALMI (L.R.) .....	69
SAPORTA (G.) .....	70
SAUVAGEAU (Y.) .....	56
SCHREYOGG (J.) .....	65
Secours Catholique .....	38
Sénat .....	17, 19, 22
SERMET (C.) .....	31, 34, 46
SIMON (K.L.) .....	58
SIMONNOT (N.) .....	38, 47
SKINNER (B.J.) .....	57
SMITH (P.C.) .....	67
STAHL (T.) .....	61
Standard & Poors .....	27
STEWART (S.) .....	23
STEWARTD (D.) .....	63
STREET (A.) .....	67
STUCKLER (D.) .....	26
SUHRCKE (M.) .....	26
SULEVSKI (Z.) .....	63
SUREAU (C.) .....	23
SUTHERLAND (H.) .....	64
SVENSSON (M.) .....	66
SYLVA (J.) .....	40

## T

TABUTEAU (D.) .....	16
TEPERI (J.) .....	63
THOMAS (F.) .....	50
THUILLEZ (C.) .....	50
TOMASINO (A.) .....	38
TOUSSAINT (J.F.) .....	25
TRAINAR (P.) .....	18
Transparency International .....	15
TRICOT (B.) .....	74
TRICOT (L.) .....	74
TRUGEON (A.) .....	42
TURQUET (P.) .....	34

## U

ULMANN (P.) .....	45
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Rhône-Alpes. (U.R.C.A.M.) .....	44
United States General Accounting Office. (G.A.O.) .....	54, 56
Université de Rennes 1.Faculté de médecine. Département de médecine générale .....	47
US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. (C.D.C.) .....	57

## V

VAN OURTY (T.) .....	59
VAN WAVEREN (M.) .....	57
VELISSAROPOULOS (A.) .....	47
VERKLEIJ (H.) .....	64
VERNON (J.A.) .....	52
VIENTOT (A.) .....	33
VINCENOT (A.) .....	35
VITTEK (G.) .....	71
VOLKOFF (S.) .....	33

# W

WAIT (S.).....	68
WANG (Y.R.).....	53
WASMER (E.).....	18
WAUQUIEZ (L.).....	36
WESTERHOUT (E.).....	60
WESTERT (G.P.).....	64
WHITEHEAD (M.).....	62
WISMAR (M.).....	61
WITTWER (J.).....	21
WOLFF (L.).....	49
World Health Organization.	
Western Pacific Region. (W.H.O.).....	76



## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**



## A

### ► A.F.S.S.A.P.S.

#### (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la santé)

(ex-Agence du Médicament)

Unité de Documentation

143-147, bd Anatole France

93285 St Denis cedex

☎ 01 48 13 20 00

Fax : 01 48 13 20 03

<http://afssaps.sante.fr/>

### ► A.I.S.S. (Association Internationale de la Sécurité Sociale)

Centre de documentation

Case postale 1

CH 1211 Genève 22

Suisse

☎ 00 41 22 799 75 55

Fax : 00 41 22 799 85 09

email : [issa@ilo.org](mailto:issa@ilo.org)

<http://www.issa.int>

### ► Assemblée Nationale

126, rue de l'Université

75007 Paris

☎ 01 40 63 60 00

<http://www.assemblee-nationale.fr/>

## B

### ► B.V.A.

52, rue Marcel Dassault

92100 Boulogne

☎ 01.71.16.88.00

Fax : 01.71.16.88.01

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

### ► Banque Mondiale

1818 H Street, NW

Washington, DC 20433

États-Unis

☎ 00 1 202 477 1234

Fax : 00 1 202 477 6391

email : [books@worldbank.org](mailto:books@worldbank.org)

<http://www.worldbank.org>

<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de recherche des documents et rapports)

<http://econ.worldbank.org/> (documents de recherche sur la Banque mondiale)

### ► Belfond (Éditions)

121, av. d'Italie

75013 Paris

☎ 01 44 16 05 00

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

### ► Bernard Tricot Consultant

BP 33

34150 Gignac

☎ 04 67 57 20 22

Fax : 04 67 57 21 41

<http://www.annuaire-assoc-sante.com/index.asp>

## C

### ► C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)

18, rue de Martignac

75700 Paris cedex 07

☎ 01 45 56 51 00

Fax : 01 45 55 53 37

<http://www.strategie.gouv.fr/>

### ► C.A.R.M.F. (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France)

44 bis, rue Saint Ferdinand

75017 Paris.

<http://www.carmf.fr/default.htm>

► **C.B.O. (Congress of the United State.  
Congressional Budget Office)**

CBO Publications Office  
Ford House Office Building  
Second and D Streets, SW  
Washington, DC 20515.

<http://www.cbo.gov/>

► **C.D.C. - N.C.H.S. (National Center for  
Health Statistics)**

Office of International Statistics  
6525 Belcrest Rd, Rom 701  
Hyattsville, Maryland 20782-2003  
États-Unis

© 00 1 301 458 4545

Fax : 00 1 458 4043

<http://www.cdc.gov/nchs/>

► **C.E.E. (Centre d'Étude 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.P.S. (Comité Économique  
des Produits de Santé)**

8, av. de Ségur  
75350 Paris 07 SP

© 01 40 56 73 76

Fax : 01 43 06 72 05

<http://www.sante.gouv.fr/ceps/>

► **C.E.T.A.F. (Centre Technique  
d'Appui et de Formation des Centres  
d'Examen de Santé)**

67-69, av. de Rochetaillée  
BP 167  
42012 Saint-Étienne cedex 2

© 04 77 81 17 17

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

► **C.E.S. (Confédération  
européenne des syndicats)**

Maison syndicale internationale (ITUH)  
bd du Roi Albert II, 5  
B-1210 Bruxelles  
Belgique

© + 32 (0) 2 224 04 11

Fax : + 32 (0) 2 224 04 54

email : [etuc@etuc.org](mailto:etuc@etuc.org)

<http://www.etuc.org/fr/>

► **CESR Picardie (Conseil  
Économique et social de Picardie)**

11, mail Albert 1<sup>er</sup>  
80026 Amiens Cedex 1.

© 03 22 97 37 34

Fax : 03 22 97 38 86

<http://www.cesr-picardie.fr>

► **C.C.M.S.A. (Caisse Centrale  
de la Mutualité Sociale Agricole)**

Documentation générale  
40, rue Jean-Jaurès  
73547 Bagnole Cedex

© 01 41 63 80 67

<http://www.msa.fr>

► **C.N.A.F. (Caisse Nationale  
d'Allocations Familiales)**

23, rue Daviel  
75013 Paris

© 01 45 81 12 67

<http://www.caf.fr>

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

Département Études et Statistiques  
26-50, av. du Professeur André-Lemierre  
75986 PARIS cedex 20

© 01 58 39 85 40

<http://www.ameli.fr> (Assurance maladie en ligne)

► **C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)**

180, bd Haussman  
75008 Paris  
☎ 01 53 89 32 00  
Fax : 01 53 89 32 01

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

► **C.N.S.A. (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)**

66, av. du Maine  
75682 Paris cedex 14  
☎ 33 (0) 1 53 91 28 00

<http://www.cnsa.fr>

► **C.T.N.E.R.H.I. (Centre Technique National d'Étude et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations)**

236 bis, rue de Tolbiac  
75013 Paris  
☎ 01 45 65 59 00

Fax : 01 45 65 44 94

email : [ideedition@ctnerhi.com.fr](mailto:ideedition@ctnerhi.com.fr)

<http://www.ctnerhi.com.fr/>

► **Cambridge University Press**

The Edinburgh Building  
Cambridge CB2 1RP  
Royaume-Uni

<http://www.cup.cam.ac.uk>

ou

40 West 20th Street  
New York NY 10011-4211 USA

<http://www.cup.org>

► **Cherche Midi (Éditeur)**

23, rue du Cherche Midi  
75006 Paris

☎ 01 42 22 71 20

Fax : 01 45 44 08 38

<http://www.cherche-midi.com/>

► **Conseil de l'Europe**

Division des Éditions  
Palais de l'Europe  
67075 Strasbourg cedex  
☎ 03 88 41 25 81

Fax : 03 88 41 39 10

email : [publishing@coe.int](mailto:publishing@coe.int)

<http://www.coe.int/portailT.asp>

<http://www.coe.int/T/F/Communication%5Fet%5FRecherche/Éditions/>

► **Cour des Comptes**

13, rue Cambon  
75001 Paris

☎ 01 42 98 95 00

Fax : 01 42 60 01 59

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

## D

► **Découverte et Syros (Éditions La)**

9 bis, rue Abel Hovelacques  
75013 Paris

☎ 01 44 08 84 00

Fax : 01 44 08 84 17

email : [ladecouverte@ladecouverte-syros.com](mailto:ladecouverte@ladecouverte-syros.com)

<http://www.editionsladecouverte.fr>

► **DIV (Éditions de la)**

D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)  
194, av. du Président Wilson  
93217 Saint-Denis La Plaine

☎ 01 49 17 46 18

Fax : 01 49 17 47 01

<http://www.ville.gouv.fr/>

► **Docis (Éditions)**

6, rue de la rosière  
75015 Paris

☎ 01 53 95 38 44

<http://www.editions-docis.com/>



### ► 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  
Fax : 01 40 15 68 01

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

### ► Économica Éditions Techniques et Scientifiques

49, rue Héricart  
75015 Paris  
☎ 01 45 78 12 92  
Fax : 01 45 75 05 67

<http://www.economica.fr>

### ► Eska (Éditions)

12, rue du Quatre-Septembre  
75002 Paris  
☎ 01 42 86 55 66  
Fax : 01 42 60 45 35

email : [eska@eska.fr](mailto:eska@eska.fr)

<http://www.eska.fr/site2001/>

### ► European Observatory on Health Systems and Policies (O.M.S. - Organisation Mondiale de la Santé)

(Observatoire européen des systèmes  
et des politiques de santé)

Rue de l'Autonomie 4  
B-1070 Bruxelles

☎ + 32 2 525 09 35

Fax : + 32 2 525 0936

email : [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

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

## E

### ► E.F.P.I.A. (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations)

Rue du Trône 108  
B 1050 Bruxelles  
Belgique  
☎ 00 32 2 626 25 55  
Fax : 00 32 2 626 25 66

email : [info@efpia.org](mailto:info@efpia.org)

<http://www.efpia.org>

### ► E.N.E.P.R.I. (The European Network of Economic Policy Research Institute)

c/o Center for European Policy Studies  
place du congrès 1  
1000 Bruxelles Belgique

<http://www.enepri.org/> - [info@enepri.org](mailto:info@enepri.org)

### ► E.N.S.P. (École Nationale de Santé Publique)

Avenue du Professeur Léon-Bernard  
35043 Rennes  
☎ 02 99 54 90 98  
Fax : 02 99 54 22 84  
3617 Ensp

<http://www.editions.ensp.fr>

<http://www.ensp.fr>

## F

### ► F.N.M.F. (Fédération Nationale de la Mutualité Française)

255, rue de Vaugirard  
75719 Paris cedex 15

☎ 01 40 43 30 30

email : [webmail@mutualite.fr](mailto:webmail@mutualite.fr)

<http://www.mutualite.fr/web/frameset.nsf/home>

► **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>

► **Flammarion (Éditions)**

87, quai Panhard et Levassor  
75647 Paris Cedex 13  
☎ 01 40 51 31 00  
<http://www.flammarion.com/>

► **Flammarion-Médecine-Sciences**

Le Sequana  
87, quai Panhard et Levassor  
75 647 Paris cedex 13  
☎ + 33 (0) 1 40 51 30 08  
Fax. : + 33 (0) 1 43 25 01 18  
<http://medecine.flammarion.com/>

► **Fraser Institute (The)**

Head Office  
4th Floor  
1770 Burrard Street  
Vancouver BC  
Canada V6J 3G7  
☎ 00 1 604 688-0221  
Fax : 00 1 604 688-8539  
<http://www.fraserinstitute.ca/>

## G

► **G.A.O. (US General Accounting Office)**

441 G Street NW, Room LM  
Washington DC 20548  
États-Unis  
☎ 00 1 202 512 6000  
Fax : 00 1 202 512 6061  
<http://www.gao.gov/>

## H

► **H.A.s. (Haute Autorité de santé)**

(Ex ANAES + Commission de transparence de l'Afssaps + Commission d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps)  
2, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
☎ 01 55 93 70 00  
Fax : 01 55 93 74 00  
email : [contact.web@has-sante.fr](mailto:contact.web@has-sante.fr) (webmaster)  
email : [contact.presse@has-sante.fr](mailto:contact.presse@has-sante.fr) (contact presse)  
email : [contact.revues@has-sante.fr](mailto:contact.revues@has-sante.fr) (contact revues)  
[http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j\\_5](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5)

► **Harmattan éditions (L')**

5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique  
75005 Paris  
☎ 01 43 54 79 14  
Fax : 01 43 29 86 20  
<http://www.editions-harmattan.fr>

► **Huveaux France**

114, avenue Charles de Gaulle  
92200 Neuilly sur Seine.  
☎ 01.55.62.68.00  
Fax : 01.55.62.68.02  
[http://www.huveaux.fr/fr\\_huvFR.asp](http://www.huveaux.fr/fr_huvFR.asp)

## I

► **I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales)**

25-27, rue d'Astorg  
75008 Paris  
☎ 01 40 56 6000  
Fax : 01 40 56 6001  
[http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas\\_som.htm](http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas_som.htm)

► **I.N.S.E.E. (Institut National de la Statistique et des Études Économiques)**

18, bd Adolphe-Pinard

75675 Paris cedex 13

☎ 01 41 17 50 50

<http://www.insee.fr>

DIFFUSION : Insee Info Service

Tour Gamma A

195, rue de Bercy

75582 Paris cedex 12

☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452

Fax : 01 53 17 88 09

[http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil\\_ppp.htm](http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm)

► **I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)**

12, rue du Val d'Osne

94415 St-Maurice cedex

☎ 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

<http://www.invs.sante.fr>

► **I.R.D.E.S. (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé)**

(ex CREDES)

Service Diffusion

10, rue Vauvenargues

75018 Paris

☎ 01 53 93 43 17

Fax : 01 53 93 43 50

email : [commande@irdes.fr](mailto:commande@irdes.fr)

<http://www.irdes.fr>

► **INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)**

Service Éditions Librairie

101, rue de Tolbiac

75013 Paris

☎ 01.44.23.60.82

Hotline : 01 55 74 31 60

(activités de recherche de l'Inserm)

Fax : 01.45.85.68.56

<http://www.inserm.fr>

<http://bir.inserm.fr>

► **Institut Roche de l'Obésité**

Groupe obésité-diabète-cardiologie

52, bd du parc

92521 Neuilly-sur-Seine cedex

☎ 01 46 40 51 03

Fax : 01 46 40 52 83

email : [marina.rossof@roche.com](mailto:marina.rossof@roche.com)

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

## J

► **John Wiley & Sons**

Wiley Europe Ltd.

Baffins Lane, Chichester

West Sussex PO 19 1UD

Royaume-Uni

☎ 00 44 1243 779 777

Fax : 00 44 1243 775 878

email : [customer@wiley.co.uk](mailto:customer@wiley.co.uk)

<http://www.wiley.co.uk>

## M

► **Maloine (Éditions)**

Voir à Vigot-Maloine (éditions) p. 98.

► **M.E.S.R. (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche)**

1, rue Descartes

75231 Paris cedex 05

☎ 01 46 34 35 35

► **M.I.N.E.F.I. (Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie)**

139, rue de Bercy

75572 Paris Cedex 12

☎ 01 44 87 17 17

email : [ventes-publications@dircom.finances.gouv.fr](mailto:ventes-publications@dircom.finances.gouv.fr)

<http://www.finances.gouv.fr/>

► **M.I.N.E.F.I. (Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie)**

Direction Générale des Entreprises

12, rue Villiot

75012 Paris

☎ 01 40 04 04 04

Fax : 01 53 18 96 48

[http://www.industrie.gouv.fr/portail/services/index\\_som.html](http://www.industrie.gouv.fr/portail/services/index_som.html)

► **M.S.S.P.S. (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)**

Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité

Ministères de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

8, av. de Ségur

75350 Paris cedex SP

☎ 01 40 56 60 00

<http://www.sante.gouv.fr>

► **M.S.S.P.S. (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)**

Ministère Emploi et Solidarité

Direction de la Sécurité Sociale

Commission des Comptes 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>

► **Mango Littérature**

15-27, rue Moussorgski

75018 Paris

☎ 01.70 38 55 55

Fax. 01.70 38 55 56

[email\\_mango@editions-mango.fr](mailto:email_mango@editions-mango.fr)

<http://www.editions-mango.com/>

► **Masson Éditeur**

120, bd Saint-Germain

75280 Paris cedex 06

☎ 01 40 46 60 00

Fax : 01 40 46 60 01

<http://www.masson.fr>

► **Médecins du Monde**

62, rue Marcadet

75018 Paris

☎ 01 44 92 15 15

[email : medmonde@medecinsdumonde.org](mailto:medmonde@medecinsdumonde.org)

<http://www.medecinsdumonde.org>

► **Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale**

127, rue de Grenelle

75700 Paris

☎ 01 44 38 38 38

Fax 0 : 01 44 38 20 20

<http://www.travail.gouv.fr/>

<http://www.cohesionsociale.gouv.fr/>

## N

► **N.A.C.C.H.O. (National Association of County & City Health Officials)**

1100 17th Street NW, Second Floor

Washington, DC 20036

☎ (202) 783-5550

Fax (202) 783-1583

<http://www.naccho.org>

► **N.B.E.R. (National Bureau of Economic Research)**

1050 Massachusetts Avenue

Cambridge MA 02138

États-Unis

☎ 001 617 588 0315

Fax : 001 617 441 3895

<http://www.nber.org>

► **N.I.H.C.M. Foundation  
(National Institute for Health Care  
Management Foundation)**

1225 19th Street, NW - suite 710

Washington, DC 20036

États-Unis

☎ 00 1 202 296 4426

Fax : 00 1 202 296 4319

<http://www.nihcm.org>

► **National Institute for  
Public Health and the Environment**

PO Box 1

3720 Bilthoven, The Netherlands.

☎ + 31 30 274 9111

<http://www.healthcareperformance.nl>

► **Nuffield Trust for Research and Policy  
Studies in Health Services**

59 New Cavendish Street

London W1G 7LP

Royaume-Uni

☎ 00 44 20 7631 8450

Fax : 00 44 20 7631 8451

email : [mail@nuffieldtrust.org.uk](mailto:mail@nuffieldtrust.org.uk)

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



► **O.C.D.E. (Les Éditions)**

Les éditions sont localisés à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour y acheter les documents.

• **Les publications sont diffusées par :**

LIBRAIRIE DE L'OCDE en ligne

Pour acheter en ligne monographies et publications en série

<http://www.ocdelibrairie.org> / <http://www.oecdbooks-hop.org>

DOCUMENTS EN LIGNE :

<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne

• **Autres diffuseurs...**

MONOGRAPHIES

Documentation Française (La)

Librairie de Paris

29, quai Voltaire

75007 Paris

☎ 01 40 15 71 10

Fax : 01 40 15 72 30

email : [libparis@ladocfrancaise.gouv.fr](mailto:libparis@ladocfrancaise.gouv.fr)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> => rechercher sur « OCDE »

ABONNEMENTS (publications en série, documents de travail...) à souscrire auprès du distributeur anglais

Extenza Turpin

Pegasus Drive

Stratton Business Park

Biggleswade

Bedfordshire, SG18 8TQ

Royaume-Uni

☎ 00 44 1767 604 800

Fax : 00 44 1767 601 640

email : [turpin@turpin-distribution.com](mailto:turpin@turpin-distribution.com)

<http://www.turpin-distribution.com>

CONSULTATION DES DOCUMENTS :

à la Documentation Française

► **O.D.E.N.O.R.E. (Observatoire des  
Non-Recours aux Droits et Services)**

ADRESSE POSTALE :

MSH-Alpes UPMF-BP 47

38 040 Grenoble CEDEX 9

ADRESSE PHYSIQUE :

1221 avenue Centrale - Domaine Universitaire

38400 Saint-Martin-d'hères

☎ 04 76 82 73 09

Fax : 04 76 82 73 01

<http://www.msh-alpes.prd.fr/odenore/>

► **O.F.D.T. (Office Français des Drogues  
et des Toxicomanies)**

3, av. du Stade de France

93218 St-Denis La Plaine cedex

☎ 01 41 62 77 16

Fax : 01 41 62 77 00

email : [information@ofdt.fr](mailto:information@ofdt.fr)

<http://www.drogues.gouv.fr>



► **O.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://bookorders.who.int/bookorders/index.htm>  
(diffuseurs en France)

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

Bureau régional de l'Europe  
8, Scherfigsvej  
2100 Copenhague  
Danemark  
☎ 00 45 39 17 17 17  
Fax : 00 45 39 17 18 18

► **O.R.S.I.F. (Observatoire régional de la Santé d'Ile-de-France)**

21-23, rue Miollis  
75732 Paris cedex 15  
☎ 01 44 42 64 70  
Fax : 01 44 42 64 71  
email : [orsidf@orsidf.worldnet.fr](mailto:orsidf@orsidf.worldnet.fr)  
<http://www.ors-idf.org>

► **O.S.C.E. (Office Statistique des Communautés Européennes)**

Eurostat Data Shop Paris  
195, Tour Gamma A  
75582 Paris cedex 12  
☎ 01 53 17 88 44  
Fax : 01 53 17 88 22  
email : [datashop@insee.fr](mailto:datashop@insee.fr)  
<http://www.europa.eu.int/comm/eurostat>  
Octarès éditions  
24, rue de Nazareth  
31000 Toulouse  
<http://www.octares.com>

► **Office des Publications Officielles des Communautés Européennes**

2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
☎ 00 352 29 29-1  
Fax : 00 352 29 29-44619

[http://publications.eu.int/index\\_fr.html](http://publications.eu.int/index_fr.html)  
Réseau d'agents de vente : [http://publications.eu.int/others/sales\\_agents\\_en.html](http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html) => France

► **OPHRYS (Éditions)**

27, rue Ginoux  
75015 Paris  
☎ 01 45 78 33 90  
Fax : 01 45 75 37 11  
email : [info@ophrys.fr](mailto:info@ophrys.fr)  
<http://www.ophrys.fr/>

► **Oxford Health Alliance**

1st Floor  
28 Margaret Street  
London  
W1W 8RZ  
United Kingdom  
☎ + 44 (0) 20 7637 4330  
Fax : + 44 (0) 20 7637 4336  
<http://www.oxha.org/>

► **Oxford University Press**

Publishing office  
Great clarendon Street  
Oxford OX2 6DP  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 1865 556 767  
Fax : 00 1865 556 646  
email : [enquiry@oup.co.uk](mailto:enquiry@oup.co.uk)  
<http://www.oup.co.uk/>

## P

### ► P.A.H.O. (Pan American Health Organization's Observatory of Human resources in Health)

525 23rd St. N.W.  
Washington, D.C. 20037, U.S.A.  
☎ (202) 974-3000

### ► PHRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America)

1100 Fifteenth Street NW  
Washington, DC 20005  
États-Unis  
☎ 00 1 202 835 3400  
<http://www.phrma.org>

### ► Presse de l'Université de Montréal (PUM)

C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
☎ 514 343-6933  
Fax : 514 343-2232  
email : [pum@umontreal.ca](mailto:pum@umontreal.ca)  
<http://www.pum.umontreal.ca/>

#### • Diffusion en France :

SOFÉDIS  
11, rue Soufflot  
75005 Paris  
☎ 33.1.53.10.25.25  
Fax : 33. 1. 53. 10. 25. 26  
email : [info@sofedis.fr](mailto:info@sofedis.fr)  
<http://www.sofedis.fr>

### ► Presse Universitaire de France (PUF)

6, av. Reille  
75685 Paris Cedex 14  
☎ 01.58.10.31.00  
<http://www.puf.com/>

### ► Publications du Québec

C.P. 1005 Québec (Québec)  
G1S 1E5 – Canada  
☎ 418 643 5150  
Fax 418 643 6177  
<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>

## S

### ► Secours Catholique

Département Méthodes-Statistiques  
106, rue du Bac  
75341 Paris cedex 07  
☎ 01 45 49 73 71  
Fax : 01 45 49 94 50  
email : [dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr](mailto:dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr)  
<http://www.secours-catholique.asso.fr/>

### ► 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](mailto:espace-librairie@senat.fr)  
<http://www.senat.fr>

### ► Seuil (Éditions le Seuil)

27, rue Jacob  
75261 Paris 06  
☎ 01 40 46 50 50  
Fax : 01 40 46 43 00  
<http://www.seuil.com/>

### ► Stakes

National Research and Development  
Centre for Welfare and Health  
PL 220  
00531 Helsinki  
Lintulahdenkuja 4 kartta  
Finlande  
☎ 00 9 396 71  
Fax : 00 9 761 307  
email : [etunimi.sukunimi@stakes.fi](mailto:etunimi.sukunimi@stakes.fi)  
<http://www.stakes.fi/>  
<http://www.stakes.fi/english/>

### ► **Standard & Poors**

20 Canada Square Canary Wharf  
London, United Kingdom, E14 5LH  
© 44-0-20-7176 3800  
<http://www2.standardandpoors.com>

## T

### ► **Tec & Doc Éditions**

11, rue Lavoisier  
75384 Paris cedex 08  
© 01 42 65 39 95  
Fax : 01 42 65 02 46  
email : [edition@tec-et-doc.com](mailto:edition@tec-et-doc.com)  
<http://www.tec-et-doc.com/fr/>

### ► **Technip (Éditions)**

27, rue Ginoux  
75737 Paris cedex 15  
© 01 45 78 33 80  
Fax : 01 45 75 37 11  
email : [info@editionstechnip.com](mailto:info@editionstechnip.com)  
<http://www.editionstechnip.com/>

## U

### ► **U.R.C.A.M. de Bourgogne (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne)**

14, rue Jean-Giono  
21000 Dijon  
© 03 80 78 80 16  
Fax : 03 80 74 16 67

### ► **U.R.C.A.M. de Champagne-Ardennes (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne)**

ZAC Le Mont Hery  
51000 Chalons-en-Champagne  
© 03 26 65 62 61  
Fax 03 26 65 62 60  
<http://www.champagne-ardenne.assurance-maladie.fr/>

### ► **U.R.C.A.M. Rhône Alpes (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône Alpes)**

71, bd Vivier-Merle  
69003 Lyon  
© 04 72 68 86 60  
Fax : 04 72 68 86 68  
email : [rhones-alpes@assurance-maladie.fr](mailto:rhones-alpes@assurance-maladie.fr)  
<http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/>

### ► **U.R.M.L. de Rhône-Alpes (Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes)**

20, rue Barrier  
69006 Lyon  
© 04 72 74 02 75  
Fax : 04 72 74 00 23  
email : [upmlra@upmlra.org](mailto:upmlra@upmlra.org)  
<http://www.upmlra.org/>

### ► **Université de Rennes 1.**

Faculté de médecine. Département de  
médecine générale  
2, av. du Professeur Léon Bernard  
CS 34717 35043 Rennes Cedex  
© 02 23 23 45 75  
email : [secretariat.medecine-general@univ-rennes1.fr](mailto:secretariat.medecine-general@univ-rennes1.fr)

### ► **Université de Rennes 2**

Laboratoire d'Économie et de Sciences Sociales  
(L.E.S.S.O.R.)  
Maison de la Recherche en Sciences Sociales  
6, av. Gaston-Berger  
CS 243  
F - 35043 Rennes Cedex  
[http://www.uhb.fr/sc\\_sociales/lessor/presentation.htm](http://www.uhb.fr/sc_sociales/lessor/presentation.htm)

# V

## ► Vie Universitaire (Les Éditions de la)

12, rue de la Montagne-Ste-Geneviève

75005 Paris

© 01 46 34 75 50

Fax : 01 46 34 77 82

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

## ► Vigot-Maloine (Éditions)

23, rue de l'École de Médecine

75006 Paris

© 01 43 25 60 45

<http://www.vigotmaloine.fr>

## ► Calendrier des colloques





▶ **III<sup>e</sup> Forum International : Politiques sanitaires et sociales**  
**Expériences internationales, perspectives françaises. Zoom sur les Balkans**

**Rennes** Renseignement : Nelia Fahloun  
France Assistante programme  
☎ + 33 (0)2 99 02 26 91  
email : [nelia.fahloun@ensp.fr](mailto:nelia.fahloun@ensp.fr)  
14 au 15 Mars 2007 Internet : <http://www.ensp.fr/form/dai/formulaire-clai.htm>.

▶ **Journées RSI « Santé-retraite »**

**Paris** Renseignement : Philippe Ulmann  
France Directeur de la Politique de Santé et  
Gestion du Risque (DPSGR)  
Régime Social des Indépendants (RSI)  
☎ + 33 (0)1 49 33 32 15  
19 Mars 2007 email : [philippe.ulmann@canam.fr](mailto:philippe.ulmann@canam.fr)

▶ **L'automédication : recul ou progrès**

**Paris, France** Renseignement : Mutualité Française  
21 Mars 2007 Internet : <http://www.mutualite.fr/>

▶ **World Health Care Congress Europe**

**Barcelone, Espagne** Renseignement : European Commission  
26 au 28 Mars 2007 Site Internet : <http://www.worldcongress.com/europe>

▶ **L'Évaluation des Pratiques Professionnelles : organisation et pratique**

**Pont-à-Mousson (54)** Renseignement : Evalor  
France Organisation régionale de l'évaluation en santé en Lorraine  
☎ + 33 (0)6 31 27 00 69  
Fax : + 33 (03) 51 12 22 12  
email : [evenements@evalor-sante.fr](mailto:evenements@evalor-sante.fr)  
26 au 28 Mars 2007 Internet : <http://www.evalor-sante.fr/spip.php?article32>

▶ **Les journées de la prévention de L'Inpes**

**Paris - France** Renseignement : Philippe Ulmann  
29 au 30 Mars 2007 Internet : <http://www.inpes.sante.fr>

## AVRIL 2007

### Rencontres Dauphine-Santé. Séminaire de printemps. Invitation : L'innovation et l'hôpital : quelles opportunités ?

**Paris** Renseignement : Christine Roullière-Le Lidec  
France Université Paris-Dauphine.  
Économie Santé Social,  
et Idées Nouvelles (DESSEIN)  
Place du Maréchal de Lattre-de-Tassigny  
75016 Paris  
☎ +33 (0)6 80 58 04 59  
4 avril 2007 email : [christine.roulliere@wanadoo.fr](mailto:christine.roulliere@wanadoo.fr)

### The 4th Annual World Health Care Congress

**Washington** Renseignement :  
USA ☎ 800 817 8601  
Fax : 781 939 2490  
email : [wcreg@worldcongresse.com](mailto:wcreg@worldcongresse.com)  
22 au 24 avril 2007 Internet : <http://www.worldcongress.com/events/nw700/>

### 2<sup>nd</sup> International Congress on "prediabetes" and the metabolic syndrome, epidemiology, management and prevention of diabetes and cardiovascular disease

**Barcelone** Renseignement :  
Espagne c/o Kenes International  
PO BOX 1726  
CH-1211 Geneva 1  
☎ +41 22 908 0488  
Fax : +41 22 732 2850  
email : [prediabetes2007@kenes.com](mailto:prediabetes2007@kenes.com)  
25 au 27 avril 2007 Internet : <http://www.kenes.com/prediabetes/>

## MAI 2007

### La relation au cœur des soins et de la santé : congrès de l'ASI 2007

**Montreux** Renseignement : Marion Ebel Bürki  
Suisse Secrétariat central de l'ASI  
Choisystrasse 1  
Case postale 8124  
Suisse  
☎ (+41) 31 388 36 33  
Fax : (+41) 31 388 36 35  
9 au 11 mai 2007 email : [kongresse@sbk-asi.ch](mailto:kongresse@sbk-asi.ch)

### The 4th International Evidence Based Library & Information Practice Conference

**Chapel Hill-Durham, NC** Renseignement :  
USA email : [eblip4@listserv.unc.edu](mailto:eblip4@listserv.unc.edu)  
6 au 11 Mai 2007 Internet : <http://www.eblip4.unc.edu/index.html>

► **38<sup>e</sup> congrès de la CBPQ**

**Gatineau** Renseignement :  
Québec Corporation des Bibliothécaires  
Professionnels du Québec  
353, rue Saint-Nicolas, bureau 103  
Montréal (Québec) à HZY 2P1  
☎ (514) 845-3327  
email : [info@cbpq.ca](mailto:info@cbpq.ca)

16 au 18 Mai 2007 Internet : <http://www.cbpq.qc.ca>

► **XIV<sup>e</sup> Colloque National de Démographie**

**Bordeaux** Renseignement : Chantal Blayo  
Université Montesquieu-Bordeaux IV  
av. Léon Duguit  
33608 Pessac Cedex  
☎ + 33 (0)5 56 84 25 55  
Fax : +33 (0)5 56 84 25 56

21 au 24 mai email : [blayo@u-bordeaux4.fr](mailto:blayo@u-bordeaux4.fr)

► **12<sup>th</sup> Annual Int. Meeting Int. Society for Pharmacoeconomics & outcomes Research**

**Virginia USA** Renseignement :  
email : [info@ispor.org](mailto:info@ispor.org)

19 au 23 Mai Internet : <http://www.ispor.org/Events/Index.aspx?eventId=11>

► **RC28 Spring meeting ISA Resarch Committee on Social Stratification and Mobility**

**BRNO** Renseignement : Petr Mateju  
Czech Department of Sociology of Education  
and Stratification  
Institut of Sociology  
Jilska 1,  
110 00 Prague 1 – Czech Republic  
Tél/Fax : +420 222 220 678  
email : [mateju@mbox.cesnet.cz](mailto:mateju@mbox.cesnet.cz)  
And Meir Yaish  
Department of Sociology and Anthropologie  
University of Haifa  
Haifa 31905, Israel  
Fax : +972-4-8240819  
email : [myaish@univ.haifa.ac.il](mailto:myaish@univ.haifa.ac.il)

24 au 27 Mai 2007 Internet : <http://www.soc.cas.cz/rc28/info/en/25011/Registration.html>

## JUIN 2007

► **4th Euroframe Conference on Economic Policy Issues  
in the European Union Towards an Ageing and Globalising Europe :  
Challenges for the European Social Model(s)**

**Bologne** Renseignement : Stefania Tomasini  
Italie Tél. : +39 (0)51 648 09 27  
email : [stefania.tomasini@prometeia.it](mailto:stefania.tomasini@prometeia.it)  
Catherine Mathieu  
☎ +33 (0)1 44 18 54 37  
8 juin 2007 email : [catherine.mathieu@ofce.sciences-po.fr](mailto:catherine.mathieu@ofce.sciences-po.fr)

► **19<sup>e</sup> Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé de l'UIPES  
La Promotion fait son chemin : Recherche, Politique & Pratiques pour le 21<sup>e</sup> siècle**

**Vancouver, BC** Renseignement :  
Canada email : [canada2007@iupeconference.org](mailto:canada2007@iupeconference.org)  
10 au 15 Juin 2007 Internet : <http://www.iuhpeconference.org/fr/index.htm>

► **Stigma! Vaincre les discriminations en santé mentale.  
Troisièmes rencontres internationales du CCOMS**

**Nice** Renseignement : Centre Collaborateur de  
France l'Organisation Mondiale de la Santé  
pour la recherche et la formation en santé mentale  
45, av. du Maréchal-Lyautey  
59370 Mons en Baroel  
☎ +33 (3)20 43 71 00  
Fax : (+33)3 20 43 71 15  
email : [ccoms@epsm-lille-metropole.fr](mailto:ccoms@epsm-lille-metropole.fr)  
12 au 15 juin 2007 Internet : <http://www.epsm-lille-metropole.fr>

► **Forum mondial de l'OCDE sur les statistiques, les connaissances et l'action publique**

**Istanbul** Renseignement :  
Turquie Division des relations avec les médias de l'OCDE  
☎ +33 1 4524 9700  
27 au 30 juin 2007 Internet : [www.ocde.org/forummondialocde](http://www.ocde.org/forummondialocde)

## JUILLET 2007

► **Explorations in Health Economics : 6th Ihea World Congress**

**Copenhague** Renseignement :  
Danemark International Health Economics Association  
435 East Durham Street,  
Philadelphia PA 19119-1223 USA  
☎ 215 242 1196  
8 au 11 juillet 2007 Site internet : <http://www.healtheconomics.org>

► **Economics of Health European The Health Economics Summer School  
of the Science Days in Steyr 2007 and 2008**

**Steyr, Autriche** Renseignement :  
12 au 18 juillet 2007 Internet : <http://www.ewts.at/ewts/en/main1/index.php>



## AOÛT 2007

### ► Sixth international scientific conference on prevention of work-related musculoskeletal disorders (PREMUS)

**Boston, Massachusetts - USA** Renseignement :  
26 au 30 août 2007 email : [premis@premus2007.org](mailto:premis@premus2007.org)

## SEPTEMBRE 2007

### ► Colloque interdisciplinaire (économie, anthropologie, sociologie, droit) : Économie informelle, travail au noir Enjeux économiques et sociaux

**Marne-la-vallée** Renseignement : Université de Marne-la-Vallée  
France email : [eco-informelle@cee-recherche.fr](mailto:eco-informelle@cee-recherche.fr)  
17 septembre 2007 Internet : [http://www.cee-recherche.fr/colloque\\_tepp/eco\\_informelle/](http://www.cee-recherche.fr/colloque_tepp/eco_informelle/)

### ► Setting an Ethical Agenda for Health Promotion

**Law** Renseignement :  
Belgique Faculté de Law, Ghent university  
18 au 20 septembre 2007 Internet : <http://www.healthpromotionethics.eu/>

## OCTOBRE 2007

### ► 19th international conference on epidemiology in occupational health (EPICOH 2007)

**Banff, Alberta - Canada** Renseignement :  
9 octobre 2007 email : [epicon2007@med.ualberta.ca](mailto:epicon2007@med.ualberta.ca)

### ► Equitable Access : Research challenges for health in developing countries

**Pékin - Chine** Renseignement : Pan American health Organization  
29 octobre au 2 novembre 2007 Internet : [http://www.globalforumhealth.org/Site/000\\_\\_Home.php](http://www.globalforumhealth.org/Site/000__Home.php)



# ■ Quoi de neuf, Doc?

## Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche  
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 00 - Fax : 01 53 93 43 50  
ISSN : 1148-2605

**Tarif d'abonnement 2006** : 100 € (franco de port)

**Consultation des documents :**  
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents  
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES  
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

**Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01**

**Heures d'ouverture :**  
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

---

<b>Directrice de la publication</b>	Chantal Cases
<b>Rédactrice en chef</b>	Marie-Odile Safon
<b>Rédactrices adjointes</b>	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
<b>Diffusion</b>	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
<b>Mise en page</b>	Nicole Guervin

---

