

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Mars - Avril 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.

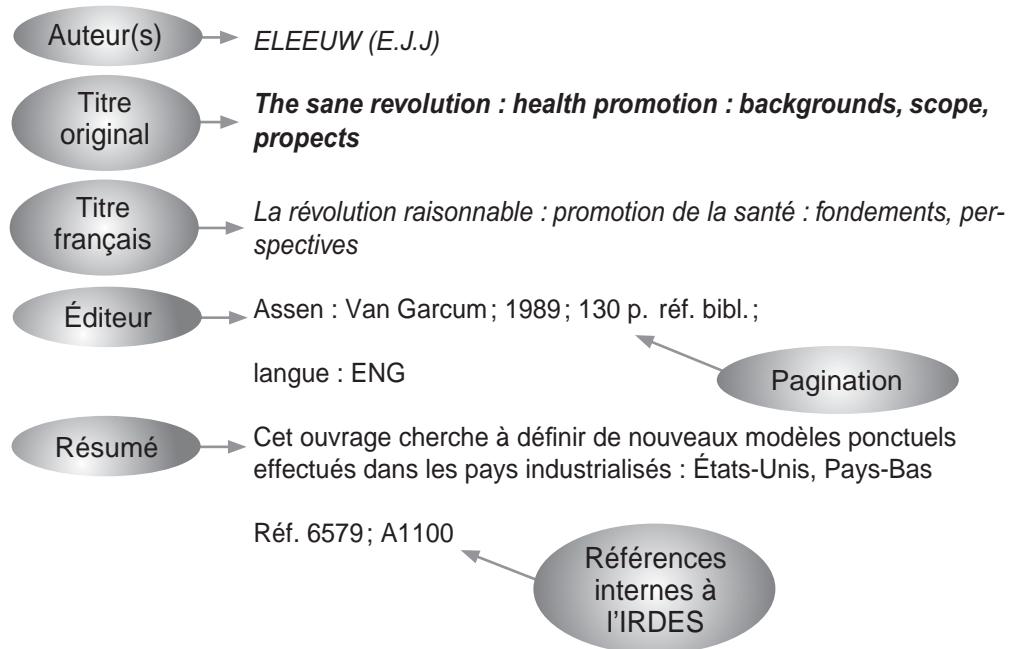
L'IRDES est disponible sur Internet.

Pour contacter le centre de documentation : email : **documentation@irdes.fr**


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

Serveur Web : **www.irdes.fr**

► Comment lire une notice?



► Signification des abréviations

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

Sommaire



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

Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

15 POLITIQUE DE SANTÉ

Droits des usagers	15
Gestion financière	15
Satisfaction des usagers	15
Sécurité sanitaire	16

16 PROTECTION SOCIALE

Action sociale	16
CMU	16
Couverture sociale	17
Financement	17
Minima sociaux	18
Organismes protection sociale	19
Politique sociale	19

20 PRÉVENTION SANTÉ

Cancer	20
Lutte anti-tabac	20
PMI	21
Toxicomanie	21

22 DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes nationaux de la santé	22
Dépenses publiques	22
Facteur âge	23
Maîtrise des dépenses	23

23 INDICATEURS DE SANTÉ

Besoins de santé	23
Démences	24
Déterminants	24
Obésité	25
Santé et travail	26
Tabagisme	27
Troubles neurologiques	27

27 PERSONNES ÂGÉES

Chômage	27
Dépendance	28
État de santé	28
Retraite	29
Revenus	30

31 GROUPES DE POPULATION

Discrimination	31
Étudiants	31
Exclusion sociale	32
Inégalités sociales	33
Jeunes adultes	33
Pauvreté	33

36 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Bretagne	36
Décentralisation	36
Ile-de-France	37

37 MÉDECINE LIBÉRALE

Études médicales	37
Permanence de soins	38
Relations médecin-malade	38
Soins en urgence	38
Temps d'attente	39

39 HÔPITAL

Listes d'attente	39
Qualité des soins	40
Soins hospitaliers	40
Urgences médicales	40

41 MÉDICAMENTS

Évaluation	41
Innovation médicale	41
Politique du médicament.....	42
Prescription	42
Prix	43
Régulation.....	43
Remboursement.....	44

44 INFORMATIQUE MÉDICALE

Dossier médical personnel.....	44
--------------------------------	----

44 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne	44
Australie	45
Canada.....	45
États-Unis.....	47
Royaume-Uni	50
Russie	51
Suisse	51
Union européenne.....	52

53 PRÉVISION-ÉVALUATION

Analyses économiques	53
Performance.....	53
Produits de santé	54
Recommandations	54

55 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Capital social.....	55
Modèles.....	55

56 DÉMOGRAPHIE-MODE DE VIE

Cohésion sociale.....	56
Histoire professionnelle.....	57
Indicateurs démographiques.....	58
Longévité.....	58
Mortalité	58
Projections	59
Prospective des métiers.....	60
Revenus.....	60
Vieillesse	60

61 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Croissance économique.....	61
Chômage.....	61
Emploi	62
Revenus	63

64 DOCUMENTATION

Thèses	64
--------------	----

64 RÉGLEMENTATION

Produits de santé	64
-------------------------	----

AUTRES RUBRIQUES

65 Index des auteurs

73 Carnet d'adresses des éditeurs

85 Calendrier des colloques

► Références bibliographiques

► Droits des usagers

34185

RAPPORT

CLAVERANNE (J.P.), VINOT (D.),
MARTINENT (E.), ROUSSET (G.), BESSA (F.),
BRONKHORST (A.), CORDIER (E.),
MBOUNA (N.)

Groupe de Recherches Appliquées aux
Pratiques Hospitalières et aux Organisations
de Soins. (G.R.A.P.H.O.S.). Lyon. FRA,
Ministère de la Solidarité - de la Santé et
de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).
Paris. FRA

**Droits des usagers du système de santé :
outils pour l'élaboration du rapport annuel
sur le respect des droits des usagers dans
le cadre des conférences de santé.**

Lyon : Graphos - CNRS : 2006/07 : 55 p.
Cote Irdes : C, B5833

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/respect_droits_usagers/docs/rapport_droitsusagers.doc

L'objet de ce rapport est de proposer un modèle de « reporting » à destination de toutes les Conférences régionales de santé, afin de permettre à la Conférence nationale de santé d'effectuer en cohérence et en pertinence sa mission de synthèse concernant la prise en compte des droits des usagers du système de santé.

► Gestion financière

34168

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA
Rapport public annuel 2006 de la
Cour des Comptes.

**1^e partie : Observations des
juridictions financières.**

Paris : Cour des Comptes : 2007/02 : 640 p.
Cote Irdes : B5827/1

<http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RPA/Rpaln-tegrale.pdf>

La première partie du rapport annuel de la Cour des comptes est consacrée aux résultats des contrôles et analyses des juridictions financières sur l'organisation et la gestion des organismes soumis à leur contrôle ainsi que sur quelques aspects des politiques publiques. Cette première partie complète utilement les autres publications annuelles de la Cour des comptes, chacune d'entre elles examinant un thème particulier. Y fi-

gurent également des chiffres clés décrivant l'activité de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes. Toujours afin de mieux répondre à une importante attente du public, le rapport annuel dresse, dans une deuxième partie, un bilan le plus large possible des suites qui ont été données par les services ou les organismes publics concernés à des recommandations des juridictions financières.

34170

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA
Rapport public annuel 2006 de la
Cour des Comptes.

**2^e partie : Suites données aux
observations des juridictions financières.**

Paris : Cour des Comptes : 2007/02 : 332 p.
Cote Irdes : B5827/2

<http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RPA/Rpaln-tegrale.pdf>

Toujours afin de mieux répondre à une importante attente du public, le rapport annuel de la Cour des comptes dresse, dans une deuxième partie, un bilan le plus large possible des suites qui ont été données par les services ou les organismes publics concernés à des recommandations des juridictions financières. La première partie du rapport est consacrée, quant à elle, aux résultats des contrôles et analyses des juridictions financières sur l'organisation et la gestion des organismes soumis à leur contrôle ainsi que sur quelques aspects des politiques publiques. Cette première partie complète utilement les autres publications annuelles de la Cour des comptes, chacune d'entre elles examinant un thème particulier. Y figurent également des chiffres clés décrivant l'activité de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes.

► Satisfaction des usagers

33914

RAPPORT

BVA. Boulogne. FRA, Institut Paul Delouvrier.
Paris. FRA

**Le baromètre des services publics
« les services vus par les usagers ».**

Rapport complet.

Boulogne : BVA : 2007/01 : 83 p., tabl.
Cote Irdes : B5768

http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_sondage/18/sondage_fichier/fichier/rapportbvaactucomplet070110_c2878.pdf

Voici la cinquième livraison du baromètre BVA - Institut Paul Delouvrier, réalisé en partenariat

avec Radio Classique et la Tribune. Vous trouverez sur les sites Internet de BVA (<http://www.bva.fr>) et de l'Institut Paul Delouvrier (<http://www.delouvrier.org>) une synthèse approfondie ainsi que les résultats complets de l'étude; le document ci-joint ne retenant que les principales conclusions de cette enquête. Il se décompose en deux volets (et quatre points principaux); le premier présentant les perceptions - de plus en plus complexes - des Français sur les grands domaines d'action de l'État; et, le second, synthétisant le vécu et les attentes des usagers - de plus en plus experts - des sept services publics investigués.

► Sécurité sanitaire

34106

RAPPORT

GIRAUD (F.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA

Rapport sur la proposition de loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Paris : Sénat : 2007 : 115 p.

Cote Irdes : B5796

<http://www.senat.fr/rap/l06-159/l06-1591.pdf>

La proposition de loi « relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur », déposée par vingt et un sénateurs de la commission des affaires sociales, n'a pas pour ambition de réformer en profondeur la gestion des situations de crises sanitaires dans notre pays. Tout au contraire, elle est le fruit de l'expérience acquise dans le cadre des initiatives mises en place depuis le début de la décennie par les pouvoirs publics. Elle n'est pas un élément se surajoutant à l'édifice et contribuant à sa complexification : elle rationalise l'existant et donne un cadre juridique solide à un ensemble disparate, construit empiriquement au fil des ans (Résumé d'auteur).

► Action sociale

34220

RAPPORT

CARILLON-COUVREUR (M.)

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

L'action sociale du régime général de Sécurité sociale et l'action des collectivités territoriales.

Paris : Assemblée Nationale : 2006/05 :

273 p., ann.

Cote Irdes : B5847

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3739.pdf>

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a demandé à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS), sur sa proposition, de consacrer son dernier rapport thématique de la législature à « l'action sociale du régime général de Sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales ». Le rapport examine tout d'abord la complexité de l'action sociale et les conséquences de l'éclatement des compétences (I). Il formule ensuite une série de propositions visant à améliorer la coordination et à décloisonner le social et le sanitaire mais aussi à donner un nouveau sens à l'action sociale et à améliorer l'effectivité des droits (II).

► CMU

34161

RAPPORT

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

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

Paris : Fonds CMU : 2007/01 : 85 p.

Cote Irdes : B5825

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000167/0000.pdf>

Par lettre du 13 juillet 2006, le directeur de la Sécurité sociale du ministère de la santé et des solidarités a demandé au directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de

la couverture universelle du risque maladie de réaliser le 3^e rapport d'évaluation de la loi CMU. L'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit en effet la remise régulière d'un tel rapport du gouvernement au parlement. Le rapport d'évaluation porte principalement sur trois sujets : la question, dans le cadre de l'accès au droit, du non recours à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé ; la fraude aux prestations sociales et les contrôles effectués par les caisses d'assurance maladie ; le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.

▮ Couverture sociale

34246

DOCUMENT DE TRAVAIL
LEHRER (S.F.), SOUSA PEREIRA (N.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

***Worker Sorting, Compensating
Differentials and Health Insurance :
Evidence from Displaced Workers.***

NBER Working Paper Series ; n° 12762
Cambridge : NBER : 2006/12 : 42 p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12762>

This article introduces an empirical strategy to the compensating differentials literature that i) allows both individual observed and unobserved characteristics to be rewarded differently in firms based on health insurance provision, and ii) selection to jobs that provide benefits to operate on both sides of the labor market. Estimates of this model are used to directly test empirical assumptions that are made with popular econometric strategies in the health economics literature. Our estimates reject the assumptions underlying numerous cross sectional and longitudinal estimators. We find that the provision of health insurance has influenced wage inequality. Finally, our results suggest there have been substantial changes in how displaced workers sort to firms that offer health insurance benefits over the past two decades. We discuss the implications of our findings for the compensating differentials literature.

▮ Financement

34169

DOCUMENT DE TRAVAIL
Conseil d'Orientation des Finances
Publiques. (C.O.F.P.).
Paris. FRA

***Projet de rapport du Conseil
d'orientation des finances publiques.***

Paris : COFP : 2007/01 : 57 p.
Cote Irdes : B5828

http://www.liaisons-sociales.com/fichiers/conseil_orientation_des_finances_publiques_256.pdf

Le Conseil d'orientation des finances publiques a souhaité consacrer son premier rapport annuel à la question de l'impact du vieillissement de la population sur les finances publiques et de leur soutenabilité. Le retour du déficit sous le seuil des 3 points de PIB est un bon début, mais il ne faut pas s'arrêter là dans l'assainissement de nos finances publiques, compte tenu du défi du choc démographique qui attend notre pays. Le vieillissement n'est certes pas le seul phénomène qui risque d'impacter les finances publiques à l'avenir. Mais il est le plus certain. Il est également celui qui pose directement la question du risque d'injustice envers certaines générations. À ce titre, il doit nous réunir dans la recherche d'une stratégie qui s'inscrive dans le long terme et qui soit juste.

34108

RAPPORT
BRICQ (N.), MARINI (P.)
Sénat. Commission des Finances,
du Contrôle Budgétaire et des Comptes
Économiques de la Nation. (C.F.C.B.C.E.N.).
Paris. FRA

***Sécurité sanitaire : Annexe 28 - Projet de loi
de finances pour 2007 : Moyens des politiques
publiques et dispositions spéciales : tome III.***

Paris : Sénat : 2006 : 92 p.
Cote Irdes : B5798

<http://www.senat.fr/rap/106-078-328/106-078-3281.pdf>

34105

RAPPORT

BARBIER (G.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.
(C.A.S.). Paris. FRA

**Projet de loi de finances pour 2007 :
Sécurité sanitaire : tome V.**

Paris : Sénat : 2006 : 56 p.

Cote Irdes : B5795

<http://www.senat.fr/rap/a06-082-5/a06-082-51.pdf>

Progressivement mis en place, le dispositif de sécurité sanitaire français a été considérablement renforcé depuis une dizaine d'années par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, qui a conduit à réorganiser le système français de façon plus cohérente et plus efficace, grâce à la création de trois agences : l'Afssaps, l'Afssa et l'InVS auxquelles se sont ajoutées ensuite l'Afsset et l'Abm. Aujourd'hui, les moyens alloués à la politique de sécurité sanitaire sont, depuis la mise en œuvre effective de la Loi du 1er août 2001, séparés du budget de la santé et rassemblés au sein d'une mission interministérielle dédiée. La mission « Sécurité sanitaire » regroupe deux programmes : « veille et sécurité sanitaires », sous l'égide du ministère de la santé et des solidarités, et « sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation », piloté par le ministère de l'agriculture et de la pêche. Seul le premier de ces programmes relève du champ de compétence de la commission des affaires sociales. Il poursuit cinq objectifs : disposer de systèmes réactifs de veille, d'alerte et d'expertise sur les risques qui menacent la population ; améliorer l'état des connaissances sur ces risques et sur les moyens d'y faire face ; améliorer la maîtrise des risques sanitaires ; renforcer la capacité de répondre aux urgences et de gérer les crises sanitaires ; enfin, développer une culture partagée du risque sanitaire. Le programme « veille et sécurité sanitaires » se propose d'apporter des réponses efficaces à l'émergence de nouveaux défis et d'une demande sociale forte en matière de sécurité sanitaire, au travers de ses quatre actions d'importance inégale : « veille, surveillance, expertise et alerte », « gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises », « production et mise en œuvre de règles, de recommandations, de décisions et autres dispositifs » et « information et formation ».

34107

RAPPORT

GENISSON (C.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.). Paris. FRA

**Projet de loi de finances pour 2007 :
Sécurité sanitaire : tome IX.**

Paris : Assemblée Nationale : 2006 : 43 p.

Cote Irdes : B5797

<http://www.assembleenationale.net/12/pdf/budget/plf2007/a3364-tlX.pdf>

Si l'organisation de la sécurité sanitaire dont s'est dotée la France en quelques années constitue un acquis indéniable, les structures complexes mises en place restent encore trop peu lisibles pour les citoyens en général et pour les professionnels de santé en particulier tandis que subsistent des problèmes d'autonomie et d'articulation avec les pouvoirs publics. En second lieu, d'importants efforts restent à faire pour que le citoyen soit véritablement placé au cœur de la sécurité sanitaire. L'appropriation de la sécurité sanitaire par les citoyens ne saurait en effet se limiter à d'éventuelles réformes de structures pour accroître la présence des citoyens dans les conseils d'administration des agences ou pour leur permettre de les saisir. L'instauration d'une véritable démocratie sanitaire passe aujourd'hui à la fois par une meilleure prévention des risques par les citoyens eux-mêmes, par un déclenchement précoce et transparent de l'alerte, par une expertise et une recherche performantes, indépendantes et transparentes et, de façon plus générale, par une meilleure association du citoyen à la sécurité sanitaire sur le terrain (Résumé d'auteur).

► Minima sociaux

33920

RAPPORT

LETARD (V.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales.
Paris. FRA

**Proposition de loi portant réforme
des minima sociaux.**

Paris : Sénat : 2006 : 104 p.

Cote Irdes : B5774

<http://www.senat.fr/rap/r04-334/r04-3341.pdf>

Trois principes guident ce texte proposant une réforme des minima sociaux : assurer une certaine équité entre les bénéficiaires des minima sociaux, et entre ces bénéficiaires et les salariés à bas revenus. En pratique, la proposition de loi

prévoit de supprimer les aides liées au « statut » et les remplacer, selon le principe « à ressources égales, droits égaux », par des aides attribuées sous simple condition de ressources, rapportées au quotient familial; éviter que le système de protection sociale soit un obstacle supplémentaire à la reprise d'activité des bénéficiaires de minima sociaux. Dans cette perspective, il est prévu de supprimer les délais de carence entre la fin d'une période de travail et le retour aux minima sociaux, et de neutraliser les ressources devenues inexistantes dans le calcul des droits aux minima sociaux et à leurs droits connexes. Le texte organise également une extinction progressive et non plus brutale des droits connexes en cas de reprise d'un emploi. Il prévoit aussi une meilleure information sur l'évolution des droits connexes en cas de retour à l'emploi; renforcer l'accompagnement social et professionnel des bénéficiaires de minima sociaux, en rendant obligatoire la conclusion d'un contrat d'insertion pour les allocataires de l'A.P.I. (allocation de parent isolé) et de l'A.S.S. (allocation de solidarité spécifique). Pour tenir compte des spécificités de ces publics, les conseils généraux pourront passer convention avec les caisses d'allocations familiales et l'A.N.P.E., afin de mutualiser les moyens.

► Organismes protection sociale

34104

RAPPORT
ASKIENAZY (D.), OLIVIER (P.),
DESPORTES (J.), NIGET (G.), LACOMBE (A.)
KAISERGRUBER (D.) / dir.
Groupe BPI.
Paris. FRA

**Les services publics changent : comment ?
Étude sociologique de l'Assurance Maladie.**

Paris : Groupe BPI : 2006/06 : 99 p.
Cote Irdes : B5794

<http://www.bpinet.com/fr/reflechir/cahiers/cahier16/cahier16CNAM.pdf>

Les services publics changent : dans leurs organisations et dans leurs manières de travailler et de rendre « service ». La Sécurité sociale aussi. En 2004-2005, c'est un véritable voyage d'études à l'intérieur d'un grand service public social – l'Assurance Maladie et ses 110 000 salariés – qui a été réalisé par une équipe de consultants. La dimension du service y devient essentielle, les responsabilités sont exercées au sein d'un réseau, à la fois sur le terrain et de manière centralisée, la modernité technologique y a conquis sa place et fait changer les métiers. Ce voyage est riche de leçons pour l'ensemble du secteur

public, il témoigne aussi d'une façon de conduire le changement qui conjugue continuité et rupture, volontarisme et diversité des démarches (Résumé d'auteur).

33913

RAPPORT
Centre des Liaisons Européennes et
Internationales de Sécurité Sociale.
(C.L.E.I.S.S.).
Paris. FRA

**Rapport statistique du CLEISS :
exercice 2005.**

Paris : CLEISS : 2006 : 225 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5767

http://www.cleiss.fr/docs/stats2005/rapport_stat_2005.pdf

Le CLEISS, dont l'une des missions essentielles est d'ordre statistique et financier, établit chaque année un rapport statistique décrivant l'ensemble des transferts de fonds vers ou en provenance de l'étranger. Ces transferts sont effectués par l'intermédiaire de son agence comptable ou enregistrés dans les statistiques qui lui sont fournies par les organismes de Sécurité sociale, ou accessoirement par les organismes d'assurance chômage et les institutions de retraite complémentaire. Le rapport statistique relatif à l'exercice 2005 se présente en six parties concernant respectivement : les soins de santé et contrôles médicaux (remboursements effectués, créances et dettes introduites en 2004) ; les prestations en nature et en espèces des assurances maladie-maternité et AT-MP pour le compte d'un autre État membre ; les prestations familiales ; les rentes AT-MP, les pensions d'invalidité et de vieillesse, les allocations (veuvage et décès) ainsi que les retraites complémentaires ; l'assurance chômage ; les flux migratoires ; le détachement.

► Politique sociale

34180

RAPPORT
Conseil Économique et Social. (C.E.S.).
Paris. FRA

**Rapport d'activité 2006 du
Conseil Économique et Social.**

Paris : CES : 2007 : 417 p.
Cote Irdes : P111/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000179/0000.pdf>

Pour la deuxième année de sa nouvelle formule, le rapport d'activité du Conseil économique et social reprend les rubriques initiées en 2005 no-

tamment les activités du bureau, la vie des sections et délégations, ainsi que le regard transversal sur les travaux de l'année qui en 2006 est consacré à la problématique du développement durable. En complément, des informations sont également données sur les moyens de fonctionnement du Conseil. Par ailleurs, une place importante est réservée aux travaux sur le dialogue social qui ont été au cœur de l'activité de l'assemblée cette année.

PRÉVENTION SANTÉ

► Cancer

33903

OUVRAGE

GUILBERT (P.) / dir., PERETTI-WATEL (P.) / dir., BECK (F.), GAUTIER (A.) / dir.

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

Baromètre cancer 2005.

Saint-Denis : INPES : 2006 : 201 p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Ac3527

Cet ouvrage présente les résultats de la première enquête sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français dans le domaine du cancer. Au total, ce sont 4046 personnes qui ont répondu à un questionnaire téléphonique. Cette enquête aborde notamment les représentations de la maladie, les opinions sur les malades et leur prise en charge, les comportements et perceptions concernant le tabac, l'alcool, le soleil et décrit également différentes pratiques de dépistage.

33919

RAPPORT

Federaal Kenniscentrum voor de
Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise
des Soins de Santé.

Bruxelles. BEL

Health technology Assessment : dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique.

KCE Reports ; vol. 45B

Bruxelles : KCE : 2006 : 247 p., tabl.

Cote Irdes : B5773

<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=662>

Ce rapport Health Technology Assessment

(HTA) fait la synthèse des « données probantes » scientifiques sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité du dépistage du cancer colorectal. Il examine également de quelle manière un programme potentiel de dépistage du cancer colorectal peut être introduit efficacement en Belgique. À cet effet, nous évaluons systématiquement la littérature scientifique, nous décrivons les directives existantes concernant le dépistage et la surveillance et nous effectuons une estimation de l'impact budgétaire résultant de l'introduction d'un tel programme. Nous discutons aussi des principales incertitudes liées à l'introduction de ce dépistage en Belgique (Résumé d'auteur).

► Lutte anti-tabac

33301

DOCUMENT DE TRAVAIL

CZART CIESIERSKI (C.), CHATTERJI (P.),
CHALOUPKA (F.J.), WESCHLER (H.)

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

Cambridge CA. USA

Do State Expenditures on Tobacco Control Programs Decrease Use of Tobacco Products Among College Students ?

*Est-ce que les dépenses liées aux
programmes de lutte antitabac réduisent la
consommation de tabac parmi les étudiants ?*

NBER Working Paper Series ; n° 12532.

Cambridge : NBER : 2006/09 : 34 p., tabl.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12532.pdf>

The objective of this paper is to investigate the effects of state tobacco control program expenditures on individual-level tobacco use behaviors among young adults. Data come from the 1993, 1997, 1999 and 2001 waves of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study (CAS). Our findings indicate that a higher level of state spending on tobacco control programs is associated with a statistically significant increase in the probability that smokers report at least one attempt to quit smoking in the past year, as well as increases in the number of attempts to quit in the past year among smokers. We also find that higher state expenditures on tobacco control programs are associated with reductions in the prevalence of smokeless tobacco and cigar use among college students. We do not find, however, any statistically significant association between state tobacco control program expenditures and the overall prevalence and intensity of cigarette use among college students, a finding that is at odds with previous research on high school students.

► PMI

34145

RAPPORT

JOURDAIN-MENNINGER (D.), ROUSSILLE (B.),
VIENNE (P.), LANNELONGUE (C.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.).

Paris. FRA

**Étude sur la protection maternelle et
infantile en France : rapport de synthèse.**

Tome IIIII - Rapport.

Paris : IGAS : 2006/11 : 51 p.

Cote Irdes : B5820/1

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/
BRP/074000139/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000139/0000.pdf)

Par lettre du 20 février 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI) visant à proposer « les axes fondamentaux d'une politique renouvelée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance ». Parmi les annexes, on trouvera les quatre rapports de site sur les politiques de protection maternelle et infantile dans les départements du Calvados, de l'Essonne, de l'Hérault et de la Meurthe-et-Moselle.

34146

RAPPORT

JOURDAIN-MENNINGER (D.), ROUSSILLE (B.),
VIENNE (P.), LANNELONGUE (C.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.).

Paris. FRA

**Étude sur la protection maternelle et
infantile en France : rapport de synthèse.**

Tome IIIIII - Annexes.

Paris : IGAS : 2006/11 : 125 p.

Cote Irdes : B5820/2

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/
BRP/074000139/0001.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000139/0001.pdf)

Par lettre du 20 février 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI) visant à proposer « les axes fondamentaux d'une politique renouvelée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités

à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance ». Ce document présente les annexes du rapport de synthèse.

34148

RAPPORT

JOURDAIN-MENNINGER (D.), ROUSSILLE (B.),
VIENNE (P.), LANNELONGUE (C.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.).

Paris. FRA

**Étude sur la protection maternelle et
infantile en France : rapport de synthèse.**

Tome IIIIIII - Rapports de site.

Paris : IGAS : 2006/11 : 297 p.

Cote Irdes : B5820/3

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/
BRP/074000139/0002.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000139/0002.pdf)

Par lettre du 20 février 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI) visant à proposer « les axes fondamentaux d'une politique renouvelée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance ». Ce document présente les quatre rapports de site sur les politiques de protection maternelle et infantile dans les départements du Calvados, de l'Essonne, de l'Hérault et de la Meurthe-et-Moselle.

► Toxicomanie

34182

RAPPORT

Organe International de Contrôle des
Stupéfiants. (O.I.C.S.).

Vienne. AUT

**Rapport 2006 de l'Organe International
de Contrôle des Stupéfiants.**

Vienne : OICS : 2007/01 : 119 p.

Cote Irdes : B5832

[http://www.incb.org/pdf/f/ar/2006/annual-report-
2006-fr.pdf](http://www.incb.org/pdf/f/ar/2006/annual-report-2006-fr.pdf)

« La plupart des pays n'ont pas conscience de l'ampleur du détournement et de l'abus » de médicaments légalement prescrits, malgré la multiplication des décès qui y sont liés, souligne le rapport annuel de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). Dans certains

► Comptes nationaux de la santé

33331

RAPPORT

Institut Canadien d'Information
sur la Santé. (I.C.I.S.).
Ottawa. CAN

**Estimations préliminaires des dépenses
de santé des gouvernements provinciaux et
territoriaux de 1974-1975 à 2006-2007.**

Ottawa : ICIS : 2006/11 : 101 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5668

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/tendances_des_depenses_nationales_de_sante_1975_a_2006_f.pdf

Le présent rapport est une série spéciale qui contient les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux par exercice. La série de données couvre 33 ans, de 1974-1975 à 2006-2007. Le rapport discute d'abord des tendances dans l'ensemble des dépenses. La seconde section explore le lien entre les dépenses de santé par province et par territoire et leur capacité fiscale. Les troisième et quatrième sections comparent les dépenses entre les secteurs de compétence et présentent les estimations de dépenses par catégories de services.

► Dépenses publiques

33858

RAPPORT

BOURDIN (J.)

Sénat. Délégation pour la Planification.
Paris. FRA

**Les perspectives macroéconomiques
et finances publiques à moyen terme
(2007-2011).**

Paris : Sénat : 2006 : 190 p., graph., tabl.
Cote Irdes : B5750

<http://www.senat.fr/rap/r06-089/r06-0891.pdf>

Comme chaque année, la Délégation pour la planification du Sénat présente dans ce rapport les résultats de travaux de projection à moyen terme réalisés à l'aide de modèles macroéconomiques. Les travaux présentés ici ont été réalisés à l'aide du modèle e-mod.fr de l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) qui développe plusieurs scénarios en matière de croissance et de dépenses publiques.

pays, l'abus de produits sur ordonnance a déjà dépassé celui des drogues illicites traditionnelles, comme l'héroïne ou la cocaïne, notamment en Amérique du Nord et en Europe. Le rapport constate que l'abus d'anorexigènes gagne du terrain. Les pays les plus concernés sont, dans l'ordre décroissant, le Brésil, l'Argentine, la Corée du Sud, les États-Unis et Singapour. A l'inverse, le Chili, le Danemark et la France ont « considérablement » réduit l'usage de ces substances grâce à des contrôles plus stricts. La vente illégale de produits pharmaceutiques, souvent par Internet, se poursuit, avec « la mise sur le marché de quantités de plus en plus grandes et de plus en plus variées ». On compterait des dizaines de milliers de cyberpharmacies illicites ! Pour combattre le trafic et les abus de produits pharmaceutiques obtenus légalement ou non, l'OICS recommande aux États de « sensibiliser leurs services de détection et de répression » à l'accélération du phénomène.

34190

RAPPORT

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

**État du phénomène de la drogue en Europe :
rapport annuel 2006.**

Luxembourg : Office des publications officielles
des Communautés européennes :
2006 : 96 p., graph., carte
Cote Irdes : C, B5836

Illustré de cartes et de graphiques, ce rapport commence par faire un point sur les évolutions européennes en matière de politique de la drogue et de législation ainsi que sur les grands axes du plan européen : prévention, traitement, réduction des risques. Il effectue ensuite un état des lieux par produit (cannabis ; amphétamines, ecstasy et drogues de synthèse ; cocaïne et crack ; héroïne et opiacés) : prévalence, tendances et lieux de consommation ; mortalité ; demandes de soins ; marché et trafic ; saisies ; prix et puissance. Il aborde enfin les questions liées à la surveillance de l'usage problématique de substances psychoactives et à la polyconsommation.

► Facteur âge

33583

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

The influence of supply and demand factors on aggregate health care expenditure with specific focus on age composition.

Influence de d'offre et de la demande sur les dépenses de santé agrégées avec un éclairage particulier sur le facteur âge.

Bruxelles : ENEPRI : 2006/02 : 40 p., tabl.
Cote Irdes : B5708

<http://www.enepri.org/Publications/RR16.pdf>

Expenditure on medical treatment has tended to increase as a proportion of national income throughout the European Union. Overall there has been a rising trend in the mean as low spending countries such as the UK have faced political pressure to spend at least the average EU proportion of their national income on the provision of health services, medical treatment and long-term care. A particular concern is that with an ageing population and therefore the prospect of more old people around, the pressures on health care expenditure will increase further. The aim of this 4th work package (WP4) of the AHEAD project is to explain how demand and supply factors influence aggregate health care expenditure with a specific focus on age composition. Several studies in the past have shown that health care expenditure is not only influenced by demand factors, but also by those on the supply side, particularly technological progress, political decisions and economic framework conditions. In contrast with other studies (and aside from the focus on age), WP4 emphasises variables describing health care and financing systems. The idea is that the inclusion of these variables affords a better explanation of health care expenditure. This report collects data on demand, supply and utilisation of health care from official statistics and creates additional variables describing the health care and financing systems based on a literature review. In total, 63 variables are included in a basic data set for 28 countries, mostly covering the period 1980- 2003. A brief statistical overview shows the development of some of the variables in the countries covered. The expected strong connection between health care expenditure and GDP can be seen in a cross-section analysis for 2003. The relation between health care expenditure and the share of the elderly in the population was also positive, but not as strong as in the case of GDP.

► Maîtrise des dépenses

33873

DOCUMENT DE TRAVAIL
COGAN (F.), HUBBARD (R.G.),
KESSLER (D.P.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Evaluating effects of tax preferences on health care spending and federal revenues.

Evaluation des effets de la taxation sur les dépenses de santé et les revenus fédéraux.

NBER Working Paper Series ; n° 12733
Cambridge : NBER : 2006/12 : 23 p., tabl.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12733>

In this paper, we calculate the consequences for health spending and federal revenues of an above-the-line deduction for out-of-pocket health spending. We show how the response of spending to this expansion in the tax preference can be specified as a function of a small number of behavioral parameters that have been estimated in the existing literature. We compare our estimates to those from other researchers. And, we use our analysis to derive some implications for tax policy toward health saving accounts.

INDICATEURS DE SANTÉ

► Besoins de santé

34229

RAPPORT
Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie. (U.R.C.A.M.).
Lyon. FRA

Les besoins de soins en France.

Méthode et résultats 2005.

Lyon : Urcam : 2007/01 : 42 p., tabl., ann.
Cote Irdes : B5849

http://www.urcam.assurance-maladie.fr/fileadmin/PORTAIL/telechargement/Etudes_Publications/sante_en_region/besoins_soins/Besoins_soins_en_France_resu2005.pdf

Ce rapport vous présente une méthode qui permet d'évaluer les besoins de soins des Français à partir d'une combinaison d'indicateurs (l'âge, la morbidité via les affections de longue durée, la mortalité et la précarité à travers la couverture maladie universelle complémentaire). Réalisé par plusieurs URCAM, il constitue un outil d'aide à la

décision et un premier diagnostic dans le domaine sanitaire. La finalité ultime consiste en la recherche d'une adéquation entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins pour réduire les inégalités de santé régionales et infrarégionales.

► Démences

34187

RAPPORT

Alzheimer's Society. Londres. GBR,
King's College. Londres. GBR,
London School of Economics. (L.S.E.).
Londres. GBR

Dementia UK. Summary of key findings.

Londres : Alzheimer's Society : 2007 : 12 p.
Cote Irdes : B5835

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

http://www.alzheimers.org.uk/News_and_Campaigns/Campaigning/PDF/Dementia_UK_Summary.pdf

Ce rapport de l'Alzheimer's Society analyse la prévalence et le coût de la démence au Royaume-Uni.

► Déterminants

34202

DOCUMENT DE TRAVAIL

GAN (L.), GONG (G.)

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

Estimating interdependence between health and education in a dynamic model.

Estimation de l'interdépendance entre l'état de santé et l'éducation dans un modèle dynamique.

NBER Working Paper Series ; n° 12848

Cambridge : NBER : 2007/01 : 56 p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

This paper investigates to what extent and through which channels that health and educational attainment are interdependent. A dynamic model of schooling, work, health expenditure, and savings is developed. The structural framework explicitly models two existing hypotheses on the correlation between health and education. The estimation results strongly support the interdependence between health and education. In particular, the estimated model indicates that an individual's education, health expenditure, and previous health status all affect his health status. Moreover, the individual's health status affects his mortality rate, wage, home production, and academic success. On average, having been

sick before age 21 decreases the individual's education by 1.4 years. Policy experiments indicate that a health expenditure subsidy would have a larger impact on educational attainment than a tuition subsidy.

34179

RAPPORT

VAN DEN BERG (J.), LINDEBOOM (MA.),
PORTRAIT (F.)

Conjugal bereavement effects on Health and Mortality at advanced ages.

Les effets d'un deuil conjugal sur l'état de santé et la mortalité aux âges avancés.

Rotterdam : Tinbergen Institute : 2007 : 46 p., fig., ann.

Cote Irdes : B5815

<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/07010.pdf>

We specify a model for the lifetimes of spouses and the dynamic evolution of health, allowing spousal death to have causal effects on the health and mortality of the survivor. We estimate the model using a longitudinal survey that traces many health status aspects over time, and that is linked to register data on the vital status of the individuals. The model takes account of selectivity in partners' mortality and health evolution. We find strong instantaneous effects of bereavement on mortality and on certain aspects of health. Individuals lose on average 12% of residual life expectancy after bereavement. Bereavement affects the share of healthy years in residual lifetime, primarily because healthy years are replaced by years with chronic diseases.

33335

FASCICULE

GILBERT (G.), VAN KEMENADE (S.),
BOUCHARD (L.), ROY (J.F.), VENINGA (J.),
VAN LIEMPT (S.), BERTOIA (C.),
MATHESON (L.), FRANKE (S.)

Social capital and health : maximizing the benefits.

Le capital social et la santé : maximiser les avantages.

Guatineau : Québec. : 2006/09 : 42 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5672

http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2006-capital-social-capital/2006-capital-social-capital_f.pdf

Partant de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et des études initiales de Santé Canada sur le lien entre le capital social et la santé, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada s'associaient, en 2004,

à l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa pour effectuer une première analyse nationale des liens entre le capital social et la santé de la population canadienne. En diffusant ces travaux, ce numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé vise à : présenter l'évolution des études sur la corrélation entre les liens sociaux et la santé, discuter des effets du concept de capital social; faire ressortir diverses approches engagées pour définir le capital social, dont celle axée sur « les réseaux » convenue par les ministères fédéraux, et présenter un modèle analytique pour mesurer les liens entre le capital social et la santé; expliquer en quoi ce modèle a servi à analyser l'Enquête sociale générale (ESG) de 2003 sur l'engagement social et décrire les résultats au niveau de la population canadienne en général et de sous-populations choisies; examiner des secteurs de politiques et de programmes clés où le capital social joue déjà un rôle et les incidences des récentes études.

33774

DOCUMENT DE TRAVAIL
JAMISON (E.A.), JAMISON (D.T.),
HANUSHEK (E.A.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

***The effects of education quality
in income growth and mortality decline.***

*Les effets de la qualité de l'éducation
sur l'augmentation du revenu et la baisse
de la mortalité.*

NBER Working Paper Series; n° 12652
Cambridge : NBER : 2006/10 : 22 p. + ann.,
tabl.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12652.pdf>

Previous work shows that higher levels of education quality (as measured by international student achievement tests) increases growth rates of national income. This paper begins by confirming those findings in an analysis involving more countries over more time with additional controls. We then use the panel structure of our data to assess whether the mechanism by which education quality appears to improve per capita income levels is through shifting the level of the production function (probably not), through increasing the impact of an additional year of education (probably not), or through increasing a country's rate of technological progress (very likely). Mortality rates complement income levels as indicators of national well-being and we extend our panel models to show that improved education quality increases the rate of decline

in infant mortality. Throughout the analysis, we find a stronger impact of education quality and of years of schooling in open than in closed economies.

► Obésité

33299

DOCUMENT DE TRAVAIL
CAWLEY (J.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

***Contingent valuation
analysis of willingness to pay
to reduce childhood obesity.***

*Analyse d'évaluation
conditionnelle de la volonté à payer
pour réduire l'obésité infantile*
NBER Working Paper Series; n° 12510.
Cambridge : NBER : 2006/09 : 49 p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

Several recent surveys have asked Americans whether they support policies to reduce childhood obesity. There is reason for skepticism of such surveys because people are not confronted with the tax costs of such policies when they are asked whether they support them. This paper uses contingent valuation (CV), a method frequently used to estimate people's willingness to pay (WTP) for goods or services not transacted in markets, applied to unique data from New York State, to estimate the willingness to pay to reduce childhood obesity. The willingness to pay data have considerable face validity; they correlate in predictable ways with observed characteristics of respondents. The mean WTP of New Yorkers for a 50% reduction in childhood obesity is \$47.25, which implies a total WTP by New York residents of \$692.3 million. This vastly exceeds the implied savings in external costs, suggesting that the public supports public health initiatives not only to reduce external costs, but also altruistically. Despite the large WTP relative to the savings in external costs, the WTP estimated using the CV techniques in this paper are somewhat lower than those implied by previous surveys that did not use CV methods.

► Santé et travail

34111

DOCUMENT DE TRAVAIL

AFSA (C.)

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

L'estimation d'un coût implicite de la pénibilité du travail chez les travailleurs âgés.

Paris : INSEE : 2006 : 27 p., tabl., ann.

Cote Irdes : B5790

http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/F0603.pdf

Nous cherchons à quantifier l'effet des conditions de travail sur les comportements de départ à la retraite en estimant un coût implicite de la pénibilité en cas de poursuite de l'activité professionnelle. Le coût est mesuré en points de pourcentage d'augmentation de la pension de retraite demandé par le salarié pour accepter de reporter d'un an la date envisagée de son départ à la retraite. Nous exploitons une enquête auprès de salariés âgés de 54 à 59 ans et travaillant dans le secteur privé, qui leur demandait notamment d'exprimer leurs préférences en réagissant à divers scénarios de départ à la retraite. Nous construisons un indicateur de pénibilité du travail à partir des réponses à des questions de satisfaction de l'emploi occupé et d'auto-évaluation de l'état de santé. Nous trouvons que pour compenser la désutilité à occuper un an de plus un emploi pénible, il faudrait augmenter d'environ 10 % la pension de retraite. En d'autres termes, un salarié ayant un travail pénible n'accepte de repousser son départ à la retraite qu'au prix d'une surcote supérieure de 10 points à celle demandée par un salarié occupant un emploi pas ou peu pénible (Résumé d'auteur).

33911

DOCUMENT DE TRAVAIL

VALEYRE (A.)

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

Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation.

Paris : CEE : 2006/11 : 48 p., tabl.

Cote Irdes : B5765

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/travail/conditions_sante_europe_73.pdf

Ce document de travail étudie les conditions de travail et la santé au travail des salariés de

l'Union européenne selon les formes d'organisation du travail. Il s'appuie sur les données de la troisième enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2000. La première partie présente le cadre méthodologique de la recherche et la typologie des formes d'organisation du travail - formes apprenantes, en lean production, tayloriennes et de structure simple - sur laquelle elle se fonde. Les trois parties suivantes comparent les conditions de travail des salariés européens selon ces quatre formes d'organisation du travail. Elles examinent successivement les conditions physiques de travail, les conditions horaires de travail et les pressions temporelles dans le travail. La cinquième partie porte sur les risques et les atteintes à la santé au travail qu'elle confronte selon les formes d'organisation du travail. Le résultat majeur de cette recherche comparative est de montrer que les conditions de travail et la santé au travail sont très différentes dans les nouvelles formes d'organisation du travail, les formes apprenantes et en lean production. Elles sont bien meilleures dans les organisations apprenantes que dans les organisations en lean production ou tayloriennes et souvent moins bonnes dans les organisations en lean production que dans les organisations tayloriennes. Ce résultat conduit à s'interroger en conclusion sur les fortes différences que l'on observe entre les nouvelles formes d'organisation du travail (Résumé d'auteur).

33559

RAPPORT

MESSING (K.), OSTLIN (P.)

World Health Organization. (W.H.O.).

Geneva. CHE

Gender equality work and health : a review of the evidence.

Égalité des sexes en matière de travail et de santé : revue de la littérature.

Genève : OMS : 2006 : 46 p.

Cote Irdes : B5597

<http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>

This publication documents the relationship between gender inequality and health and safety problems. It reviews gender issues in research, policies and programmes on work and health, and highlights some specific issues for women, including the types of jobs they do, as well as their need to reconcile the demands of work and family. Biological differences between women and men also are considered in relation to hazards they face in the workplace. Implications of the findings and recommendations for legislation and policy are discussed. Women will be more and more involved in the global workforce,

in both formal and informal work. In ensuring economic survival for themselves and their families they employ a variety of strategies, some of which entail great danger for their health. This review highlights the necessity to strengthen and put in place more and better programmes and practices so as to ensure women's health and safety at work, while facilitating their access to economic and social equality.

► Tabagisme

33289

DOCUMENT DE TRAVAIL
DECICCA (P.), KENKEL (D.), MATHIOS (A.), SHIN (Y.J.), LIM (J.Y.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.).
Cambridge MA. USA

Youth smoking, cigarettes prices and anti-smoking sentiment.

Tabagisme des jeunes, prix des cigarettes et sentiment anti-tabac.

NBER Working Paper Series ; n°12548.
Cambridge : NBER : 2006/08 : 42 p., tabl., graph., index
Cote Irdes : P193

www.nber.org/papers/w12458.pdf

In this paper, we develop a new direct measure of state anti-smoking sentiment and merge it with micro data on youth smoking in 1992 and 2000. The empirical results from the cross-sectional models show two consistent patterns: after controlling for differences in state anti-smoking sentiment, the price of cigarettes has a weak and statistically insignificant influence on smoking participation; and state anti-smoking sentiment appears to be a potentially important influence on youth smoking participation. The cross-sectional results are corroborated by results from discrete time hazard models of smoking initiation that include state fixed effects. However, there is evidence of price-responsiveness in the conditional cigarette demand by youth and young adult smokers.

► Troubles neurologiques

34186

RAPPORT
AARLI (J.), DUA (T.), JANCA (A.), MUSCETTA (A.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S).
Genève. CHE

Neurological disorders : public health challenges.

Troubles neurologiques : défis pour la santé publique.

Genève : OMS : 2006 : 218 p.
Cote Irdes : B5834

http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf

Ce rapport de l'Organisation mondiale de la santé (Oms) concerne les troubles neurologiques dans le monde (de l'épilepsie à la maladie d'Alzheimer en passant par les accidents vasculaires cérébraux, les traumatismes cérébraux, les neuroinfections, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson...). Sont analysés : le nombre de personnes atteintes, la mortalité, le coût de ces maladies. L'Oms attire l'attention sur la difficulté d'accès aux soins pour les patients atteints. Elle propose d'inclure les soins neurologiques dans les soins de santé primaires. Car la non prise en charge de ces malades s'explique d'abord par l'inadéquation « des systèmes de prestations sanitaires, le manque de personnel qualifié, l'absence de médicaments essentiels... ». Un manque de moyens qui frappe encore une fois les pays plus démunis : 90 % des malades d'épilepsie africains n'ont pas accès aux soins bien qu'il existe des médicaments peu coûteux.

PERSONNES ÂGÉES

► Chômage

33326

DOCUMENT DE TRAVAIL
HAAN (P.), STEINER (V.)
The Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).
Bonn. GER

Making work pay for the elderly unemployed: evaluating alternative policy reforms for Germany.

Chômage des travailleurs vieillissants : évaluation des politiques de réformes alternatives en Allemagne.

Bonn : The Institute for the Study of Labor :
2006/11 : 26 p., tabl.
Cote Irdes : B5658

<http://ftp.iza.org/dp2424.pdf>

We evaluate three policy reforms targeted at older unemployed people: (i) an hourly wage subsidy, (ii) an in-work credit, and (iii) a subsidy of social security contributions on low wages. The work incentive, labour supply and welfare effects of these hypothetical reforms are analysed on the basis a detailed micro-simulation model for Germany which includes a structural household labour supply model. We find that the simulated labour supply effects of the three policy reforms would be rather similar and of moderate size, ranging between 20,000 and 30,000 older women and between 10,000 and 20,000 older men. Our results also suggest that the hourly wage subsidy yields the highest welfare gains.

► Dépendance

33584

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

New EU member states and the dependent elderly.

Nouveaux membres de l'Union Européenne et personnes âgées dépendantes.
 Bruxelles : ENEPRI : 2006/02 : 24 p., tabl., fig.
 Cote Irdes : B5709

<http://www.enepri.org/Reviser/cmette-newms-dependentelderly.pdf>

The 10 new member states that joined the European Union in May 2004 have increased the population of the EU-15 by 20% and together account for almost 16.4% of the total EU-25 population. The current ageing of the population in the EU-15 has highlighted other challenges besides the well-known problems of financing pension and health care systems. It has also highlighted the risks of a rise in the dependent elderly population and the need to adjust social welfare systems accordingly. Given the emerging risks and problems in the EU-15, one may wonder about the situation in the new member states. This study shows that while the new member states do not yet appear to be facing the problem of elderly dependency on the same scale as the EU-15 countries, in the coming decades it is likely they will have to contend with it to a much greater degree. The study also indicates that provision for dependent elderly care in the 10 countries does not yet seem to be fully established. That being said, Malta and Slovenia, countries that will have a considerable proportion of the oldest old among their populations in the near future, are distinguishable from the others in

that they appear better prepared in terms of dependent elderly care. Although Poland is considered far from prosperous as regards economic and social development, in terms of population ageing - particularly provision for the dependent elderly - it also looks better placed than most of the other new member states, which appear to be less generous in assistance provided to the dependent elderly. The three Baltic States are notable in that the share of GDP they allocate to this category is lowest, even though they are expected to have the oldest populations in the years to come.

► État de santé

34245

DOCUMENT DE TRAVAIL
 SOLDÓ (B.J.), MITCHELL (J.), TFAILY (R.),
 MCCABE (J.F.)
 National Bureau of Economic Research
 (N.B.E.R.).
 Cambridge CA. USA

Cross-Cohort Differences in Health on the Verge of Retirement.

Différences à l'intérieur d'une cohorte à propos de l'état de santé à l'approche de la retraite.
 NBER Working Paper Series; n° 12762
 Cambridge : NBER : 2006/12 : 32 p., tabl., fig.
 Cote Irdes : P193

Baby Boomers have left a unique imprint on US culture and society in the last 60 years, and it might be anticipated that they will also put their own stamp on retirement, the last phase of the life cycle. Yet because Boomers have not all fully retired, we cannot yet judge how they will fare as retirees. Instead, we focus on how this group compares with prior groups on the verge of retirement, that is, at ages 51-56. Accordingly, this chapter evaluates the stock of health which early Boomers bring to retirement and compare these to the circumstances of two prior cohorts at the same point in their life cycles. Using three sets of responses from the Health and Retirement Study, we find some interesting patterns. Overall, the raw evidence indicates that Boomers on the verge of retirement are in poorer health their counterparts 12 years ago. Using a summary health index designed for this study, we find that those born 1948 to 1953 share health risks with the War Baby cohort. This suggests that most of the health decline instead began before the late 1940's. A more complex set of health conclusions emerges from the specific self-reported health measures. Boomers indicate they have relatively more difficulty with a range of everyday physical tasks, but they also report having more pain, more chronic conditions, more drinking

and psychiatric problems, than their HRS earlier counterparts. This trend portends poorly for the future health of Boomers as they age and incur increasing costs associated with health care and medications. Using our health index, only those at the 75th percentile or higher are likely to be characterized as having good or better health.

■ Retraite

33889

DOCUMENT DE TRAVAIL
QUEISSER (M.), WHITEHOUSE (E.)
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

Neutral or fair? Actuarial concepts and pension-system design.

*Neutralité ou équité? Les concepts actuariels
et l'élaboration de systèmes de pensions.*
OECD social - employment and migration
working papers; 40
Paris : OCDE : 2006/12 : 40 p., fig., tabl.
Cote Irdes : B5754

<http://www.oecd.org/dataoecd/2/42/37811399.pdf>

Les économistes et les décideurs utilisent de plus en plus le terme « actuariel » dans le cadre de l'analyse des systèmes de pension et des incitations à la retraite. Pour autant, le débat manque souvent de clarté. L'équité actuarielle et la neutralité actuarielle sont deux concepts vaguement encouragés comme étant des objectifs souhaitables pour les réformes de pension. Ce document fait la distinction entre ces deux concepts actuariels et montre leur importance pour les plans de retraite à prestations définies, à cotisations définies et pour le modèle des comptes notionnels. L'équité actuarielle préconise que la valeur actuelle des cotisations sur l'ensemble de la carrière professionnelle soit égale à la valeur actuelle des prestations perçues pendant la retraite. La neutralité actuarielle préconise que la valeur actuelle des prestations de pensions constituées pour une année supplémentaire de travail soit la même que pour l'année précédente (signifiant que les prestations augmentent seulement conformément aux droits supplémentaires gagnés cette année-là). À l'inverse, partir à la retraite un an plus tôt devrait réduire les prestations de pensions par les droits qui auraient dû être acquis cette année et par un montant reflétant l'allongement de la durée pendant laquelle la retraite doit être payée. Neutralité actuarielle est un concept marginal, en rapport avec l'incidence

de travailler un an de plus. Le débat montre qu'il est très difficile d'élaborer des systèmes de pension autour de ces concepts actuariels seuls. La plupart des systèmes de retraite ont plusieurs éléments ; certains peuvent être actuariellement justes ou actuariellement neutres mais les autres comme notamment les filets de sécurité devant protéger les retraités de la pauvreté, ne pourront par définition remplir les conditions d'équité ou de neutralité actuarielle. Finalement, les deux concepts sont définis parmi la population, sans se soucier des différences systématiques dans la longévité entre femmes et hommes ou entre les groupes de bas revenus et les travailleurs plus aisés. Les personnes qui vivront plus longtemps obtiendront de meilleurs résultats de leur système de pension que ceux qui mourront plus tôt.

34242

RAPPORT
HOSTENKAMP (G.), STOLPE (M.)
The Kiel Institute for the World Economy.
Kiel. GER

The health gradient and early retirement : evidence from the German socio-economic panel.

*Le gradient de la santé et la
retraite précoce : évidence issue du
panel socio-économique allemand.*
Kiel : Institut for the World Economy :
2006/12 : 46 p., tabl., fig., ann.
Cote Irdes : B5862

<http://www.ifw-kiel.de/pub/kap/2006/kap1305.pdf>

This paper examines the role of the health gradient - the positive correlation between household income and health - in individual retirement behavior, using data from the German Socio-economic Panel (GSOEP). We first estimate age group-specific health gradients and find their slope increases with age, but declines among retired workers. We then estimate a variety of parametric and semi-parametric duration models and find that workers' position relative to the age group-specific health gradient has about the same explanatory power as self-assessed health and income together. We argue our method promises better predictions of the long-term impact of policies affecting the health gradient on workers' timing of retirement amid population aging. Our findings also underline the importance of imperfect medical technology in reconciling the human capital theory of health demand with the observation of more rapid declines in health among less educated workers.

33878

RAPPORT

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

**Retraites : questions et orientations
pour 2008. Quatrième rapport.**

Paris : COR : 2007/01 : 211 p., tabl., graph.
Cote Irdes : B5752

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-723.pdf>

La première partie du quatrième rapport du COR présente les éléments de contexte du rendez-vous de 2008. Elle rappelle d'abord les éléments de calendrier et de procédure et précise le champ des questions à traiter. Ensuite, elle décrit le contexte économique, social et financier dans lequel s'inscrivent les marges de manœuvre possibles. Ce contexte renvoie aux perspectives financières des régimes, à l'évolution de la situation de l'emploi, à la situation des retraités et des actifs et aux contraintes des finances publiques. Enfin, un éclairage est donné sur les évolutions de quelques systèmes de retraite étrangers et sur les décisions et orientations récentes de l'Union européenne dans le domaine des retraites. La seconde partie examine les questions à traiter et les orientations à retenir en vue du rendez-vous de 2008. La question du pilotage du système de retraite est d'abord posée à partir des projections financières élaborées par le Conseil à l'horizon 2020. Sont ensuite abordées les questions qui découlent directement de la mise en œuvre de la loi de 2003, concernant principalement la durée d'assurance ainsi que le montant et l'évolution des pensions. Le Conseil aborde enfin diverses questions relatives à l'égalité de traitement entre les cotisants, ainsi que des questions relatives à l'équilibre financier des régimes.

► Revenus

33891

DOCUMENT DE TRAVAIL

CHOI (J.)

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

**The role of derived rights for old-age
income security of women.**

*Le rôle des droits dérivés pour les garanties
de revenu des femmes âgées.*

OECD social - employment and migration
working papers ; 43

Paris : OCDE : 2006/12 : 36 p., fig., tabl.
Cote Irdes : B5756

<http://www.oecd.org/dataoecd/3/55/37817844.pdf>

Ce document analyse la situation des revenus des femmes âgées vivant seules et examine le rôle des droits à pension provenant de droits dérivés pour leur garantie de revenu. Les données montrent que la part des femmes âgées vivant seules devrait beaucoup augmenter dans les années à venir à cause d'une population vieillissante et de la longévité plus importante des femmes. Beaucoup d'entre elles risquent plus d'être pauvres que les couples âgés. Si on tient compte du fait que la pauvreté chez les femmes âgées vivant seules ne cesse d'augmenter dans plusieurs pays membres de l'OCDE, faire en sorte que les personnes âgées veuves ou divorcées puissent jouir d'une protection de revenus restera un défi pour les pouvoirs publics. L'analyse des sources de revenus montre que les pensions de réversion et les prestations des divorcées forment la plus grande partie des revenus des femmes âgées vivant seules. Elle montre aussi une relation relativement forte et négative entre l'ampleur des prestations de pension et le niveau de pauvreté des femmes âgées vivant seules. Aussi, la structure et le niveau des régimes de retraite publics jouent un rôle important pour faire en sorte que ce groupe de personnes ait suffisamment de revenus et qu'elles ne tombent pas dans la pauvreté. La plupart des systèmes de pension des pays de l'OCDE offrent une protection pour les veuves et les divorcées par le biais de prestations contributives ou non contributives. Les revenus perçus des droits d'un époux qui gagne un salaire sont normalement calculés comme un pourcentage des droits d'un travailleur assuré. Les calculs préliminaires montrent que dans les pays de l'OCDE examinés ici, les veuves qui ne travaillent pas et les veuves qui travaillent reçoivent un niveau moyen de pension de 36 et 50 %, respectivement, comparé à un niveau moyen pour les couples de presque 60 % des revenus moyens. Le fort taux de pauvreté des femmes âgées vivant seules suggère que les régimes de retraite de réversion ou les prestations de pension pour les divorcées ne sont pas totalement une réussite pour assurer à ce groupe cible une garantie de revenus. Comme de plus en plus de femmes travaillent et gagnent leurs propres droits à pension, les droits à pension dérivés peuvent devenir moins importants. Toutefois, pour obtenir des pensions suffisantes, il faudra travailler à plein temps pendant toute une carrière. Dans les pays où les femmes travaillent plus à temps partiel et où elles ont des interruptions de carrière plus longues pour s'occuper des enfants ou de parents âgés, les pensions basées sur les propres contributions peuvent s'avérer assez basses. Que les prestations provenant des droits dérivés ou des filets de sécurité des personnes âgées puissent prévenir

au mieux la pauvreté dépendra du degré de participation des femmes travaillant à plein temps et de l'évolution de la pauvreté des femmes âgées vivant seules en comparaison avec la population âgée en générale.

GROUPES DE POPULATION

► Discrimination

33921

RAPPORT

DAB (W.), MUSCA (X.)

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

Paris. FRA

Les personnes à risques aggravés de santé. Rapport au Parlement.

Paris : Minefi : 2006 : 59 p.

Cote Irdes : B5775

La convention visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, dite « convention Belorgey », a été signée le 19 septembre 2001. Cette convention vise à aller jusqu'aux limites de l'assurabilité, par le marché, des risques de santé aggravés. Quand l'assurance n'est pas possible, la convention du 19 septembre 2001 prévoit la recherche de garanties alternatives offrant le même degré de sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. A la suite d'un amendement parlementaire, l'article 144 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a demandé au Gouvernement de présenter un rapport au Parlement dans les six mois. Aux termes de l'article de loi, ce rapport doit porter d'une part sur la mise en œuvre de la convention Belorgey, d'autre part sur les conditions de création d'un fonds de garantie destiné aux bénéficiaires de la convention ne pouvant assumer la charge financière due aux augmentations de primes. La rédaction des deux premières parties de ce rapport a été confiée par les ministres chargés de la santé et de l'économie, des finances et de l'industrie au Professeur William Dab et à Xavier Musca, directeur général du Trésor et de la politique économique. Il ressort des auditions un fort consensus sur la pertinence du dispositif créé par la convention Belorgey. Les professionnels de la banque comme de l'assurance sont attachés à la convention tout comme les associations de malades qui y participent. La commission de suivi et de propositions, instituée par la convention, constitue un lieu de dialogue constructif qui a offert un support nécessaire pour rapprocher les points de vue. Il est également donné acte aux assureurs des

progrès importants réalisés en matière d'analyse du risque et de couverture du risque décès. Toutefois plusieurs difficultés ne sont pas encore résolues. Ainsi, il n'est pas techniquement possible d'établir le bilan chiffré de la convention, ce qui nuit à la reconnaissance de son efficacité. Des désaccords subsistent dans l'application de la convention (information, évaluation du sur-risque, invalidité notamment). On note également la demande de création d'un fonds de solidarité pour modifier l'effet des inégalités économiques face aux conséquences des maladies. En tout état de cause, la pertinence du recours à la convention est réaffirmée. Pour répondre au manque de données permettant d'évaluer l'impact de la convention, la Direction générale de la santé a demandé à l'Inserm une expertise collective portant sur le pronostic à long terme des cancers. L'objectif de cette étude est d'évaluer le sur-risque de mortalité après un cancer et son évolution dans le temps, tous types de cancers confondus et par localisation. Les premiers chapitres de l'expertise collective sont annexés au rapport. Par ailleurs, une enquête sur l'accès aux prêts bancaires et à l'assurance emprunteurs a été réalisée par la Ligue contre le cancer et relayée par d'autres associations membres du CISS1. Cette enquête est uniquement qualitative et a pour objet d'illustrer le parcours de personnes malades ou ayant été malades et souhaitant emprunter. Les conclusions du rapport de la Ligue figurent en annexe au présent rapport. Sur la base de ces travaux, des négociations ont été engagées au printemps dernier qui ont abouti à la signature, le 6 juillet 2006, d'une nouvelle convention dite AERAS « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » qui entrera en vigueur le 6 janvier 2007. La troisième partie de ce rapport développe les options retenues dans cette nouvelle convention.

► Étudiants

34178

RAPPORT

Union nationale des Sociétés Étudiantes
Mutualistes régionales. (U.S.E.M.).

Paris. FRA

La santé des étudiants d'aujourd'hui : l'avenir de société de demain !

**Livre blanc des Mutuelles Étudiantes
Régionales sur la santé et la protection
sociale des étudiants adressé aux
candidats à l'élection présidentielle.**

Paris : USEM : 2007 : 32 p.

Cote Irdes : B5831

http://www.usem.fr/contenu_PDF/livre_blanc_usem_sante_etudiante.pdf

Ce livre blanc a été réalisé par l'Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales (USEM) à partir d'une enquête menée en partenariat avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. Après constat que les jeunes étaient de plus en plus confrontés aux problèmes de dépression, d'alcool, de drogue, etc., au cours de leurs études, les mutuelles étudiantes, formulent dix propositions. Elles sont regroupées sous trois grands thèmes, avec pour objectif de réformer la santé et la protection sociale étudiante. Il s'agit donc de définir un meilleur pilotage de la santé étudiante, d'amplifier les actions de prévention et de renforcer l'accès aux soins des étudiants. Parmi les propositions les plus novatrices, on trouve : la création d'une ligne budgétaire spécifique « santé des jeunes adultes » ; la création d'un secrétariat d'Etat à la vie étudiante ; la mise à disposition d'un « chèque santé étudiant » pour acquérir une complémentaire santé, ou encore, le paiement des droits de Sécurité sociale en dix fois.

► Exclusion sociale

34213

RAPPORT

Commission des Communautés
Européennes (C.C.E.).
Bruxelles. BEL

**Joint report on social protection and
social inclusion : country profiles.**

*Rapport conjoint sur la protection sociale et
l'inclusion sociale : profils par pays.*

Bruxelles : Office des publications
officielles des Communautés européennes :
2007/02 : 263 p., tabl.
Cote Irdes : B5842

http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/joint_report/country_profiles_en.pdf

These 27 country profiles aim at providing a synoptic view of key trends, major efforts and challenges ahead in each of the member states with respect to their policies in the fields of social inclusion, pensions and health and long-term care. They are based on the integrated National Strategies for social protection and social inclusion that Member States have presented in 2006 for the first time. They complement the 2007 Joint Report on social protection and social inclusion [COM(2007) 13 final]. Each profile identifies those aspects of performance deserving to be highlighted in the context of the Open Method of Co-ordination or presenting greater risks and therefore calling for particular policy efforts from the viewpoint of social protection and social inclusion. The social inclusion section describes and analyses major policy initiatives that will be undertaken in the context of the implementation

of the National Action Plans for inclusion 2006-2008. The section on pensions draws upon the national strategy reports on pension reform presented in 2005 and their summary (Synthesis report on adequate and sustainable pensions, SEC(2006)304 of 27 February 2006). The section on health and long term care is based on the sectoral plans that the Member States presented for the first time in 2006. The concluding section of the country profiles lists for each country the key challenges that the Commission services have identified on the basis of the analysis carried out on the basis of the National Strategies. All sections have benefited from bilateral exchanges with the Member States. The country profiles also make reference to the implementation reports that Member States presented in the framework of the Strategy for growth and jobs. These analyses should be considered in connection with the corresponding country chapters of the Annual Progress Report on the implementation of the Lisbon strategy. Annex 1A to this document explains the overarching indicators which Member States have agreed to use in the context of the OMC on social protection and social inclusion. Annex 1B provides details on the data sources used.

33340

RAPPORT

ARMSTRONG (H.) / préf.

**Reaching out : an action
plan on social exclusion.**

*Dépistage : plan d'action
contre l'exclusion sociale.*

Londres : Cabinet Office : 2006/09 : 97 p.
Cote Irdes : B5675

http://www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/documents/reaching_out/reaching_out_full.pdf

This report outlines the UK government's proposals on tackling social exclusion amongst various groups including teenage parents, children in care and children with the lowest educational achievement. The action plan sets out the government's five guiding principles to its approach: Better identification and early intervention; identifying what works; Multi-agency working; Personalisation, rights and responsibilities ; Supporting achievement and managing underperformance.

► Inégalités sociales

33874

DOCUMENT DE TRAVAIL

DEATON (A.)

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

Cambridge CA. USA

**Global patterns of income and health :
facts, interpretations and policies.**

*Modèles globaux de revenus et de santé :
faits, interprétations et politiques.*

NBER Working Paper Series ; n° 12735
Cambridge : NBER : 2006/12 : 23 p., tabl.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12735>

People in poor countries live shorter lives than people in rich countries so that, if we scale income by some index of health, there is more inequality in the world than if we consider income alone. Such international inequalities in life expectancy decreased for many years after 1945, and the strong correlation between income and life-expectancy might lead us to hope that economic growth will improve people's health as well as their material living conditions. I argue that the apparent convergence in life expectancies is not as beneficial as might appear, and that, while economic growth is the key to poverty reduction, there is no evidence that it will deliver automatic health improvements in the absence of appropriate conditions. The strong negative correlation between economic growth on the one hand and the proportionate rate of decline of infant and child mortality on the other vanishes altogether if we look at the relationship between growth and the absolute rate of decline in infant and child mortality. In effect, the correlation is between the level of infant mortality and the growth of real incomes, most likely reflecting the importance of factors such as education and the quality of institutions that affect both health and growth.

► Jeunes adultes

33847

OUVRAGE

BAUDELLOT (C.), ESTABLET (R.),
GURGAND (M.), MAURIN (E.), GOUX (D.),
NOUVEAU (C.), ARRONDEL (L.),
MASSON (A.), ETILE (F.)

COHEN (D.) / coord.

Centre pour la Recherche Économique
et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.).
Paris. FRA

**Une jeunesse difficile. Portrait économique
et social de la jeunesse française.**

Paris : Éditions Rue d'Ulm / Presses de
l'École normale supérieure : 2007 : 235 p., tabl.
Cote Irdes : B5745

<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS6.pdf>

Cet ouvrage présente l'état de la recherche concernant l'insertion des jeunes sur le marché du travail, les performances du système éducatif, les déséquilibres intergénérationnels, le mode de vie et la santé des jeunes.

► Pauvreté

33929

RAPPORT

Mission d'Information sur la Pauvreté et
l'Exclusion Sociale en Ile-de-France.

(M.I.P.E.S.).

Paris. FRA

**Recueil statistique relatif à la
pauvreté et la précarité en Ile-de-France
au 31 décembre 2005.**

Paris : MIPES : 2006/12 : 85 p., tabl.

Cote Irdes : A3528

[http://www.idf.pref.gouv.fr/mipes/documents/Mi-
pes_donnees_31_12_2005.pdf](http://www.idf.pref.gouv.fr/mipes/documents/Mipes_donnees_31_12_2005.pdf)

Ce fascicule rassemble des données statistiques relatives à la pauvreté précarité en Ile-de-France. Outre les données statistiques départementales au 31 décembre 2005 sur les phénomènes de pauvreté et de précarité, ce document comprend également des commentaires présentant les principaux chiffres et évolutions dans les domaines du logement, de l'accès à l'emploi ou encore de l'urgence sociale.

33342

RAPPORT
MAAG (E.)
Urban Institute.
Washington. USA

Analyzing recent state tax policy choices affecting low-income working families : the recession and beyond.

Analyse des choix politiques récents en nature fiscale et leurs impacts sur les familles qui travaillent mais à faibles revenus
Washington, Urban Institute : 2006/11 : 7 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5676

http://www.urban.org/UploadedPDF/311379_state_tax_policy.pdf

This policy brief offers a framework for analyzing state tax changes affecting low-income working families from 2002 to 2006. This timeframe encompasses the difficult choices states faced in the latest recession and the years just beyond as state revenues recovered. Lessons learned about how state tax policy choices affected low-income families during and immediately after the recession can help states refine their choices in the future.

33765

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

Poverty in America. Economic research shows adverse impacts on health status and other social conditions as well as the economic growth rate.

La pauvreté aux Etats-Unis. Des études économiques montrent ses effets négatifs sur l'état de santé et autres conditions de vie ainsi que sur le taux de croissance économique.
Washington : GAO : 2007/01 : 30 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5802

<http://www.gao.gov/new.items/d07344.pdf>

In 2005, 37 million people, approximately 13 percent of the total population, lived below the poverty line, as defined by the Census Bureau. Poverty imposes costs on the nation in terms of both programmatic outlays and productivity losses that can affect the economy as a whole. To better understand the potential range of effects of poverty, GAO was asked to examine (1) what the economic research tells us about the relationship between poverty and adverse social conditions, such as poor health outcomes, crime, and labor force attachment, and (2) what links economic research has found between poverty and economic growth. To answer these questions, GAO reviewed the economic literature by academic experts, think tanks, and government agencies, and reviewed additional literature by searching various databases for peer-reviewed economic journals, specialty journals, and books. We also provided our draft report for review by experts on this topic.

34217

DOCUMENT DE TRAVAIL
WHITEFORD (P.), 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

What works best in reducing child poverty : a benefit or work strategy ?

Quelle est la meilleure stratégie pour réduire la pauvreté des enfants : stratégie des prestations ou stratégie du travail ?

OECD social - employment and migration
working papers ;51

Paris : OCDE : 2007 : 51 p., tabl.

Cote Irdes : B5845

<http://www.oecd.org/dataoecd/30/44/38227981.pdf>

La pauvreté des enfants figure aujourd'hui sans aucun doute à l'agenda politique de plusieurs pays de l'OCDE. Une des problématiques dans le débat sur la pauvreté des enfants est de trouver le juste équilibre entre la « stratégie des prestations » (qui consiste à augmenter convenablement les prestations pour les familles à bas revenus avec enfants) et la « stratégie du travail » (qui consiste à encourager les politiques visant à augmenter l'emploi chez les familles pauvres). Le besoin de choisir entre ces deux alternatives est parfois perçu comme étant la conséquence d'une inévitable incompatibilité entre adéquation des prestations, incitations au travail et coûts de l'aide. Ce document évalue dans quelle mesure la pauvreté des enfants est associée au statut professionnel des parents. Il montre que dans presque tous les pays de l'OCDE, les taux de pauvreté des enfants sont nettement plus élevés pour les familles sans emploi que pour les familles avec au moins un parent exerçant une activité professionnelle. Les taux de pauvreté sont aussi plus élevés dans les familles où seule une personne perçoit un salaire que dans les familles où les deux parents travaillent, ainsi que pour les familles monoparentales comparées aux ménages composés des deux parents. Alors que parmi les pauvres, les familles sans emploi sont quasiment partout les plus désavan-

tagées, l'analyse montre qu'en moyenne, dans les pays de l'OCDE, seulement environ un tiers des familles pauvres avec enfants sont sans travail, bien que ce ratio varie grandement - de moins de 20 pour cent (Autriche, Grèce, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Portugal, Turquie et Etats-Unis) à 60 pour cent ou plus (Australie, République tchèque, Allemagne et Norvège). Le document examine aussi les possibles orientations politiques pour les pays de l'OCDE. Le fait que tous les pays enregistrant de très bas taux de pauvreté chez les enfants (moins de 5 pour cent) allient faibles pourcentages de familles sans travail et politiques efficaces de redistribution tend à confirmer que de bonnes stratégies anti-pauvreté devraient être fondées sur une approche nuancée combinant de meilleures prestations, si nécessaire, et de meilleures incitations au travail. L'étude évalue dans quelle mesure la pauvreté des enfants peut être réduite grâce à des politiques visant un plus grand nombre d'emplois chez les parents et des systèmes de prestations plus efficaces tout en identifiant les grandes différences qu'il existe d'un pays à l'autre en ce qui concerne l'efficacité des différentes politiques.

34151

DOCUMENT DE TRAVAIL

WAGSTAFF (A.)

Banque Mondiale.

Washington DC. USA

**Health insurance for the poor :
initial impacts of Vietnam's health care
fund for the poor.**

*L'Assurance maladie pour les pauvres :
Impacts du programme d'assurance-maladie
mis en place à l'intention des populations
défavorisées au Vietnam.*

Working papers Serie ; n° WPS4134

Washington : Banque mondiale : 2007 : 33 p.,
tabl.

Cote Irdes : B5806

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/02/05/000016406_20070205110453/Rendered/PDF/wps4134.pdf

Vietnam's Health Care Fund for the Poor (HCFP) uses government revenues to finance health care for the poor, ethnic minorities living in selected mountainous provinces designated as difficult, and all households living in communes officially designated as highly disadvantaged. The program, which started in 2003, did not as of 2004 include all these groups, but those who were included (about 15% of the population) were disproportionately poor. Estimates of the program's impact-obtained using single differences and propensity score matching on a trimmed

sample-suggest that HCFP has substantially increased service utilization, especially inpatient care, and has reduced the risk of catastrophic spending. It has not, however, reduced average out-of-pocket spending, and appears to have negligible impacts on utilization among the poorest decile.

34113

RAPPORT

Conseil National du Bien-Etre Social.

(C.N.B.E.S.).

Ottawa ON. CAN

**Résoudre la pauvreté : quatre pierres
angulaires d'une stratégie nationale viable
pour le Canada.**

Ottawa : CNBES : 2007 : 24 p.

Cote Irdes : B5792

<http://www.ncwcnbes.net/htmldocument/reportSolvingPoverty2007/SolvingPovertyReportFRE.pdf>

Ce rapport souligne le fait que le Canada, de manière générale, ne prend pas les mesures concrètes qu'il faudrait pour prévenir et réduire la pauvreté. De nombreux autres pays, ainsi que deux provinces canadiennes, ont tenu les mêmes débats, se sont intéressés à ces mêmes questions, y compris à la manière de mesurer la pauvreté; toutefois, ils ont trouvé des moyens – des moyens remarquablement similaires – de passer à l'action et de réaliser des progrès concrets. Ils réussissent à abaisser les niveaux de pauvreté, à remplacer la misère humaine par des possibilités de croissance et, ce faisant, à bâtir des sociétés plus solides. Le Cnbes pense qu'il est nécessaire et possible pour le Canada de faire de même. Les quatre pierres angulaires du rapport « Résoudre la pauvreté » ont quatre objectifs principaux : créer une stratégie nationale anti-pauvreté fondée sur des cibles et des échéances; élaborer un plan d'action coordonné; assurer la reddition de comptes; et établir des indicateurs de pauvreté officiels. Un document d'information présentant les résultats statistiques du questionnaire complète ce rapport.

33344

DOCUMENT DE TRAVAIL
SON (H.), KAKWANI (N.)
International Poverty Centre.
Brasilia. BRA

**Measuring the impact
of price changes on poverty.**

Mesure l'impact de l'évolution
des prix sur la pauvreté.

Brasilia : International Poverty Centre :
2006/11 : 14 p., tabl.
Cote Irdes : B5677

<http://www.undp-povertycentre.org/pub/IPCWorkingPaper33.pdf>

This paper develops a methodology to measure the impact of price changes on poverty measured by an entire class of additive separable poverty measures. The impact is captured by means of price elasticity of poverty. The total effect of changes in price on poverty is explained in terms of two components. The first component is the income effect of the change in price and the second is the distribution effect captured by the price changes. It is the distribution effect which determines whether the price changes benefit the poor proportionally more (or less) than the non-poor. This paper also derives a new price index for the poor (PIP). While this index can be computed for any poverty measures, our empirical analysis applied to Brazil is based on three poverty measures, the head-count ratio, the poverty gap ratio and the severity of poverty. The empirical results show that price changes in Brazil during the 199-2006 period have occurred in a way that favors the non-poor proportionally more than the poor. Nevertheless, during the last 2-3 years the price changes have favoured the poor relative to the non-poor.

33761

OUVRAGE, DOSSIER DOCUMENTAIRE
BERTRAND (Y.), MEYER (L.)
Centre Technique National d'Etudes
et de Recherches sur les Handicaps et
les Inadaptations. (C.T.N.E.R.H.I.).
Paris. FRA

**La personne handicapée
vieillissante ou âgée.**

Paris : C.T.N.E.R.H.I. : 2006 : 102 p., tabl.
Cote Irdes : B5723

Cette nouvelle édition du dossier professionnel numéro 10 a pour objectif de fournir un état des lieux de la littérature existante sur la situation générale et les aspects financiers concernant la personne handicapée vieillissante. Les articles rassemblés dans ce dossier rendent compte des enjeux de la nouvelle longévité des personnes

handicapées et des nouvelles perspectives des politiques de prise en compte du handicap issues de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le dossier s'articule autour de trois parties. La première expose la question du vieillissement des personnes handicapées et renseigne sur ses aspects psychosociaux. La deuxième partie présente la politique d'accueil et de prise en compte globale de la personne handicapée vieillissante ainsi que les solutions innovantes des politiques d'hébergement. La dernière décrit le cadre juridique dans lequel évolue la prise en compte globale du handicap.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

► Bretagne

34147

RAPPORT
PREVOST (P.), BOURIC (S.)
Union Régionale des Caisses d'Assurance
Maladie de Bretagne. (U.R.C.A.M.).
Rennes. FRA

**Les syndromes démentiels : situation
au plan national et pour la région Bretagne
- Apport des données de la Base Nationale
Gériatrique. Étude.**

Rennes : Urcam : 2006/12 : 116 p.
Cote Irdes : C, B5821

Cette étude, réalisée dans le cadre du programme régional commun de l'Assurance maladie, a pour objectif de mieux faire connaître la pathologie démentielle du sujet âgé.

► Décentralisation

34109

RAPPORT
CORLAY (D.), FONTANEL-LASSALLE (M.)
LENOIR (C.), SAINTOYANT (V.), THIERRY (M.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.).
Paris. FRA

**Évaluation de la loi n°2003-1200 du
18 décembre 2003 décentralisant le RMI et
créant le RMA : rapport de synthèse.**

Paris : Igas : 2006/11 : 251 p.
Cote Irdes : B8799

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000094/0000.pdf>

Par lettre de mission du 23 mars 2006, le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement a chargé l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'évaluation pour préparer le rapport au Parlement prévu à l'article 50 de la loi n°2003-1200 du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion (RMI) sur son application. L'objet de cette analyse est de mettre en regard la situation actuelle dans les départements et les objectifs de la loi du 18 décembre 2003. Le rapport de synthèse s'accompagne de huit fiches thématiques détaillant les constats et les propositions de la mission dans les domaines suivants : la gestion de l'allocation, le contrat d'insertion, outil de suivi du parcours du bénéficiaire, la définition d'outils de mesure de l'autonomie et de l'employabilité, la structuration de l'offre d'insertion, le devenir des agences départementales d'insertion outre-mer, l'accès des bénéficiaires du RMI aux contrats aidés, l'accès des bénéficiaires du RMI à la formation professionnelle et le pilotage du RMI depuis la loi du 18 décembre 2003.

34165

RAPPORT
MERCIER (M.)
Sénat. Paris. FRA, Observatoire
de la Décentralisation.
Paris. FRA

***Suivi du transfert du revenu minimum
d'insertion (RMI) aux départements.***

Paris : Sénat : 2007 : 46 p.
Cote Irdes : B5826

<http://www.senat.fr/rap/r06-206/r06-2061.pdf>

Le présent rapport s'inscrit dans la continuité de celui que l'Observatoire de la décentralisation avait publié en mai 2005. Il a pour but de suivre la départementalisation du RMI, exclusivement sous l'aspect de son financement. Le problème posé par le financement du RMI n'a pas fondamentalement évolué depuis 2004. En effet le déséquilibre entre dépense de fonctionnement et recette perdure. Le RMI est une dépense de fonctionnement obligatoire des départements qui, en application des principes budgétaires applicables aux collectivités locales, doit être financée par une recette permanente d'un montant sensiblement égal. Pour y faire face, la recette choisie, une fraction de la taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP), a vocation à durablement diminuer du fait d'une politique environnementale cherchant à réduire la consommation d'hydrocarbures. Pour y remédier, le rapporteur préconise notamment que le RMI relève de la seule responsabilité des conseils généraux.

► Ile-de-France

33880

RAPPORT
Union Régionale des Caisses d'Assurance
Maladie d'Ile-de-France. (U.R.C.A.M.).
Paris. FRA

***Éléments de diagnostic
sanitaire en Ile-de-France.***

Paris : URCAM : 2006/12 : 29 p.,
tabl., graph., carte
Cote Irdes : C, B5784

<http://www.urcamif.fr>

Ces « Éléments de diagnostic sanitaire en Ile-de-France », présentés sous forme papier et cédérom, offrent pour la 7ème année consécutive un panorama complet et actualisé de la situation francilienne en matière de : démographie, mortalité, morbidité, offre de soins, dépenses de soins et géographie des recours aux soins. Ils réunissent également les contributions des partenaires régionaux, avec des zooms sur des études récentes.

MÉDECINE LIBÉRALE

► Études médicales

34176

RAPPORT
LANCRY (P.J.)
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale
Agricole. (C.C.M.S.A.).
Bagnole. FRA

***Les conséquences de la réforme
de janvier 2004 sur la médecine générale.***

Bagnole : CCMSA : 2007/02/27 : 100 p.
Cote Irdes : B5830

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1172652622799_LES_CONSEQUENCES_DE_LA_RFORME_DE_JANVIER_2004_SUR_LA_MDECINE_GENERALE.pdf

Ce rapport commandé par le ministre de la santé Xavier Bertrand à Pierre-Jean LANCRY, directeur de la santé à la MSA, analyse les conséquences de la réforme des études médicales sur la médecine générale. Le rapport aborde tout particulièrement les questions suivantes. Tous les médecins en activité peuvent-ils bénéficier de la qualification de spécialistes? ; Quelle tarification doit-on appliquer aux actes des « nouveaux » médecins généralistes?

► Permanence de soins

34159

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

Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2007.

Paris : Cnom : 2007/01 : 28 p.

Cote Irdes : B5823

http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/pds_questionnaire2007.pdf

Pour la 4^e année consécutive le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins, assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation. L'année 2006 a été marquée, sur le plan juridique, par des évolutions attendues par la profession et portées par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Ainsi, la permanence des soins est devenue une mission de service public permettant d'améliorer la protection juridique de tous les médecins effecteurs et régulateurs qui l'assument, conformément à la déontologie médicale sur l'ensemble du territoire. De plus, les médecins non conventionnés, libéraux ou salariés, pourront y participer. Sur le plan des réalités locales, deux tiers des Conseils départementaux ont souligné des évolutions auxquelles ils ont largement participé : développement de la régulation médicale libérale; accroissement du nombre de sites dédiés à la permanence des soins; re-sectorisation et adaptation des horaires de la permanence des soins. Ces évolutions s'inscrivent dans le contexte de la plate-forme de propositions adressée par le Conseil national de l'Ordre des médecins au ministre de la Santé le 27 janvier 2006 et illustrent son bien-fondé. L'enquête 2007 démontre une nouvelle fois que, malgré les difficultés, les médecins ont assumé vis-à-vis de la population leur responsabilité professionnelle sur l'ensemble du territoire national. Elle met en exergue l'importance de la concertation avec l'ensemble des partenaires et en premier lieu les DDASS et les SAMU. Les conseils départementaux ont ainsi réussi à faire prévaloir des solutions adaptées aux situations locales.

► Relations médecin-malade

33318

DOCUMENT DE TRAVAIL
GRAVELLE (H.), MORRIS (S.), SUTTON (M.)
University of York.
Centre for Health Economics. (C.H.E.).
York. GBR

Are general practitioners good for you? Endogenous supply and health.

Les médecins généralistes sont-ils bons pour votre santé? Offre de soins et état de santé.

CHE Research Paper Series; 20.

York : University of York : 2006/10 : 28 p., tabl., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp20.pdf>

We investigate the impact of area general practitioner (GP) supply on individual health in England. If no allowance is made for the endogeneity of GP supply, the effect is positive but not statistically significant. When GP supply is instrumented by age related capitation the effect is markedly greater and statistically significant. A 10% increase in GP supply leads to an increase in the proportion of the population reporting very good health by 6% from 36%. The estimated cost per quality adjusted life year gained from an additional GP is between £527 and £5740.

► Soins en urgence

34244

RAPPORT
House of Commons. Committee of Public Account.
Londres. GBR

The provision of out-of-hours care in England.

Soins primaires en dehors des soins d'urgence en Angleterre.

Londres : The stationery office limited : 2007 : 30 p.

Cote Irdes : B5864

<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpublicacc/360/360.pdf>

Approximately 9 million patients receive urgent primary out-of-hours care in England every year. The term out-of-hours care refers to care delivered between 6:30 pm and 8:00 am on weekdays and at all times during weekends and public holidays. Prior to April 2004 GPs were responsible for the provision of this care, but most provided the service either by pooling their responsibility through a GP co-operative or delegating it to a commercial

deputising service. Responsibility for this service had become unpopular with GPs and there were rising levels of complaints from patients. With effect from April 2004 the Department of Health gave GPs the chance to opt out of personal responsibility for the service under a new General Medical Services contract agreed with the medical profession. Where a GP opted out, he or she gave up an average of £6,000 per year and the local Primary Care Trust took over responsibility for the out-of hours service for the GP's patients. On the basis of a report by the Comptroller and Auditor General, we took evidence from the Department on three main issues: the Department's preparation for the new out-of hours service; the performance of the new service; and its costs.¹ We found that preparations for the new service were shambolic, both at the national and local level. The Department took part in the negotiation of the new General Medical Services contract only as an observer, and only the doctors did well out of the deal on out-of-hours costs. The Department also failed to explain whether the service should be for urgent care or all unscheduled health needs. The new service is undoubtedly now starting to improve. But actual performance against the key access targets is still not good enough. The percentage of providers meeting the requirements for call answering, definitive clinical assessment and consultation times is extremely low. For example only 2% could report that they complied with one standard. Some providers were simply unable to report at all. The cost of the new out-of-hours service has also been some £70 million a year higher than foreseen.

► Temps d'attente

33334

RAPPORT

Collège des Médecins de Famille
au Canada. (C.F.P.C.).
Mississauga. CAN

***When the clock starts ticking :
Wait times in primary care.***

*Lorsque l'heure commence à tourner :
les temps d'attente en soins primaires.*
Mississauga : CFPC : 2006/10 : 25 p., fig.
Cote Irdes : B5671

[http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/
Wait_Times_Oct06_French.pdf](http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/Wait_Times_Oct06_French.pdf)

This document highlights the needs to address wait times in primary care while considering the challenges associated with achieving this. Moving toward the establishment of primary care wait time benchmarks will require recognition of the complexity of care that impacts wait times in primary as well as more highly specialized care. The central role of

the family physician-patient relationship should be preserved and strengthened with all strategies that are used to address wait time benchmarks.

HÔPITAL

► Listes d'attente

34171

DOCUMENT DE TRAVAIL

APPLEBY (J.), DIMAKOU (S.),
PARKIN (D.), DEVLIN (N.)

City University Department of Economics.
Londres. GBR

***The impact of government targets
on waiting times for elective surgery : new
insights from time-to-event analysis.***

*L'impact des objectifs gouvernementaux en
matière de temps d'attentes sur la chirurgie non
urgente : nouvelles perspectives par l'analyse
du temps entre l'inscription et l'admission.*

Londres : City University Department of
Economics : 2006 : 56 p., fig.
Cote Irdes : B5810

www.city.ac.uk/economics/dps/discussion_papers/0605.pdf

Waiting is an important means by which health care is rationed in the NHS. Waiting times for elective surgery are a key policy and political concern. The principal policy response has been to introduce waiting time targets against which performance is measured and rewarded. As waiting times fall, interest has grown in questions such as: How have behavioural responses to the targets influenced the distributions of waiting times? Does the probability of admission for any given waiting time remain constant? To what extent are clinical distortions evident in the pattern of admissions? Can variations in waiting times be explained by clinical, patient or provider-level characteristics? This paper investigates these questions using time-to-event techniques applied to NHS waiting time data for three specialties (general surgery, trauma & orthopaedics and ophthalmology) during 2001/02 and 2002/03. The analysis generates some powerful insights; estimation of the survival functions reveals considerable variations in waiting times between different specialties, operative procedures and trusts. Hazard rates vary over time and notable peaks -increased probabilities of admission- coincide with targets and do change when targets change. Finally, patient characteristics such as age, sex or ethnicity do not influence the time they have to wait while classification as NHS/private patient and day surgery play an important role.

► Qualité des soins

33917

RAPPORT

VLAYEN (J.), VAN DE WATER (G.),
CAMBERLIN (C.), PAULUS (D.), LEYS (M.),
RAMAEKERS (D.), VLEUGELS (A.)

Federaal Kenniscentrum voor de
Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise
des Soins de Santé.
Bruxelles. BEL

Indicateurs de qualité cliniques.

KCE Reports ; vol. 41B

Bruxelles : KCE : 2006 : 184 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5771

<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=630>

Le défi de tout système de santé consiste à offrir des soins de qualité de manière efficace, tant en valeur absolue qu'en rapport avec les moyens mis en œuvre (effective and efficient). Les indicateurs de qualité permettent de suivre et de mesurer cette qualité des soins mais contrairement à de nombreux autres pays, la Belgique n'a que peu d'expérience dans le développement et l'utilisation d'indicateurs de qualité au niveau politique. Le principal objectif de ce rapport est de fournir un cadre conceptuel relatif au développement et à l'utilisation d'indicateurs de qualité cliniques au niveau politique, en se basant sur une revue critique de la littérature. Le rapport se limite à la qualité des soins dans les hôpitaux aigus mais les conclusions peuvent servir de fondement à des initiatives similaires dans d'autres cadres et pour d'autres types d'indicateurs de qualité. Un second objectif de ce rapport est d'évaluer l'utilisation potentielle des bases de données du résumé clinique minimum et du résumé financier minimum (RCM/RFM) pour la mesure en Belgique des indicateurs de qualité cliniques basés sur des données probantes.

► Soins hospitaliers

33383

RAPPORT

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

Leuven. BEL

Hospital Healthcare Europe 2006/2007.

Les soins hospitaliers en Europe : 2006/2007.

Londres : Campden Publishing Limited :

2006-2007 : 144 p., index

Cote Irdes : C, Uc331 (2006-2007)

La publication est en ligne à l'adresse :

www.hospitalhealthcare.com

► Urgences médicales

34110

RAPPORT

COLOMBIER (G.)

Assemblée Nationale. (A.N.).

Commission des Affaires Culturelles,
Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.).

Paris. FRA

La prise en charge des urgences médicales.

Paris : Assemblée Nationale :

2007 : 583 p., ann.

Cote Irdes : B5789

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3672.pdf>

La démarche de la mission a consisté à étudier notre système de prise en charge des urgences médicales à chacun de ses trois niveaux distincts, solidaires et interdépendants : en amont des urgences, avec le dispositif de permanence des soins et les structures pré-hospitalières de prise en charge des urgences - services d'aide médicale urgente (SAMU), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et services départementaux d'incendie et de secours (SDIS); au sein même des structures des urgences; en aval de ces structures, que ce soit au sein des services hospitaliers de soins aigus, dans des établissements médico-sociaux ou au domicile du patient. Le rapport est organisé suivant cette stratégie d'investigation et met un accent particulier sur l'intérêt des maisons médicales de garde qui semblent être une solution intéressante au problème de la permanence des soins en amont des urgences et sur la prise en charge des personnes âgées qui furent les premières victimes de la canicule de 2003 et qui représentent une part importante des patients accueillis aux urgences. Il insiste également sur la nécessaire clarification de la filière de soins, sur l'information du public et sur l'importance des réseaux de soins afin d'assurer une meilleure complémentarité des différents acteurs au service du patient et de la continuité de sa prise en charge. C'est précisément parce que cette complémentarité n'est pas encore suffisante que les patients, en manque de repères, se dirigent - ou sont dirigés - parfois abusivement aux urgences et y stagnent, faute d'une bonne articulation avec les autres services hospitaliers ou les autres établissements d'hébergement.

34160

RAPPORT

GRALL (J.Y.)

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

Direction de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.).
Paris. FRA

Évaluation du plan urgences 2004-2008.

Paris : Mssps ; Dhos : 2007/01 : 33 p.

Cote Irdes : B5824

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/evaluation_pla-nurgences/rapport.pdf

Le docteur Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, a remis son rapport d'évaluation du plan urgences 2004-2008. Il insiste sur l'importance des affectations déjà réalisées depuis 2004 (création d'emplois, consolidation ou création d'équipes mobiles gériatriques et de lits en soins de suites et de réadaptation, en court séjour gériatrique, en hôpital local et en hospitalisation à domicile). Pour la poursuite de ce plan, il propose cinq axes de recommandations : renforcer le rôle des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ; favoriser les coopérations inter-hospitalières et ville-hôpital ; informer la population sur l'utilisation du centre 15 ; adapter les évolutions de la permanence de soins (Pds) en renforçant la régulation médicale et en structurant la Pds autour des maisons médicales de garde ; améliorer la prise en charge globale des personnes âgées.

MÉDICAMENTS

► Évaluation

33918

RAPPORT

CLEEMPUT (I.), CROTT (R.), VRIJENS (F.),
HUYBRECHTS (I.), VAN WILDER (P.),
RAMAEKERS (D.)

Federaal Kenniscentrum voor de
Gezondheidszorg - Centre Fédéral
d'Expertise des Soins de Santé.
Bruxelles. BEL

***Recommandations provisoires pour
les évaluations pharmaco-économiques
en Belgique.***

KCE Reports ; vol. 41B

Bruxelles : KCE : 2006 : 72 p.

Cote Irdes : B5772

<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=493>

Ce rapport développe des recommandations pour la soumission d'évaluations pharmaco-économiques dans le cadre d'une demande de remboursement de médicaments pour laquelle cette évaluation est impérative ou utile. Ces recommandations sont préliminaires. Elles seront mises à l'épreuve avant d'être finalisées. Cette phase test durera plusieurs mois. Les recommandations finales sont prévues en 2007. Les recommandations s'articulent autour d'une analyse de référence qui précise la méthode recommandée à chaque étape de l'évaluation économique. Toute soumission pharmaco-économique contiendra au moins une analyse de référence présentée selon la méthodologie recommandée. Des analyses supplémentaires sont autorisées mais ne remplacent pas l'analyse de référence.

► Innovation médicale

34174

RAPPORT

DUFLOS (G.)

Université de Paris 1 - Panthéon - Sorbonne.
Centre d'Économie de la Sorbonne. (C.E.S.).
Maison des Sciences Économiques. (M.S.E.).
Paris. FRA

***Persistence of innovation, technological
change and quality-adjusted patents in the
US pharmaceutical industry.***

*Persistence de l'innovation, changement
technologique et brevets ajustés sur la qualité
dans l'industrie pharmaceutique américaine.*

Paris : Centre d'économie de la Sorbonne :
2006/01 : 49 p.

Cote Irdes : B5829

[http://halshs.archives-ouvertes.fr/
docs/00/12/35/31/PDF/Bla06029.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/12/35/31/PDF/Bla06029.pdf)

Ce rapport analyse la persistance à innover des laboratoires pharmaceutiques américains, antérieurement à la vague de fusions et acquisitions qui accompagna la « révolution des biotechnologies ». L'auteur évalue l'impact de l'activité passée d'innovation sur la propension courante à innover via des GMM non linéaires. Il trouve que l'activité d'innovation au niveau de la firme dépend fortement de la portée de son passé inventif. Plus particulièrement, les découvertes radicales dépendent fortement de la qualité des innovations passées de la firme et cet effet semble la détourner de comportements pionniers plutôt que l'inciter à poursuivre une recherche non cumulative. Les résultats montrent aussi que le niveau de l'activité et le pouvoir de marché des firmes sont négativement corrélés avec l'importance technologique des innovations faites et ne sont positivement corrélés qu'avec les dépôts

de brevets simples. Les petites firmes apparaissent alors être la principale source du changement technologique tandis que les firmes plus importantes semblent avoir moins d'influence et pourraient donc utiliser le brevet à des fins plus stratégiques.

33797

RAPPORT
GOWERS (A.)
HM Treasury. London. GBR

Gowers review of intellectual property.

Le point de vue de Gowers sur la propriété intellectuelle.

Londres : HM treasury : 2006/12 : 141 p., tabl.
Cote Irdes : B5734

http://www.hm-treasury.gov.uk/media/583/91/pbr06_gowers_report_755.pdf

In response to the profound global changes affecting the intellectual property system, the Chancellor of the Exchequer commissioned this Review in the 2005 Pre-Budget Report. The Review was charged with examining all the elements of the IP system, to ensure that it delivers incentives while minimising inefficiency. Its terms of reference were to consider: the way in which Government administers the awarding of IP rights and its support to consumers and business; how well businesses are able to negotiate the complexity and expense of the copyright and patent system, including copyright and patent licensing arrangements, litigation and enforcement; and whether the current technical and legal IP infringement framework reflects the digital environment, and whether provisions for 'fair use' by citizens are reasonable.

34211

DOCUMENT DE TRAVAIL
SCHERER (F.M.)

Pharmaceutical innovation.

L'innovation pharmaceutique.

Cambridge : Havard University : 2007/02 : 55 p.
Cote Irdes : B5817

This article, written for the forthcoming Handbook of the Economics of Technical Change, surveys the costs, risks, and challenges encountered in the discovery and development of superior new pharmaceuticals. The changing methods by which drugs are discovered, the links between companies and academic science, the changing character of public regulation, and the sharp rise in the cost per new approved drug are analyzed. Determining which new drugs are both efficacious and safe poses classic statistical decision theory problems. Why patents are so important to drug developers is explored. A rent-seeking

theory of new drug development is proposed to rationalize the high gross margins but only slightly supra-normal returns on investment realized by pharmaceutical companies, and the economic welfare implications are investigated.

► Politique du médicament

34138

RAPPORT
Ministère de la Santé et des
Services Sociaux. (M.S.S.S.).
Québec. CAN

La politique du médicament.

Québec : MSSS : 2007 : 79 p., ann.
Cote Irdes : B5803

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-728-01.pdf>

Le Québec innove en lançant une politique du médicament unique en son genre au Canada et même en Amérique du Nord. Cette politique propose une stratégie intégrée pour guider les décisions et les actions en matière de médicament. L'accessibilité aux médicaments est la pierre angulaire de la politique qui regroupe 29 orientations ministérielles correspondant à quatre grands axes : un accès amélioré aux médicaments ; un prix juste et raisonnable ; un usage optimal des médicaments ; le maintien d'une industrie dynamique.

► Prescription

33872

DOCUMENT DE TRAVAIL
GAYNOR (M.), LI (J.), VOGT (W.B.)
National Bureau of Economic
Research (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Is drug coverage a free lunch ?

Cross-price elasticities and the design of prescription drug benefits.

NBER Working Paper Series ; n° 12758
Cambridge : NBER : 2006/12 : 58 p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12758>

Recently, many US employers have adopted less generous prescription drug benefits. In addition, the U.S. began to offer prescription drug insurance to approximately 42 million Medicare beneficiaries in 2006. We use data on individual health insurance claims and benefit data from 1997-2003 to study the effects of changing consumers' co-payments for prescription drugs on the quan-

tity demanded and expenditure on prescription drugs, inpatient care and outpatient care. We allow for effects both in the year of the co-payment change and in the year following the change. Our results show that increases in prescription drug prices reduce both the use of and spending on prescription drugs. However, consumers substitute the use of outpatient care and inpatient care for prescription drug use, and the expenditure reductions on prescription drugs are largely offset by the increases in other spending.

34199

DOCUMENT DE TRAVAIL
KHAN (N.), KAESTNER (R.), LIN (S.J.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Prescription drug insurance and its effect on utilization and health of the elderly.

NBER Working Paper Series; n° 12848
Cambridge : NBER : 2007/01 : 47 p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12848>

The Medicare Modernization Act was recently established, to provide limited drug coverage to the elderly. However, there is limited evidence on how drug coverage might affect health. The goal of this paper is to obtain «causal effects » of prescription drug coverage on drug use, use of other medical services and health of the elderly. We use fixed-effects analysis to control for unmeasured person-specific effects that may confound the relationships of interest. Results show prescription drug coverage, particularly public coverage, significantly increased the utilization of prescription drugs, but had no discernable effect on hospital admissions or health.

► Prix

34173

DOCUMENT DE TRAVAIL
GARCIA ALONSO (M.),
GARCIA MARINOSO (B.)

The relationship of drug reimbursement with the price and the quality of pharmaceutical innovations.

Les liens entre le remboursement des médicaments et le prix et la qualité des innovations pharmaceutiques.

Londres : City University Department of Economics : 2005 : 38 p., tabl.
Cote Irdes : B5811

http://www.city.ac.uk/economics/dps/discussion_papers/0502.pdf

This paper studies the strategic interaction between pharmaceutical firms' pricing decisions and government agencies' reimbursement decisions which discriminate between patients by giving reimbursement rights to patients for whom the drug is most effective. We show that if the reimbursement decision precedes the pricing decision, the agency only reimburses some patients if the private and public health benefits from the new drug diverge. That is, when (i) there are large externalities of consuming the drug and (ii) the difference in costs between the new drug and the alternative treatment is large. Alternatively, if the firm can commit to a price in advance of the reimbursement decision, we identify a strategic effect which implies that by committing to a high price ex ante, the firm can force a listing outcome and make the agency more willing to reimburse than in the absence of commitment.

► Régulation

34236

RAPPORT
Office of Fair Trading. (O.F.T.).
Londres. GBR

The pharmaceutical price regulation scheme 2007.

Plan de régulation des prix des médicaments 2007.

Londres : OFT : 2007/02 : 114 p., fig., tabl.
Cote Irdes : B5856

http://www.offt.gov.uk/shared_offt/reports/comp_policy/oft885.pdf

This is a study of the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS), one of the main instruments employed by the UK Health Departments to control NHS expenditure on these branded drugs. The aims of the scheme are to secure value for money for the NHS while providing pharmaceutical companies with the right incentives to invest in new and useful drugs for the future. The remit of this study, launched by the OFT in September 2005, is to assess whether the PPRS is effective in meeting its high-level objectives, or whether there is a case for reform. The workings of the scheme are complex, but at a broad level it comprises two main components: profit controls, which set a maximum level for the profits that a company may earn from the supply of branded drugs to the NHS. Exceeding this level will require a repayment of excess profits to DH. The profit control also enables companies to increase prices if their profits fall below a given minimum, price controls, which give companies freedom to set the initial price of new active substances but impose restrictions on subsequent price in-

creases. They also comprise price cuts, which are agreed at the time of scheme renegotiations. A seven per cent cut was imposed as part of the negotiation of the current PPRS scheme beginning in 2005. Companies are given some flexibility in deciding which products to target in cutting prices, a system known as price modulation.

► Remboursement

34219

RAPPORT

Les Compagnies de Recherche
Pharmaceutique du Canada.
Ottawa. ONT. CAN

Comparaison internationale des recommandations formulées par le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) dans le contexte du Programme Commun d'Évaluation des Médicaments (PCEM).

Ottawa : Compagnies de recherche
pharmaceutique du Canada (Les) :
2006/11 : 9 p + ann.
Cote Irdes : B5846

http://www.canadapharma.org/Media_Centre/News_Releases/2006/1206-CDRIInternational-Comparison-FINALdraft-FR.pdf

La présente étude vise à faire ressortir les différences et les similitudes entre les recommandations d'inscription formulées par des organismes nationaux d'inscription ou de remboursement et celles émises par le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM), dans le contexte du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Elle a également pour but de justifier les décisions à propos desquelles des divergences ont été observées ou rendues publiquement accessibles. On veut ainsi donner au lecteur un outil d'évaluation des dissemblances entre des analyses coût-efficacité réalisées par des acteurs internationaux.

INFORMATIQUE MÉDICALE

► Dossier médical personnel

34158

RAPPORT

FAGNIEZ (P.L.)

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

Le masquage d'informations par le patient dans son DMP.

Paris : MSSPS : 2007/01/30 : 15 p.
Cote Irdes : B5822

http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/fagniez_dmp/rapport.pdf

L'article 38 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 permet à toute personne de s'opposer « pour des raisons légitimes » à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement. La partie législative du code de la santé publique définit par ailleurs le principe général du droit des patients au secret sur leurs informations de santé ; elle prévoit notamment, dans son article L. 1110-4, un droit d'opposition du patient à l'échange d'informations entre deux professionnels qui le prennent en charge. Sur la base d'entretiens avec des professionnels de santé et des associations de patients, le rapport pose la question de la conciliation entre la bonne marche du processus de soins et le « droit de masquage » offert au patient dans le dossier médical personnalisé (DMP).

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

► Allemagne

33333

DOCUMENT DE TRAVAIL

FELFE (C.)

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

Objective trends and perceptions of health status in Germany.

Tendances objectives et perception de l'état de santé en Allemagne.

Bruxelles : ENEPRI : 2006 : 14 p., fig.
Cote Irdes : B5670

<http://www.enepri.org/Reviser/cfelfe-healthstatus-germany.pdf>

This paper identifies previous trends and future prospects surrounding the health status of the population and the utilisation of health care services, based on data from the German Socio-Economic Panel (1984-2004). Health status and the demand for health care services is examined in conjunction with the following variables : health satisfaction; the degree to which health status hinders the fulfilment of daily life activities; disability and chronic illnesses; and the probability, frequency and duration of hospital stays. The first part of the paper describes the main trends associated with these indicators. Then a further analysis is undertaken with regard to the determinants of health status. For this latter purpose, a sample of about 21.000 persons (aged 16 and older) has been used. The determinants are assessed against two measures of health status: a subjective measure, which is self-reported satisfaction with health, and an objective measure, which is the degree of being hindered by health in daily life activities. An interesting question explored alongside the findings is whether health care expenditures have increased because the overall health of the population has worsened or because expectations have risen.

► Australie

33934

RAPPORT

HEALY (J.), SHARMAN (E.), LOKUGE (B.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe.
Observatoire Européen des Systèmes
et Politiques de Santé.
Bruxelles. BEL

Health System Review : Australia.

Point sur un système de santé : Australie.
Health Systems in Transition (HIT); vol 8; n° 5.
Copenhague : Observatoire européen des
systèmes et politiques de santé : 2006 :
155 p., graph., tabl.
Cote Irdes : Bc5779

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

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Australie, 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 est une réactualisation de celui daté de 2002 (Hilless, Healy).

► Canada

34239

DOCUMENT DE TRAVAIL

ALLIN (S.), MASSERIA (C.), MOSSIALOS (E.)
London School of Health Economics. (L.S.E.).
Londres. GBR

Inequality in health care use among older people in the United Kingdom : an analysis of panel data.

Inégalité dans l'utilisation des services de santé au Canada et dans ses provinces.
Working Paper; n° 1
Londres : LSE : 2006/10 : 23 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5859

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSE-HWP1.pdf>

Horizontal equity in health care service use is an area that remains relatively unexamined in the literature on older people. The purpose of this study is to investigate the extent of income-related inequity in the use of GP, inpatient, outpatient and dental services among individuals aged 65 and over in the United Kingdom between 1997 and 2003 using a panel analysis of data from the British Household Panel Survey. The probability of GP, outpatient, dentist or inpatient service use between 1997 and 2003 was predicted using multiple random effects probit panel models, and the estimates used to calculate income related horizontal inequity. The results indicate that individuals on a lower income are significantly less likely to visit a GP, specialist or dentist than the better-off, although they have significantly greater need (the reverse is seen for dental care). However, after adjusting for differences in need, horizontal inequity is found with utilization favouring those on a higher income for all service areas, but not significantly in hospital care.

34175

RAPPORT

Health Canada.
Ottawa. ON. CAN

Healthy Canadians. A federal report on comparable health indicators 2006.

Les Canadiens en bonne santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de santé 2006.
Ottawa : Health Canada : 2006 :
91 p., fig., tabl., ann.
Cote Irdes : B5813

L'information sur les indicateurs comparables de la santé aide les autorités fédérales, provinciales et territoriales et les fournisseurs de soins de

santé à suivre les tendances et le progrès accompli dans l'amélioration de la santé de la population canadienne. Le présent rapport présente des données cumulatives portant sur un certain nombre d'indicateurs concernant la population générale. On y trouve également les données disponibles sur les membres des premières nations vivant dans les réserves et sur les Inuits, sur les membres des Forces canadiennes, étant donné qu'il incombe au gouvernement fédéral de dispenser les services de santé à ces populations.

34172

RAPPORT

THORNHILL (J.) / compil.

Canadian Health Services Research Foundation. (C.H.S.R.F.).
Ottawa. ON. CAN

Sustaining primary healthcare renewal : a report on the 2006 CHRFS primary healthcare network symposium.

Appuyer la réforme des services de santé de première ligne : rapport du symposium 2006 du Réseau des services de santé de première ligne de la FCRSS.

Ottawa : CHSRF : 2006 : 12 p.
Cote Irdes : B5812

http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/phc_symposium_final_report_e.pdf

La réforme des services de santé de première ligne est d'une importance capitale pour le système de santé du Canada. Parmi les messages essentiels transmis au cours de ce symposium, on retrouve les suivants. La réforme de la recherche et du système réussit au Canada, mais pour poursuivre ces efforts et pour les soutenir, il faut les coordonner. Les modèles de services de santé de première ligne doivent faire preuve de souplesse concernant la gouvernance, l'organisation, la programmation et les modes de rémunération des médecins. De plus, ils doivent être intégrés au contexte local en tenant compte des besoins des patients, des questions de santé publique et des intérêts des praticiens concernés. Les chercheurs et les décideurs des services de santé de première ligne continuent de se demander s'ils posent les bonnes questions dans le cadre de la recherche. Les chercheurs doivent collaborer avec les utilisateurs de la recherche et ceux qui y participent, afin d'éclaircir et de valider les questions appropriées. Afin de soutenir le développement de nouvelles connaissances applicables aux problèmes du monde réel en matière de services de santé de première ligne, il faut intégrer la collecte des données systématique à la prestation des services de première ligne. Les résultats de la recherche peuvent influencer le changement. Pour que les décideurs puissent utiliser les données probantes,

celles-ci doivent être transmises par des stratégies et des moyens appropriés. Bien que le transfert et l'échange de connaissances nécessitent du temps et un certain engagement, ces efforts sont essentiels pour encourager la prise de décision éclairée par les données probantes. La recherche sur les services de santé de première ligne fait de plus en plus appel au public, bien que des efforts soient nécessaires pour rendre ces renseignements plus solides. Les décideurs doivent apprendre à évaluer l'importance des connaissances qui découlent de cette recherche et à les combiner aux autres types de données probantes.

33332

DOCUMENT DE TRAVAIL

ALLIN (S.)

London School of Health Economics. (L.S.E.).
Londres. GBR

Equity in the use of health services in Canada and its provinces.

Équité dans l'utilisation des services de santé au Canada et dans ses provinces.

Working Paper ; n° 3.

Londres : LSE : 2006/10 : 36 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5669

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSE-HWP3.pdf>

Canada is a federal dominion of ten provinces and three territories. By 1972 all provinces and territories provided universal public insurance for hospital and physician care. Responsibility for the administration and delivery of most public health care services is devolved to the provinces and territories in Canada. There is variation across provinces and territories in the level and sources of health care financing, resource allocation and payment mechanisms, benefits packages, supply of health services and personnel, and level of further decentralization to regional and local level. This paper quantifies the extent of provincial/territorial variation in utilization by income and determines its impact on equity. Specifically, income-related inequity in utilization of any physician, GP, specialist, hospital (inpatient) and dentist visit is measured. Results support earlier analyses revealing pro-rich inequity in physician and dental care, and pro-poor inequity in inpatient care. The study goes beyond existing analyses of equity and identifies some variation across the country: lowest levels of inequity are seen in the smallest province, Prince Edward Island, and the highest in the territories (Yukon, Northwest Territories and Nunavut). Some explanations for the observed inequity and its variation across the country are discussed in the context of provincial characteristics.

► États-Unis

34241

RAPPORT

DAVIS (K.) / éd.

The Commonwealth Fund.

New York. USA

***The Commonwealth Fund.
2006 Annual Report.***

Rapport d'activité annuel 2006

du Commonwealth Fund.

New York : The Commonwealth Fund :

2006/12 : 172 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5861

http://www.cmwf.org/usr_doc/site_docs/annualreports/2006/pdf/AR2006.pdf

Working toward the goal of a high performance health care system for all Americans, the Fund builds on its long tradition of scientific inquiry, a commitment to social progress, partnership with others who share common concerns, and the innovative use of communications to disseminate its work. The 2006 Annual Report offers highlights of the Fund's activities in the past year (future of health insurance, state innovations, Medicare's future, health care quality improvement and efficiency, patient-centered primary care initiative, special populations, international program in health policy and practice). In her opening essay, Commonwealth Fund president Karen Davis discusses the results of the National Scorecard on U.S. Health System Performance and highlights innovations at home and abroad that offer useful roadmaps for change.

34240

RAPPORT

DAVIS (K.), SCHOEN (C.), GUTERMAN (S.),

SHIH (T.), SCHOENBAUM (S.C.),

WEINBAUM (I.)

The Commonwealth Fund.

New York. USA

***Slowing the growth of U.S. health care
expenditures : what are the options ?***

*Ralentir la croissance des dépenses de santé
aux États-Unis : quelles sont les options
envisageables ?*

New York : The Commonwealth Fund :

2006/12 : 34 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5860

Health care expenditures are expected to continue to rise rapidly over the next decade, outpacing income and imposing stress on families, businesses, and public budgets. Evidence indicates that the U.S. should be able to achieve savings and better value for this investment by creating

more efficient and effective health care and insurance systems. This report reviews factors contributing to high expenditures and examines strategies that have the potential to achieve savings, slow spending growth, and improve health system performance. These strategies cluster into six areas: 1) increasing the effectiveness of markets with better information and greater competition; 2) reducing high insurance administrative overhead and achieving more competitive prices; 3) providing incentives to promote efficient and effective care; 4) promoting patient-centered primary care; 5) investing in infrastructure such as health information technology; and 6) investing strategically to improve access, affordability, and equity.

34204

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRUBER (J.), SIMON (K.)

National Bureau of Economic Research

(N.B.E.R.).

Cambridge CA. USA

***Crowd-Out Ten Years Later: have recent
public insurance expansions crowded out
private health insurance ?***

NBER Working Paper Series ; n° 12858

Cambridge : NBER : 2007/01 : 38 p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12858>

The continued interest in public insurance expansions as a means of covering the uninsured highlights the importance of estimates of «crowd-out», or the extent to which such expansions reduce private insurance coverage. Ten years ago, Cutler and Gruber (1996) suggested that such crowd-out might be quite large, but much subsequent research has questioned this conclusion. We revisit this issue by using improved data and incorporating the research approaches that have led to varying estimates. We focus in particular on the public insurance expansions of the 1996-2002 period. Our results clearly show that crowd-out is significant; the central tendency in our results is a crowd-out rate of about 60%. This finding emerges most strongly when we consider family-level measures of public insurance eligibility. We also find that recent anti-crowd-out provisions in public expansions may have had the opposite effect, lowering take-up by the uninsured faster than they lower crowd-out of private insurance.

33871

DOCUMENT DE TRAVAIL
DAVE (D.), KAESTNER (R.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.)
Cambridge CA. USA

***Health insurance and ex ante moral hazard :
evidence from Medicare.***

*Assurance santé et hasard moral ex ante.
Résultats issus des données du Medicare.*
NBER Working Paper Series ; n° 12764
Cambridge : NBER : 2006/12 : 58 p., tabl.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12764>

Basic economic theory suggests that health insurance coverage may cause a reduction in prevention activities, but empirical studies have yet to provide evidence to support this prediction. However, in other insurance contexts that involve adverse health events, evidence of ex ante moral hazard is more consistent. In this paper, we extend the analysis of the effect of health insurance on health behaviors by allowing for the possibility that health insurance has a direct (ex ante moral hazard) and indirect effect on health behaviors. The indirect effect works through changes in health promotion information and the probability of illness that may be a by product of insurance-induced greater contact with medical professionals. We identify these two effects and in doing so identify the pure ex ante moral hazard effect. This study exploits the plausibly exogenous variation in health insurance as a result of obtaining Medicare coverage at age 65. We find limited evidence that obtaining health insurance reduces prevention and increases unhealthy behaviors among elderly persons. There is more robust evidence that physician counseling is successful in changing health behaviors.

33792

RAPPORT
SCHOENBAUM (S.C.), HOLMGREN (A.L.)
The Commonwealth Fund.
New York. USA

***The National committee for quality
assurance's the state of Health care
quality 2006.***

New York : The Commonwealth Fund :
2006/11 : 6 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5732

http://www.cmwf.org/usr_doc/969_Schoenbaum_NCQA_state_hlt_care.pdf

The National Committee for Quality Assurance's 2006 report on the performance of U.S. health plans found overall improvement in HEDIS clinical

quality measures for those plans that collect and publicly report performance data. Improvements, moreover, were broad-based. There are several lessons for those pursuing high performance of the U.S. health system as a whole. Most importantly, the results show there is hope; performance on some HEDIS measures is now approaching 100 percent. Diffusion of measurement has been slow, but steady. The nation needs more and better measures of performance, mechanisms for setting standards of performance, and tools, such as performance-based contracts, for ensuring that improvement occurs.

33777

DOCUMENT DE TRAVAIL
HERRING (B.), PAULY (M.V.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.)
Cambridge CA. USA

***The effect of state community rating
regulations on premiums and coverage in
the individual health insurance market.***

*Effet des réglementations des états fédéraux
sur les primes d'assurance et la couverture
maladie sur le marché de l'assurance
maladie individuelle.*

NBER Working Paper Series ; n° 12504
Cambridge : NBER : 2006/08 : 28 p., tabl.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12504.pdf>

Some states have implemented community rating regulations to limit the extent to which premiums in the individual health insurance market can vary with a person's health status. Community rating and guaranteed issues laws were passed with hopes of increasing access to affordable insurance for people with high-risk health conditions, but there are concerns that these laws led to adverse selection. In some sense, the extent to which these regulations ultimately affected the individual market depends in large part on the degree of risk segmentation in unregulated states. In this paper, we examine the relationship between expected medical expenses, individual insurance premiums, and the likelihood of obtaining individual insurance using data from both the National Health Interview Survey and the Community Tracking Study Household Survey. We test for differences in these relationships between states with both community rating and guaranteed issue and states with no such regulations. While we find that people living in unregulated states with higher expected expense due to chronic health conditions pay modestly higher premiums and are somewhat less likely to obtain coverage, the variation between premiums and risk in unregulated individual In-

insurance markets is far from proportional; there is considerable pooling. In regulated states, we find that there is no effect of having higher expected expense due to chronic health conditions on neither premiums nor coverage. Overall, our results suggest that the effect of regulation is to produce a slight increase in the proportion uninsured, as increases in low risk uninsureds more than offset decreases in high risk uninsureds. Community rating and guaranteed issue regulations produce only small changes in risk pooling because the extent of pooling in the absence of regulation is substantial.

33772

DOCUMENT DE TRAVAIL
LAKDAWALLA (D.), SOOD (N.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Health insurance as a two-part pricing contract.

NBER Working Paper Series ; n° 12681.
Cambridge : NBER : 2006/11 : 34 p., tabl.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12681.pdf>

Monopolies appear throughout health care markets, as a result of patents, limits to the extent of the market, or the presence of unique inputs and skills. In the health care industry, however, the deadweight costs of monopoly may be small or even absent. Health insurance, frequently implemented as an ex ante premium coupled with an ex post co-payment per unit consumed, effectively operates as a two-part pricing contract. This allows monopolists to extract consumer surplus without inefficiently constraining quantity. This view of health insurance contracts has several implications: (1) Low ex post copayments to insured consumers substantially reduce deadweight losses from medical care monopolies -- we calculate, for instance, that the presence of health insurance lowers monopoly loss in the US pharmaceutical market by 82 percent; (2) Price regulation or break-up of health care monopolies may be inferior to laissez-faire or simple redistribution of monopoly profits; and (3) Promoting efficiency in the health insurance market can reduce static losses in the goods market while improving the dynamic efficiency of innovation.

33290

DOCUMENT DE TRAVAIL
MEARA (E.), FRANK (R.G.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.).
Cambridge MA. USA

Welfare reform, work requirements and employment barriers.

Réforme des assurances sociales, besoin de travail et obstacles à l'emploi.
NBER Working Paper Series ; n°12480.
Cambridge : NBER : 2006/08 : 42 p., tabl., graph., index
Cote Irdes : P193

www.nber.org/papers/w12480.pdf

The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act imposed work requirements on welfare recipients. Using 1999-2001 data from Boston, Chicago, and San Antonio, we compared the labor market and welfare experience of women with four employment barriers: poor mental health, moderate to heavy drug and alcohol use, a child with a behavior problem, and a child under the age of 3. Women with poor mental health and drug and alcohol users were much less likely to move into work than other groups, and more likely to be sanctioned for non-compliance with welfare requirements in 2000-2001 as federal work participation requirements increased.

33300

DOCUMENT DE TRAVAIL
BROWN (J.R.), COE (N.B.), FINKELSTEIN (A.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Medicaid Crowd-Out of Private Long-Term Care Insurance Demand : Evidence from the Health and Retirement Survey.

Explosion des demandes en faveur d'assurances privées pour les soins de longue durée dans le cadre du Medicaid : données issues de l'étude sur l'état de santé et de la retraite.
NBER Working Paper Series ; n° 12536.
Cambridge : NBER : 2006/09 : 49 p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

www.nber.org/papers/w12536.

This paper provides empirical evidence of Medicaid crowd out of demand for private long-term care insurance. Using data on the near- and young-elderly in the Health and Retirement Survey, our central estimate suggests that a \$10,000 decrease in the level of assets an individual

can keep while qualifying for Medicaid would increase private long-term care insurance coverage by 1.1 percentage points. These estimates imply that if every state in the country moved from their current Medicaid asset eligibility requirements to the most stringent Medicaid eligibility requirements allowed by federal law a change that would decrease average household assets protected by Medicaid by about \$25,000 demand for private long-term care insurance would rise by 2.7 percentage points. While this represents a 30 percent increase in insurance coverage relative to the baseline ownership rate of 9.1 percent, it also indicates that the vast majority of households would still find it unattractive to purchase private insurance. We discuss reasons why, even with extremely stringent eligibility requirements, Medicaid may still exert a large crowd-out effect on demand for private insurance.

► Royaume-Uni

34237

RAPPORT

Department of Health. (D.O.H.).
London. GBR

Communities for health : learning from the pilots.

London : The Stationery Office (TSO) :
2007/02 : 227 p.
Cote Irdes : B5857

<http://www.ub.edu/ere/documents/papers/139.pdf>

Learning case examples and best practice from the pilot areas of Communities for Health. These pilots detail how communities have addressed a wide range of health issues and tackled health inequalities. Rural and urban deprived areas have worked to address obesity, healthy eating, mental health and sexual health.

34207

DOCUMENT DE TRAVAIL

SMITH (P.C.), STREET (A.)

University of York.

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

Measurement of non-market output in education and health.

Mesure de la production non marchande dans le domaine de l'éducation et de la santé.

CHE Research Paper Series; 23.

York : University of York : 2007/02 : 19 p., tabl., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp23.pdf>

In recent years considerable progress has been made in developing improved methodologies to measure non-market output in the National Accounts. Most EU Member States have supported the introduction of a legal framework to implement these methodologies and have introduced current best practice methods to measure output of health and education services. This report summarises contributions at a Workshop held in October 2006 that focused on building on this foundation and further improving the measurement of non-market output in the National Accounts. The Workshop supports a project intended to provide detailed international guidelines for the further development of volume measures of non-market outputs, in particular for education and health.

34177

RAPPORT

DELFGAAUW (J.)

Dedicated doctors : public and private provision of health care with altruistic physicians.

Médecins dévoués : l'offre de soins publique et privée fourni par les médecins altruistes.

Rotterdam : Tinbergen Institute :

2007 : 30 p.

Cote Irdes : B5814

<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/07010.pdf>

Physicians are supposed to serve patients' interests, but some are more inclined to do so than others. This paper studies how the system of health care provision affects the allocation of patients to physicians when physicians differ in altruism. We show that allowing for private provision of health care, parallel to (free) treatment in a National Health Service, benefits all patients. It enables rich patients to obtain higher quality treatment in the private sector. Because the altruistic physicians infer that in their absence, NHS patients receive lower treatment quality than private sector patients, they optimally decide to work in the NHS. Hence, after allowing for private provision, the remaining (relatively poor) NHS patients are more likely to receive the superior treatment provided by altruistic physicians. We also show, however, that allowing physicians to moonlight, i.e. to operate in both the NHS and the private sector simultaneously, nullifies part of these beneficial effects for the poorest patients.

34156

DOCUMENT DE TRAVAIL
GRAVELLE (H.), SICILIANI (L.)

Optimal waits and charges in health insurance.

Les temps d'attente optimaux et les charges en assurance maladie.

Heslington : University of York :

2007 : 10 p.

Cote Irdes : B5809

<http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/dp/0702.pdf>

Waiting times are commonly used in the health sector to ration demand. We show that when money charges (coinsurance rates) are optimally set and there are no redistributive considerations, it is never optimal to have a positive waiting time if the marginal cost of waiting is higher for patients with greater benefits from health care. Although waiting time provides an additional instrument to control demand it does not mitigate the conflict between efficient risk bearing and efficient consumption of health care.

33317

DOCUMENT DE TRAVAIL
MIRALDO (M.), GODDARD (M.), SMITH (P.C.)
University of York.
Centre for Health Economics. (C.H.E.).
York. GBR

The incentive effects of payment by results.

Les effectifs incitatifs de la rémunération au rendement.

CHE Research Paper Series ; 19.

York : University of York :

2006/07 : 15 p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp19.pdf>

Recently the English NHS has introduced an activity-based payment scheme for secondary care - the Payment by Results (PbR) policy. In this paper we discuss, from an economic perspective, the main intended and unintended incentives created by this policy. We also outline the role of different NHS institutions in monitoring and analysing the impact of PbR and consider the information and data requirements for such tasks.

► Russie

34149

DOCUMENT DE TRAVAIL
TOMPSON (W.)

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

Healthcare reform in Russia ; problems and prospects.

Réforme du système de santé en Russie : problèmes et perspectives.

Economics Department Working Papers ; 538

Paris : OCDE : 2007 : 37 p., tabl., fig

Cote Irdes : B5804

[http://www.oalis.oecd.org/oalis/2006doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/8b02a0bbb12ae243c12571fe002c1d17/\\$FILE/JT03214486.PDF](http://www.oalis.oecd.org/oalis/2006doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/8b02a0bbb12ae243c12571fe002c1d17/$FILE/JT03214486.PDF)

La présente étude analyse les perspectives de réforme du système de santé en Russie. Il commence par explorer un certain nombre de déséquilibres fondamentaux qui caractérisent le système actuel, en état de semi-réforme, avant de passer en revue les projets du gouvernement à moyen terme. Les principaux enjeux sont de renforcer les soins primaires et réduire le recours excessif aux soins tertiaires, de réexaminer les incitations auxquelles font face les prestataires de soins et de mener à son terme la réforme de l'assurance maladie obligatoire (Résumé d'auteur).

► Suisse

33798

RAPPORT

Commission pour les
Questions Conjoncturelles.
Berne. CHE

Commission pour les questions conjoncturelles. Rapport annuel 2006.

Berne : Secrétariat d'État à l'économie (SECO) : 2006 : 88 p., tabl., graph.

Cote Irdes : B5735

<http://www.kfk.admin.ch/pdf%20f/RA06.pdf>

Le rapport annuel 2006 de la Commission pour les questions conjoncturelles accorde une place centrale aux problèmes du système suisse de santé. Sa première partie est consacrée à une vue d'ensemble de la situation économique.

► Union européenne

33336

RAPPORT

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

**Des systèmes de santé renforcés
sauvent plus de vies. Un aperçu de la
stratégie européenne de l'OMS en matière
de systèmes de santé.**

Copenhague : OMS : 2006 : 13 p., fig., tabl.
Cote Irdes : B5673

http://www.euro.who.int/document/hsm/health-sys_savelives_fre.pdf

Ce document de synthèse présente la prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2005-2009) consacrée au renforcement des systèmes de santé dans chaque pays. L'OMS a regroupé les objectifs des systèmes de santé en trois buts généraux, à savoir : amélioration de la santé (de la qualité et de l'équité), capacité de répondre aux attentes de la population, équité de la contribution financière assortie d'une protection contre le risque financier.

34238

RAPPORT

MOSSIALOS (E.) / éd., ALLIN (S.) / éd.,
FIGUERAS (J.) / éd.

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

**Health systems in transition :
template for analysis.**

*Système de santé en transition :
modèle d'analyse.*

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 9 ;
n° Spécial

Copenhague : Bureau régional de l'Europe :
2007 : 124 p., fig., ann.
Cote Irdes : Bc5859

<http://www.euro.who.int/Document/E88699.pdf>

Les portraits des systèmes de santé en transition sont des rapports qui présentent des descriptions détaillées des systèmes de santé et des initiatives de politiques en cours ou en développement. Ils sont produits par des experts des pays en collaboration avec le personnel de l'European Observatory on Health Systems and Policies. Ces portraits sont basés sur un modèle

qui, révisé de façon périodique, présente des directives et des questions spécifiques, des définitions et des exemples nécessaires pour réaliser les portraits. Cette nouvelle édition du guide et du questionnaire s'avère une version améliorée de l'édition de 1999 et incorpore les nombreux commentaires et suggestions des utilisateurs et contributeurs au fil des années.

33785

DOCUMENT DE TRAVAIL

THOMSON (S.), MOSSIALOS (E.)

London School of Health Economics. (L.S.E.).
Londres. GBR

**Regulating private health insurance in the
European Union : the implications of single
market legislation and competition policy.**

*Régulation des assurances maladies privées
dans les pays de l'Union Européenne : rôles de
la législation et de la politique de concurrence.*
Working Paper ; n° 4.

Londres : LSE : 2006/11 : 30 p.
Cote Irdes : B5729

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSE-HWP4.pdf>

This paper examines the implications of the single market in insurance for regulation of private health insurance in the European Union. It considers areas of uncertainty in interpreting the third non-life insurance directive, particularly with regard to when and how governments may regulate private health insurance, and questions the Directive's capacity to promote consumer and social protection in health insurance markets. The Directive reflects the regulatory norms of the late 1980s and early 1990s, when boundaries between 'social security' and 'normal economic activity' were still relatively well defined in most member states. Today these boundaries are increasingly blurred, and as governments look to private health insurance to ease pressure on public budgets, uncertainty about the scope of the Directive and concerns about its restrictions on material regulation are likely to grow.

34115

RAPPORT

RIES (R.)

Sénat. Délégation pour l'Union européenne.
Paris. FRA

L'Union européenne et les services de santé.

Paris : Sénat : 2007 : 38 p., ann.
Cote Irdes : B5793

<http://www.senat.fr/rap/r06-186/r06-1861.pdf>

Le 26 septembre dernier, la Commission européenne a lancé une consultation publique concernant une possible action communautaire dans le domaine des services de santé. Cette consultation a un triple objet. Il s'agit d'abord d'examiner les conséquences de l'évolution de la jurisprudence de la Cour de justice, qui s'attache à concilier la compétence des États membres, à organiser librement leur système de santé et le respect des libertés de circulation fixées par les traités, mais qui tend progressivement à faire prévaloir la mobilité des patients. La consultation s'inscrit également dans le prolongement du débat sur la directive « services ». Les services de santé, qui étaient visés par la version initiale de la directive, ont été exclus de son champ d'application définitif. Cela pose alors la question du cadre juridique qui leur est applicable. La consultation concerne enfin les voies et moyens pour améliorer la coopération entre les systèmes de santé. Ce triple objet souligne toute l'importance de cette consultation publique puisqu'elle pourrait en définitive conduire à une refondation de la politique européenne de santé. De fait, les enjeux sous-jacents à la démarche engagée par la Commission sont à la fois multiples et importants : - enjeu institutionnel : conformément aux traités et au principe de subsidiarité, l'organisation et le financement des systèmes de santé est un domaine de compétence des États, l'action de l'Union européenne n'étant que résiduelle. Cet équilibre est-il durable et compatible avec les différentes formes de nomadisme médical qui se développent en Europe ? - enjeu social : l'existence d'un système de santé de qualité dont l'accès pour tous est garanti par un financement socialisé est au cœur du modèle social européen. Comment le conforter ? - enjeu économique : le secteur de la santé est un secteur en forte croissance, créateur d'emplois et dont le développement devrait se poursuivre à un rythme soutenu dans les années à venir. - enjeu financier : les pays européens connaissent tous des difficultés de financement de leurs systèmes de santé ; - enjeu politique : le précédent de la directive « Services » invite en effet à la plus grande vigilance sur une nouvelle initiative concernant le marché intérieur pour un secteur aussi sensible que celui de la santé ; - enjeu sanitaire : les disparités en matière de santé restent fortes dans l'Union européenne (l'espérance de vie des hommes varie de 64 ans en Lettonie à 77 ans en Suède, l'incidence du cancer du poumon varie d'un facteur de 1 à 5 entre la Suède et la Hongrie, celle de la tuberculose de 1 à 17 entre l'Italie et la Lituanie...) et constituent légitimement une des premières préoccupations de nos concitoyens.

► Analyses économiques

34181

RAPPORT

GOLDSMITH (L.), HUTCHISON (B.),
HURLEY (J.)McMaster University. Health Sciences Centre.
Centre for Health Economics and Policy
Analysis. (C.H.E.P.A.).
Ontario. CAN

Economic evaluation across the four faces of prevention: a canadian perspective.

Évaluation économique de quatre aspects de la prévention : une perspective canadienne.

Ontario : CHEPA : 2006 : 118 p., fig.
Cote Irdes : B5816

<http://www.chepa.org/portals/0/pdf/CHEPA%20WP%2006-01.pdf>

Ce document fait une revue de littérature sur les coûts et les avantages d'une série d'interventions dont l'objectif est la prévention de maladies et de blessures et la promotion de la santé, utilisant à la fois les articles revus par les pairs et de la littérature grise comme les rapports gouvernementaux. Les auteurs présentent des données sur les évaluations économiques pour cinq interventions de prévention afin d'illustrer la façon dont les données scientifiques d'évaluation économique peuvent soutenir l'élaboration des priorités.

► Performance

33904

DOCUMENT DE TRAVAIL

DIAYE (M.A.), GREENAN (N.),
URDANIVIA (M.W.)Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.).
Noisy-le-Grand. FRA

Subjective evaluation of performance through individual evaluation interview : theory and empirical evidence from France.

Evaluation subjective de la performance à travers les entretiens individuels d'évaluation : données empiriques et théoriques issues du cas français.

Noisy-le-Grand : CEE : 2006/09 : 40 p., tabl.,
ann.

Cote Irdes : B5759

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/subjective_evaluation_performance_67.pdf

Les entretiens individuels d'évaluation sont aujourd'hui une pratique souvent utilisée par les

entreprises. Ainsi en France, 52% des salariés dans les entreprises industrielles de plus de 50 salariés déclarent avoir passé un entretien individuel d'évaluation en 1997. Cependant, bien que la construction d'un contrat optimal avec évaluation subjective (simplement définie comme un signal dans la plupart des articles) reçoive beaucoup d'attention, il est frappant que l'évaluation au niveau de la firme soit laissée de côté par l'analyse économique. Le but de cet article est d'identifier la logique sous-jacente des entretiens individuels d'évaluation dans le cas de la production individuelle et dans celui de la production collective. Plus particulièrement, l'article cherche à analyser les relations entre l'effort, les salaires dans les firmes et les entretiens individuels d'évaluation. D'un point de vue théorique, les trois articles d'Alchian et Demsetz (1972), de Che et Yoo (2001) et de McLeod (2003) sont très proches du nôtre et, d'un point de vue empirique, l'article récent d'Engelland et Riphahn (2004). Nous testons ici quatre prédictions. D'après la première, les entretiens individuels d'évaluation ont un impact positif sur l'effort. Selon la deuxième, les entretiens individuels d'évaluation augmentent l'effort à travers deux effets : l'effet incitatif classique mais aussi un important effet de sélection. D'après la troisième, les entretiens individuels d'évaluation s'accompagnent de croyances sur le salaire et la reconnaissance du travail. Enfin, les entretiens individuels d'évaluation s'accompagnent de gains monétaires pour les salariés. Nous testons ces prédictions en mobilisant une enquête appariant des données obtenues auprès des firmes et des données obtenues auprès des salariés sur les Changements organisationnels et l'Informatisation en 1997 (Résumé d'auteur).

► Produits de santé

33916

RAPPORT
 VINCK (I.), NEYT (M.), THIRY (N.),
 GHINET (D.), CLEEMPUT (I.),
 RAMAEKERS (D.)
 Federaal Kenniscentrum voor de
 Gezondheidszorg - Centre Fédéral
 d'Expertise des Soins de Santé.
 Bruxelles. BEL

Procédures d'évaluation des dispositifs médicaux émergents.

KCE Reports ; vol. 44B
 Bruxelles : KCE : 2006 : 120 p., tabl., fig.
 Cote Irdes : B5770

<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=627>

Au niveau international, la Belgique occupe une position forte en ce qui concerne l'introduction et

la diffusion de technologies médicales innovantes sur son territoire. En effet, la législation actuelle définit un système unique de remboursement conditionnel des implants et dispositifs médicaux émergents. Bien que cette législation présente de nombreuses opportunités pour la prise en charge d'implants potentiellement novateurs pour lesquels il n'existe que de peu de preuve formelle de leur efficacité et de leur sécurité dans des conditions de terrain, les conventions réalisées dans le cadre de la catégorie 5 souffrent de plusieurs défauts. Le plus important de ceux-ci est l'absence d'une structure de recherche bien établie qui empêche l'évaluation scientifique, à la fin de la convention, de l'efficacité dans des conditions de terrain, du rapport coût-efficacité, des questions éthiques et organisationnelles relatives au nouvel implant. Tout ceci alors que d'importants investissements ont déjà été consentis par l'assurance maladie. De plus, l'absence d'un cadre précis régulant l'introduction des technologies (tels les dispositifs médicaux en général) peut mener à la diffusion de technologies non évaluées et à une mauvaise utilisation des ressources disponibles. En outre, le système de vigilance actuel manque de structure ce qui est un frein à la notion de transparence envers le public et peut engendrer des problèmes de sécurité. Afin de pallier ces problèmes, l'Inami et le Kce ont travaillé conjointement dans ce rapport à l'élaboration d'une nouvelle procédure pour la prise en charge structurée des nouveaux implants et dispositifs médicaux invasifs relevant de la catégorie 5 de l'article 35.

► Recommandations

33935

RAPPORT
 KICKBUSCH (I.) /éd., LISTER (G.) / éd.
 European Foundation Centre.
 Bruxelles. BEL

European perspectives on global health. A policy glossary.

Bruxelles : European Foundation Centre :
 2006 : 70 p.
 Cote Irdes : B5778

http://www.efc.be/ftp/public/ic/Health/EFC_EPGH_GlobalHealthGlossary.pdf

European Perspectives on Global Health: A Policy Glossary sets out a comprehensive framework for a possible European agenda and strategy on global health, recognising Europe's values, unique characteristics and contribution to date in promoting and supporting global health issues; and suggesting an approach and areas for Europe to add value and have significant impact in advancing global health. The Glossary was com-

missioned by the EFC European Partnership for Global Health and produced by a group of global health experts from Europe, Africa, and the Americas, with the support of Fundação Calouste Gulbenkian, The Nuffield Trust, Stiftelsen Riksbankens Jubileumsfond, and the Universal Education Foundation.

MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

► Capital social

34214

DOCUMENT DE TRAVAIL

GLAESER (E.L.), LAIBSON (D.),
SACERDOTE (B.)

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

Cambridge CA. USA

The economic approach to social capital.

Approche économique du capital social.

NBER Working Paper Series ; n° 7728

Cambridge : NBER : 2000/06 : 32 p. + ann.,
tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12868>

To identify the determinants of social capital formation, it is necessary to understand the social capital investment decision of individuals. Individual social capital should then be aggregated to measure the social capital of a community. This paper assembles the evidence that supports the individual-based model of social capital formation, including seven facts: (1) the relationship between social capital and age is first increasing and then decreasing, (2) social capital declines with expected mobility, (3) social capital investment is higher in occupations with greater returns to social skills, (4) social capital is higher among homeowners, (5) social connections fall sharply with physical distance, (6) people who invest in human capital also invest in social capital, and (7) social capital appears to have interpersonal complementarities.

► Modèles

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.

*Hasard 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.

33291

DOCUMENT DE TRAVAIL

BHATTACHARYA (J.), VOGT (W.B.)

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

Cambridge MA. USA

Employment and adverse selection in health insurance.

*Emploi et sélection adverse
dans l'Assurance maladie.*

NBER Working Paper Series ; n°12430.

Cambridge : NBER : 2006/08 : 28 p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

We construct and test a new model of employer-provided health insurance provision in the presence of adverse selection in the health insurance market. In our model, employers cannot observe the health of their employees, but can decide whether to offer insurance. Employees sort themselves among employers who do and do not offer insurance on the basis of their current health status and the probability distribution over future health status changes. We show that there exists a pooling equilibrium in which both sick and healthy employees are covered as long

as the costs of job switching are higher than the persistence of health status. We test and verify some of the key implications of our model using data from the Current Population Survey, linked to information provided by the U.S. Department of Labor about the job-specific human capital requirements of jobs.

DÉMOGRAPHIE-MODE DE VIE

► Cohésion sociale

33975

FASCICULE

FOUGERE (D.), SIDOUM (N.), CUSSET (P.Y.),
VIGNAL (C.), DAMON (J.), ALESINA (A.),
GLAESER (E.L.), GALLAND (O.),
GAUCHON (P.), MUCCHIELLI (L.) et al.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Paris. FRA

Tendances et mutations de la société française

Paris : Centre d'Analyse Stratégique :
2006/10 : 182 p., tabl.
Cote Irdes : B5788

http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_telechargerLaRevue.pdf

Préfigurant le contenu du rapport annuel que le Centre d'analyse stratégique publiera en fin d'année, le dossier de ce deuxième numéro d'Horizons stratégiques est consacré au thème de la cohésion sociale. Comment notre système social se maintient-il malgré l'existence d'inégalités et de disparités ? Quels sont les effets de l'individualisme sur les liens sociaux et familiaux, sur les modes de sociabilité ou sur l'engagement dans la vie de la cité ? En essayant de répondre à ces questions, l'objectif est double. Tout d'abord, contribuer à une approche renouvelée de ces phénomènes et formuler des éléments de diagnostic s'appuyant sur les données les plus récentes. En second lieu, en accord avec la mission plus opérationnelle qui est celle du Centre, éclairer les choix à long terme et aider à concevoir des politiques publiques adaptées. Denis Fougère et Nadir Sidhoum ouvrent le dossier avec une analyse des rapports entre nouvelles inégalités et intégration sociale. Ils montrent comment la montée continue du chômage et de la précarité a favorisé l'apparition d'une nouvelle pauvreté et l'enracinement dans la société française d'un noyau dur de personnes durablement privées d'emploi, concentrées dans certaines zones urbaines ou péri-urbaines. Ce constat les amène à préconiser un plus grand ciblage de

l'action publique, notamment en matière d'emploi et de formation. Complétant cette approche statistique, Pierre-Yves Cusset nous livre un panorama des évolutions du « lien social » en France depuis une trentaine d'années sous l'effet d'un individualisme croissant. Défendant une vision nuancée de ce phénomène, il constate que certaines des transformations dénoncées aujourd'hui - incivilités, distension des liens de solidarité familiale - sont la contrepartie des libertés nouvelles apportées par le processus historique d'individualisation. De son côté, Cécile Vignal s'intéresse aux liens entre mobilité professionnelle, logiques familiales et choix résidentiels. Elle se concentre en particulier sur les facteurs expliquant la mobilité ou au contraire l'ancrage résidentiel des salariés peu qualifiés, licenciés ou au chômage. Elle montre ainsi comment se construisent les compromis qui aboutissent aux décisions des familles lorsqu'elles sont confrontées à des choix professionnels qui impliquent un déménagement. Ses conclusions sont d'autant plus intéressantes qu'elles s'appuient sur une enquête de terrain, réalisée lors de la restructuration d'un site industriel transféré de la Picardie vers la Bourgogne. Pour mieux se connaître, il est souvent bon de se comparer, et le détour par les États-Unis auquel Alberto Alesina et Edward L. Glaeser nous invitent ne peut qu'aider à prendre conscience des forces et faiblesses du compromis social français. Après avoir souligné les différences dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités des deux côtés de l'Atlantique, ils passent en revue les facteurs (institutions politiques, capital social, héritage idéologique, fragmentation de la société, etc.) expliquant nos conceptions radicalement différentes de l'État-providence. Leur texte est précédé d'une introduction de Julien Damon qui le situe dans le contexte américain et donne quelques clés de lecture. Le dossier se clôt sur un débat contradictoire entre Olivier Galland, Pascal Gauchon et Laurent Mucchielli, qui ont tous trois publié ces derniers mois des ouvrages consacrés aux mutations de la société française. Si leurs diagnostics sont souvent divergents, ils se retrouvent en revanche sur certaines préconisations, en particulier celles relatives à l'évolution de nos institutions et à la réforme du système éducatif.

► Histoire professionnelle

33778

DOCUMENT DE TRAVAIL
CASE (A.), PAXSON (C.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.)
Cambridge CA. USA

Stature and status : height, ability and labor market outcomes.

Stature et statut : taille, aptitude et marché du travail.

NBER Working Paper Series ; n° 12466
Cambridge : NBER : 2006/08 : 28 p., tabl.
Cote Irdes : P193

It has long been recognized that taller adults hold jobs of higher status and, on average, earn more than other workers. A large number of hypotheses have been put forward to explain the association between height and earnings. In developed countries, researchers have emphasized factors such as self esteem, social dominance, and discrimination. In this paper, we offer a simpler explanation: On average, taller people earn more because they are smarter. As early as age 3 – before schooling has had a chance to play a role – and throughout childhood, taller children perform significantly better on cognitive tests. The correlation between height in childhood and adulthood is approximately 0.7 for both men and women, so that tall children are much more likely to become tall adults. As adults, taller individuals are more likely to select into higher paying occupations that require more advanced verbal and numerical skills and greater intelligence, for which they earn handsome returns. Using four data sets from the US and the UK, we find that the height premium in adult earnings can be explained by childhood scores on cognitive tests. Furthermore, we show that taller adults select into occupations that have higher cognitive skill requirements and lower physical skill demands.

33912

DOCUMENT DE TRAVAIL
MARC (C.)
Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.)
Noisy-le-Grand. FRA

Les déterminants professionnels et familiaux : une analyse des transitions d'activité.

Noisy-le-Grand : CEE : 2006/11 : 30 p., tabl.
Cote Irdes : B5766

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/determinants_professionnels_familiaux_transition_74.pdf

À partir des données françaises du panel européen des ménages (ECHP) entre 1994 et 2001, cet article appréhende les facteurs individuels,

familiaux et professionnels qui discriminent les transitions d'activité vers le temps partiel, le chômage et l'inactivité par rapport au maintien dans l'emploi à temps plein. Les résultats sont multiples. Au niveau analytique, la prise en compte des composantes de la satisfaction professionnelle, indicateurs de différents aspects de la qualité de l'emploi, améliore la compréhension des comportements de transition d'activité. Au niveau empirique, tout d'abord, les transitions de l'emploi à temps plein vers le chômage et l'inactivité sont influencées par la mauvaise qualité de l'emploi antérieure. Ensuite, il apparaît que la satisfaction salariale n'est pas l'aspect qui discrimine le mieux les transitions entre emploi à temps complet et emploi à temps partiel, chômage ou inactivité. Et enfin, les contraintes familiales et professionnelles pèsent de manière différenciée selon le type de transition et selon le genre, l'influence des variables familiales et des contraintes d'aménagements horaires étant plus marquée pour les femmes. Il faut donc intégrer toutes les dimensions de l'emploi et ne pas se limiter au seul salaire pour appréhender correctement les comportements d'activité (Résumé d'auteur).

33846

RAPPORT
STELLINGER (A.)
Institut Montaigne. Paris. FRA

Sortir de l'immobilité sociale à la française.

Paris : Institut Montaigne : 2006/05 : 61 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5744

http://www.institutmontaigne.org/medias/note_base_def_avec_couv.pdf

Le mythe de la mobilité sociale à la française a finalement volé en éclats. L'ascenseur social, qui fonctionnait jadis très bien chez nous, s'est ébrayé. À la racine de ce mal, on trouve avant tout une trop faible mobilité professionnelle : partout ailleurs, c'est par le travail que l'on accède à la promotion sociale. La France est en fait comme prise au piège de la sécurité de l'emploi qui, malgré ses attraits théoriques, agit comme un frein à la mobilité choisie sur le marché de l'emploi, notamment pour les catégories les plus vulnérables. L'expérience des autres pays le prouve : ce sont ceux qui assument le plus volontiers une certaine précarité pour les nouveaux entrants chez qui l'ascension sociale est la plus forte ensuite. Dans cette note, Anna Stellingner analyse les causes de la faiblesse de la mobilité ascendante en France. Il en ressort quinze propositions concrètes visant à adapter notre système légal et réglementaire pour que, grâce à leur travail, un plus grand nombre de Français puissent enfin à nouveau évoluer professionnellement et socialement vers le haut (Résumé de l'auteur).

► Indicateurs démographiques

33932

RAPPORT, FASCICULE
Eurostat. Office Statistique des Communautés
Européennes. (O.S.C.E.).
Luxembourg. LUX

**Statistical portrait of the
European Union 2007 - 50 years of
the Treaty of Rome establishing the
European Economic Community.**

*Portrait statistique de l'Union européenne 2007
- 50 ans du Traité de Rome établissant la
Communauté Économique Européenne.*
Luxembourg : OSCE : 2006 : 101 p., tabl.,
graph., fig.
Cote Irdes : A3529

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFF-PUB/KS-76-06-276/EN/KS-76-06-276-EN.PDF

Ce document a été publié à l'occasion du 50^e anniversaire de la signature du traité de Rome instituant la Communauté économique européenne (CEE), le 25 mars 2007. Il présente un ensemble d'indicateurs statistiques relatifs à différents domaines couverts par le préambule du traité, qui retrace l'évolution de la Communauté européenne ces cinq dernières décennies. Chacun des huit points couverts par le préambule du traité fait l'objet d'un bref résumé des évolutions politiques et d'une description des statistiques correspondantes. De plus, il a été ajouté à la publication trois autres sections relatives à la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA), au traité Euratom et au traité d'Amsterdam, contenant des informations sur le charbon et l'acier, l'énergie et l'enseignement de la possibilité de se former tout au long de la vie.

► Longévité

33780

OUVRAGE
CAREY (R.) / éd., ROBINE (J.M.) / éd.,
MICHEL (J.P.), CHRISTEN (Y.) / éd.
Fondation IPSEN.
Paris. FRA

Longevity and frailty.

Longévité et fragilité.
New York : Springer-Verlag : 2006 : 161 p., tabl., fig.
Cote Irdes : A3517

Understanding the relationship between frailty and longevity becomes increasingly important as the world continues to age and life expectancy in most countries continues to increase. The articles contained in this book are the outcome of a colloquium sponsored by Fondation IPSEN in

which interdisciplinary perspectives were brought to bear on conceptual, empirical and clinical aspects of this relationship.

33781

RAPPORT
ROBINE (J.M.)
Human longevity. Research issues

**Longévité humaine et fragilité.
Résultats de recherche.**

Montpellier : Université de Montpellier/INSERM-CRLC : 2005 : 76 p., tabl., fig.
Cote Irdes : B5728

Revue bibliographique des recherches concernant la problématique de la longévité : aspects démographiques, les questions épidémiologiques sur l'état de santé des grands vieillards et enfin les données bio-démographiques centrées sur le rôle joué par les marqueurs biologiques et les gènes.

► Mortalité

34112

DOCUMENT DE TRAVAIL
ROBERT-BOBEE (I.), CADOT (O.),
MONTEIL (C.)
Institut National de la Statistique et des
Études Économiques. (I.N.S.E.E.). Direction
des Statistiques Démographiques et sociales.
Paris. FRA

**La mortalité aux grands âges en France :
nouvelles données, nouveaux résultats.**

Paris : INSEE : 2007 : 50 p., fig., tabl., ann.
Cote Irdes : B5791

http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/F0701.pdf

L'Insee a mis en place deux échantillons de mortalité tirés du recensement de 1999 pour étudier la mortalité aux grands âges. L'échantillon Très Grands Âges (TGA) comprend, de façon exhaustive, toutes les femmes de 98 ans ou plus au recensement et les hommes de 94 ans ou plus au recensement de 1999, soit 58 600 personnes; l'échantillon Complément Grands Âges (CGA) résulte d'un tirage parmi les femmes de 85 à 96 ans et les hommes de 85 à 92 ans déclarés au recensement, stratifié par sexe et âge détaillé au recensement (150 000 personnes sélectionnées). Le présent document présente ces échantillons ainsi que des résultats sur la mortalité aux grands âges, par âge détaillé et sexe, ainsi que selon les caractéristiques sociodémographiques des individus (diplôme, catégorie sociale, environnement familial). Les différentiels sociaux de mortalité demeurent importants aux grands

âges, même s'ils ont tendance à s'estomper avec l'avancée en âge. Le document comprend une annexe en anglais décrivant les échantillons et les principaux résultats (Résumé d'auteur).

34200

DOCUMENT DE TRAVAIL

SOARES (R.R.)

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

Cambridge CA. USA

On the determinants of mortality reductions in the developing world.

A propos des facteurs explicatifs de la baisse de la mortalité dans le monde développé.

NBER Working Paper Series; n° 12848

Cambridge : NBER : 2007/01 : 52 p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12837>

This paper presents and critically discusses a vast array of evidence on the determinants of mortality reductions in developing countries. We argue that increases in life expectancy between 1960 and 2000 were largely independent from improvements in income and nutrition. We then characterize the age and cause of death profile of changes in mortality and ask what can be learned about the determinants of these changes from the international evidence and from country-specific studies. Public health infrastructure, immunization, targeted programs, and the spread of less palpable forms of knowledge all seem to have been important factors. Much of the recent debate has revolved around antagonistic approaches, which are not supported by the evidence discussed here. Finally, the paper suggests that the evolution of health inequality across and within countries is intrinsically related to the process of diffusion of new technologies and to the nature of these new technologies (public or private).

► Projections

33325

DOCUMENT DE TRAVAIL

ROBERT-BOBEE (I.)

Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Paris. FRA

Projection de population 2005-2050 pour la France métropolitaine : méthodes et résultats.

Paris : INSEE : 2006/07 : 94 p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : B5657

L'Insee a élaboré de nouvelles projections de population pour la France métropolitaine, entre 2005 et 2050. En effet, depuis 2000, année de départ des dernières projections, la population française a été revue à la hausse suite aux enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005. De plus, la fécondité et les soldes migratoires se sont maintenus à des niveaux plus élevés que ceux introduits alors en projection, et les écarts d'espérances de vie entre les sexes se sont réduits plus fortement que ce qui avait été projeté. Les nouvelles projections s'appuient sur les estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2005 et de nouvelles hypothèses de fécondité, mortalité et migrations, ces trois éléments conditionnant le mouvement de la population. Un ensemble de 27 scénarios a été établi, comprenant un scénario central et des variantes utiles à l'analyse des effets d'un changement d'hypothèse sur les résultats projetés. Le scénario central suppose le maintien de la fécondité à son niveau actuel (1,9 enfant par femme pendant toute la projection), une baisse progressive de la mortalité selon le rythme observé au cours des 15 dernières années, et un solde migratoire de + 100 000 personnes par an, niveau observé en moyenne en 2004-2005. Il conduit à un nombre d'habitants de 70,0 millions en 2050, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005.

33799

RAPPORT

Organisation des Nations Unies. (O.N.U.).

New York. USA

World population prospects.

The 2002 revision. Highlights.

New-York : ONU : 2003 : 22 p.

Cote Irdes : B5736

<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF>

This report presents the highlights from the results of the 2002 Revision of the official world population estimates and projections prepared by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. The 2002 Revision is the eighteenth round of global demographic estimates and projections undertaken by the Population Division since 1950. The full results of the 2002 Revision will be presented in a series of three volumes currently under preparation. The first volume1 will provide the comprehensive tables presenting the major demographic indicators for each country for 1950-2050; the second volume 2 will contain the distributions by age and sex of the population of each country for the period 1950-2050, and the third volume3 will be devoted to an analysis of the results obtained.

► Prospective des métiers

34162

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 Études et des Statistiques. (D.A.R.E.S.).

Paris. FRA

Les métiers en 2015.

Paris : CAE ; la Documentation française :

2007/02 : 235 p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : A3540

http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_m-etiers_2015.pdf

Le rapport conjoint du Centre d'analyse stratégique et de la Dares examine en détail une vingtaine de domaines professionnels (des métiers de l'agriculture à ceux des services aux particuliers) sous l'angle de la demande de travail (combien de personnes vont partir en retraite dans ces métiers? comment va évoluer l'emploi dans les secteurs concernés?), mais aussi de l'offre de travail (quel est le profil des personnes qui sont actuellement dans ces métiers?). Il fait en particulier un zoom sur les métiers de l'aide et des soins aux personnes fragiles, et explicite les enjeux économiques et sociaux du développement et de la professionnalisation de ces emplois.

► Revenus

33808

OUVRAGE

DEMAILLY (D.), RAYNAUD (E.), BACLET (A.), ROUGERIE (C.), CORDIER (M.), HOUDRE (C.) DUGUE (A.), FAURE (P.), ROUSSEL (P.)

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

Paris. FRA

Les revenus et le patrimoine des ménages.

Paris : INSEE : 2006/11 : 115 p., tabl., graph., index

Cote Irdes : A3524

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/REVP-MEN06c.PDF

Ce nouvel ouvrage de la collection Insee-Références présente les indicateurs et les analyses les plus récentes propres à éclairer les débats sur les inégalités monétaires et la pauvreté. Les niveaux de vie et plusieurs aspects de la pauvreté sont mis en perspective sur les dernières années. Un dossier s'intéresse à une population ciblée,

les personnes âgées. Deux autres dossiers traitent de l'épargne salariale, ou des disparités en matière de patrimoine. Une vingtaine de fiches fournissent et commentent les chiffres essentiels sur des thèmes spécifiques, tels que la détention de patrimoine selon la catégorie sociale et les revenus, ou la pauvreté monétaire en Europe.

► Vieillesse

33319

FASCICULE

GODET (M.), MOUSLI (M.)

Conseil d'Analyse Économique. (C.A.E.).

Paris. FRA

Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030.

Paris : La Documentation française : 2005/12 : 293 p., tabl.

Cote Irdes : P117

<http://www.cae.gouv.fr/rapports/dl/063.pdf>

Une vaste étude portant sur les conséquences du vieillissement sur l'évolution des activités de production, de commerce et de services dans les territoires a été lancée en 2004 dans le cadre du programme « Territoires 2030 » de la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT). Ce rapport en retrace les analyses et les conclusions. Il est le fruit d'un travail collectif de deux ans mené par le groupe de prospective présidé par Michel Godet, membre du CAE. Il est publié conjointement par la DIACT et le CAE. La première partie du rapport présente trois scénarios contrastés du vieillissement démographique « gris », « noir » et « rose ». Dans la deuxième partie, on trouvera la synthèse des tendances et incertitudes liées aux conséquences des vieillissements, les enjeux pour l'activité des entreprises et des territoires et quelques pistes d'action proposées par le groupe. Sont ensuite présentés sous forme de fiches techniques les chiffres, les faits et les arguments rassemblés ou élaborés par le groupe au cours de ses travaux (données démographiques, éléments sur les changements à venir dans les comportements et les besoins de la population et sur les possibles retombées de ces changements sur la demande adressée aux entreprises, capacité des entreprises à répondre correctement à la demande et à maintenir un niveau d'activité satisfaisant dans l'ensemble des territoires...).

► Croissance économique

33316

RAPPORT

Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.).

Paris. FRA

La France en transition 1993-2005

Paris : la Documentation française : 2006 :

242 p., tabl., graph.

Cote Irdes : B5656

<http://www.cerc.gouv.fr/rapports/rapport7/rapport-7cerc.pdf>

Cinq ans après le premier rapport de synthèse, quels enseignements nouveaux peut-on tirer d'un examen attentif des faits économiques et sociaux pour enrichir le débat public et aider à la réflexion sur les actions à prolonger ou à entreprendre dans les années à venir ? Le rapport est constitué de trois parties analytiques suivies d'un chapitre final. La première partie concernant le contexte général retrace dans quatre documents les points suivants : la démographie (document A), la croissance et ses facteurs (document B), les prélèvements sociaux et fiscaux et les finances publiques (document C), les transformations de l'État-social (document D). La seconde partie analyse l'emploi, le chômage et les revenus dans trois documents : l'emploi et le chômage (document E), l'évolution des revenus d'activité (document F) et enfin l'évolution du revenu des ménages (document G). La troisième partie traite de certains facteurs affectant la cohésion sociale en quatre documents : les disparités de revenu et de patrimoine (document H), la formation et l'égalité des chances (document I), l'espace vecteur d'inégalités (document J) et la pauvreté (document K). Dans le chapitre final « Entre ombres et lumières », le Conseil a sélectionné, parmi les nombreux constats effectués dans les documents A à K, certains qui se situent dans le droit fil des compétences du CERC et qui lui paraissent particulièrement importants.

34212

DOCUMENT DE TRAVAIL

EHRlich (I.)

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

Cambridge CA. USA

The mystery of human capital as engine of growth or why the US became the economic superpower in the 20th century.

Le mystère du capital humain comme facteur de développement ou pourquoi les États-Unis sont devenu une superpuissance économique au XX^e siècle.

NBER Working Paper Series ; n° 12868

Cambridge : NBER : 2007/01 : 18 p. + ann., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

This paper offers a thesis as to why the US overtook the UK and other European countries in the 20th century in both aggregate and per-capita GDP, as a case study of recent models of endogenous growth where human capital is the «engine of growth». The conjecture is that the ascendancy of the US as an economic superpower owes in large measure to its relatively faster human capital formation. Whether the thesis has legs to stand on is assessed through stylized facts indicating that the US led other OECD countries in schooling attainments per adult population over the 20 century, especially at the secondary and tertiary levels. While human capital is viewed as the direct facilitator of growth, the underlying factors driving the US ascendancy are linked to the superior returns the political-economic system in the US has so far offered individual human capital attainments, both home-produced and imported.

► Chômage

33905

DOCUMENT DE TRAVAIL

CALAVREZO (O.), DUHAUTOIS (R.),

WALKOWIAK (E.)

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

Noisy-le-Grand. FRA

Le chômage partiel : quelles tendances ?

Paris : CEE : 2006/09 : 40 p., tabl., ann.

Cote Irdes : B5760

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/chomage_partiel_tendances_68.pdf

Entre 1995 et 2005, les autorisations de recours au chômage partiel (CP) ont fortement diminué, dans un contexte de passage aux 35 heures et de changement du régime réglementaire du dispositif. Cet article exploratoire vise à identifier des faits stylisés pour caractériser l'évolution

de l'utilisation du CP par les établissements de France métropolitaine, en s'appuyant sur les fichiers mensuels d'autorisation de CP. Ce faisant, il cherche à répondre aux questions suivantes : Observe-t-on une rupture de tendance dans les autorisations de recours au CP suite au passage aux 35 heures et à la modification du régime réglementaire de CP ? En quoi le CP est-il un outil de flexibilité du temps de travail ? Son usage est-il bien conjoncturel, comme la réglementation le prévoit ? Le CP touche-t-il de manière inégale les différentes catégories d'établissements (secteur, taille) ? (Résumé d'auteur).

► Emploi

33909

DOCUMENT DE TRAVAIL
DAVOINE (L.), ERHEL (C.)
Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.).
Noisy-le-Grand. FRA

Monitoring employment quality in Europe : European employment strategy indicators and beyond.

Contrôle de la qualité de l'emploi en Europe. Les indicateurs de la stratégie européenne pour l'emploi et au-delà.
Noisy-le-Grand : CEE : 2006/07 : 25 p., fig., tabl., ann.
Cote Irdes : B5763

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/monitoring_employment_quality_europe_66.pdf

Ce document s'interroge sur la définition de la qualité de l'emploi, et son application dans une perspective comparative. La première partie retrace l'histoire de la notion de qualité de l'emploi, apparue en 2000 au sommet de Lisbonne et formalisée au sommet de Laeken, dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi. La deuxième partie énonce les fondements théoriques d'une approche comparative de la qualité de l'emploi. Dans cette perspective, une question importante est de cerner l'influence que pourraient avoir les institutions, en s'appuyant notamment sur la littérature comparative, sur les relations professionnelles, les systèmes de protection sociale et plus généralement la variété des capitalismes. La troisième partie présente et analyse les résultats empiriques, obtenus à partir de données européennes (LFS, ECHP, enquête de la Fondation du Dublin...). Elle s'appuie sur des analyses en composantes principales pour mettre en lumière des complémentarités entre différentes dimensions de la qualité de l'emploi, et sur des classifications hiérarchiques pour dégager des groupes de pays similaires. Une analyse de données à partir des indicateurs de la

stratégie européenne pour l'emploi est complétée par une approche plus désagrégée, pour chaque dimension définie par l'analyse théorique : les salaires, les conditions de travail, l'éducation et la formation, le genre et les possibilités de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Les résultats confirment l'existence de « modèles » : un modèle nordique, un modèle libéral, un modèle continental et un modèle méditerranéen. Une approche plus désagrégée permet néanmoins de discerner des différences entre pays d'un même modèle (le Portugal sur les questions de genre, ou bien encore le Danemark, où l'effort de formation est plus important encore que ses voisins nordiques) (Résumé d'auteur).

33910

DOCUMENT DE TRAVAIL
FREYSSINET (J.)
Centre d'Études de l'Emploi. (C.E.E.).
Noisy-le-Grand. FRA

L'émergence des politiques de l'emploi (1945-1973).

Noisy-le-Grand : CEE : 2006/07 : 36 p., ann.
Cote Irdes : B5764

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/emergence_politiques_emploi_65.pdf

La période 1945-1973 voit l'émergence, en France, des politiques de l'emploi qui se substituent progressivement aux traditionnelles politiques de la main-d'œuvre. Dans un contexte où la responsabilité du plein emploi relève des politiques macroéconomiques, la politique de l'emploi doit, dans un premier temps, réduire les pénuries quantitatives et qualitatives de main-d'œuvre qui seraient un obstacle à la croissance et à la productivité. L'accélération des restructurations conduit, dans un deuxième temps, à donner la priorité à la gestion des reconversions et au développement du Service public de l'emploi (SPE). Cette évolution s'accompagne d'une part, d'une transformation des modes d'intervention de l'État, qui passent d'un registre normatif à un régime contractuel (Fonds national de l'emploi), d'autre part, de la reconnaissance du rôle croissant assuré par la négociation collective et par les institutions paritaires qu'elle engendre (Unedic, FPC...) (Résumé d'auteur).

33907

RAPPORT
MARCHAL (E.), RIEUCAU (G.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).
Noisy-le-Grand. FRA

Les filières d'embauche.

Une exploitation de l'enquête emploi 2004.
Noisy-le-Grand : CEE : 2006/10 : 109 p., tabl.,
graph., ann.
Cote Irdes : B5762

http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/filieres_embauche_enquete_2004_34.pdf

Ce rapport s'intéresse au lien entre modes de recherche et d'obtention d'un emploi à travers l'exploration de la littérature sur le sujet. Puis, à partir de l'enquête emploi 2004, il examine ce lien plus complexe que ne laisse percevoir la revue de la littérature en dessinant une cartographie des filières d'embauche françaises. Il présente donc la distribution des filières d'embauche en France dans une perspective rétrospective et comparative. La confrontation avec les données britanniques fait ressortir les spécificités françaises. En second lieu, il présente chaque filière d'après le profil des personnes embauchées et celui des emplois procurés. Comparant ensuite les démarches d'obtention et des emplois, il montre dans quelle mesure leur spécialisation contraint l'activité de recherche des individus.

33890

DOCUMENT DE TRAVAIL
TEIRGEIST (P.), GRUBB (D.)
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

**Activation strategies and the performance
of employment services in Germany, the
Netherlands and the United Kingdom.**

*Stratégies d'activation et performance des
services d'aide à la recherche d'emploi en Alle-
magne, Pays-Bas et au Royaume-Uni.*
OECD social - employment and migration wor-
king papers ; 42
Paris : OCDE : 2006/12 : 40 p., fig., tabl.
Cote Irdes : B5755

<http://www.oecd.org/dataoecd/32/22/37848464.pdf>

La question des stratégies pour activer les chô-
meurs avec l'aide de services de l'emploi com-
pétents a continuellement pris de l'importance
dans le débat politique. L'objet de ce rapport est
d'examiner comment les stratégies d'activation
et la performance des services de l'emploi sont

formulées dans trois pays qui ont entrepris des
réformes considérables ces dernières années :
l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

► Revenus

33888

DOCUMENT DE TRAVAIL
MARICAL (F.), MIRA D'ERCOLE (M.),
VAALAVUO (M.), VERBIST (G.)
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

**Publicly-provided services
and the distribution of resources.**

*Services assurés par les administrations
publiques et distribution du revenu.*
OECD social - employment and migration
working papers ; 45
Paris : OCDE : 2006/12 : 58 p., fig., tabl.
Cote Irdes : B5753

<http://www.oecd.org/dataoecd/34/40/37865188.pdf>

Le présent rapport examine les effets sur la dis-
tribution du revenu des services assurés par
les administrations publiques qui confèrent des
avantages directs aux ménages qui en sont bé-
néficiaires. Alors que l'essentiel des données
comparatives sur l'ampleur et l'évolution des
inégalités de revenu dans les pays de l'OCDE
se fonde sur le concept de revenu disponible des
ménages, il est important de prendre en compte
les services assurés par les administrations pu-
bliques pour des raisons aussi bien conceptuel-
les que pratiques : premièrement, parce qu'il est
important, étant donné que la charge fiscale im-
posée aux ménages vient en déduction de leur
revenu imposable, de tenir compte des services
que les administrations publiques fournissent au
moyen de ces impôts, et deuxièmement, parce
que la part des transferts monétaires et des ser-
vices aux ménages dans les dépenses publi-
ques varie fortement d'un pays à l'autre. Après
avoir passé en revue les résultats de recherches
antérieures, le rapport présente des estimations
de l'impact des services publics sur la distribu-
tion statique du revenu des ménages. Ces esti-
mations s'appuient sur deux approches différen-
tes : la première, fondée sur des microdonnées
provenant d'enquêtes auprès des ménages pour
18 pays de l'OCDE, examine les effets des ser-
vices publics dans les domaines de la santé, de
l'éducation et du logement social ; la seconde,
utilisant des données sur les revenus groupés
par décile, élargit cette analyse – en se fondant

sur un ensemble d'hypothèses simplificatrices – à 26 pays de l'OCDE et prend en compte un plus large éventail de dépenses publiques. Bien que ces deux approches débouchent sur des résultats numériques différents, certaines tendances générales se dégagent : Premièrement, les dépenses publiques au titre de la fourniture de services sociaux réduisent sensiblement les inégalités de revenu. Au-delà des différences entre programmes, cette réduction tient essentiellement à une distribution relativement uniforme de ces services dans la population plus qu'à leur ciblage. Deuxièmement, la réduction des écarts entre pays en matière d'inégalité de revenu est forte lorsqu'on considère le rapport inter-quin-tiles, indicateur qui est plus sensible aux deux extrémités de la distribution du revenu, mais beaucoup plus faible lorsqu'on utilise le coefficient de Gini, indicateur qui est plus sensible à la partie centrale de la distribution. Troisièmement, le classement des pays n'est pas fondamentalement bouleversé par la prise en compte des services publics. En d'autres termes, les pays de l'OCDE où l'on observe une plus grande inégalité dans la distribution des revenus monétaires sont aussi ceux où l'inégalité est plus marquée une fois pris en compte les services publics. Globalement, ces résultats montrent que les indicateurs de revenu classiques surévaluent les niveaux d'inégalité effectifs -- même si les données disponibles ne permettent pas d'évaluer comment l'évolution de la fourniture de services publics en nature a influé sur les tendances en matière d'inégalité de revenu dans le temps. Ces résultats soulignent la nécessité de considérer plus systématiquement les effets redistributifs des services publics lorsqu'on évalue la manière dont les politiques menées dans divers domaines contribuent à la réalisation d'objectifs sociaux et économiques, les arbitrages éventuels à opérer entre ces politiques et le degré général d'inégalités au sein de la société.

DOCUMENTATION

► Thèses

33760

RÉPERTOIRE

Atelier National de Reproduction
des Thèses. (A.N.R.T.).
Lille. FRA

Catalogue des thèses disponibles 2006.

Sciences politiques - sciences économiques - gestions.

Lille : ANRT : 2006 : 211 p.
Cote Irdes : A3513

<http://www.anrtheses.com.fr/>

RÉGLEMENTATION

► Produits de santé

34139

RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).
Direction de l'Offre de Soins. (D.O.S.).
Direction Déléguée à la Gestion et à
l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.D.).
Département des Produits de Santé. (D.P.S.).
Paris. FRA

Références juridiques - Produits de santé.

Paris : CNAMTS : 2006/10 : 283 p.
Cote Irdes : C, B5819

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/
References_juridiques_-_Produits_de_sante.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/References_juridiques_-_Produits_de_sante.pdf)

Le guide des « Références juridiques - Produits de santé » rassemble et explicite les textes législatifs et réglementaires ainsi que les instructions émanant du ministère et de la Caisse nationale, qui constituent le fondement juridique de la vie des produits de santé (médicaments et produits et prestations inscrits sur la L.P.P.) : de leur mise sur le marché à leur dispensation en passant par leur admission au remboursement, leur prescription et leurs modalités de prise en charge par l'Assurance maladie. Sa présentation se veut toujours aussi didactique et pratique identifiant clairement les références textuelles en marge à gauche du texte, proposant un glossaire et un index facilitant la recherche par le biais de mots clefs. Les références tiennent compte des textes parus jusqu'au 30 septembre 2006. Leur actualisation intervient de façon annuelle.

► **Index des auteurs**

A

AARLI (J.).....	27
ADEMA (W.).....	34
AFSA (C.).....	26
ALESINA (A.).....	56
ALLIN (S.).....	45, 46, 52
Alzheimer's Society.....	24
APPLEBY (J.).....	39
ARMSTRONG (H.).....	32
ARRONDEL (L.).....	33
ASKIENAZY (D.).....	19
Atelier National de Reproduction des Thèses. (A.N.R.T.).....	64

B

BACLET (A.).....	60
BAJARI (P.).....	55
BARBIER (G.).....	18
BAUDELLOT (C.).....	33
BECK (F.).....	20
BERTOIA (C.).....	24
BERTRAND (Y.).....	36
BESSA (F.).....	15
BHATTACHARYA (J.).....	55
BOUCHARD (L.).....	24
BOURDIN (J.).....	22
BOURIC (S.).....	36
BRICQ (N.).....	17
BRONKHORST (A.).....	15
BROWN (J.R.).....	49
BVA. Boulogne.....	15

C

CADOT (O.).....	58
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).....	64
CALAVREZO (O.).....	61
CAMBERLIN (C.).....	40
CAREY (R.).....	58
CARILLON-COUVREUR (M.).....	16
CASE (A.).....	57
CAWLEY (J.).....	25

Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. (C.L.E.I.S.S.).....	19
CHALOUPEKA (F.J.).....	20
CHARDON (O.).....	60
CHATTERJI (P.).....	20
CHOI (J.).....	30
CHRISTEN (Y.).....	58
CLAVERANNE (J.P.).....	15
CLEEMPUT (I.).....	41, 54
COE (N.B.).....	49
COGAN (F.).....	23
Collège des médecins de famille au Canada. (C.F.P.C.).....	39
COLOMBIER (G.).....	40
Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.).....	40
Commission des Communautés Européennes (C.C.E.).....	32
Commission pour les Questions Conjoncturelles.....	51
Conseil d'Orientation des Finances Publiques. (C.O.F.P.).....	17
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.).....	30
Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.).....	61
Conseil Economique et Social. (C.E.S.).....	19
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	38
Conseil National du Bien-Etre Social. (C.N.B.E.S.).....	35
CORDIER (E.).....	15
CORDIER (M.).....	60
CORLAY (D.).....	36
Cour des Comptes.....	15
CROTT (R.).....	41
CUSSET (P.Y.).....	56
CZART CIESIERSKI (C.).....	20

D

DAB (W.).....	31
DAMON (J.).....	56
DAVE (D.).....	48
DAVIS (K.).....	47
DAVOINE (L.).....	62
DEATON (A.).....	33
DECICCA (P.).....	27
DELFGAAUW (J.).....	50
DEMAILLY (D.).....	60
Département des Produits de Santé. (D.P.S.).....	64
Department of Health. (D.O.H.).....	50

DESPORTES (J.)	19
DEVLIN (N.).....	39
DIAYE (M.A.).....	53
DIMAKOU (S.).....	39
Direction de l'Offre de Soins. (D.O.S.).....	64
Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.D.).....	64
DUA (T.)	27
DUFLOS (G.).....	41
DUGUE (A.).....	60
DUHAUTOIS (R.)	61

E

EHRlich (I.)	61
ERHEL (C.).....	62
ESTABLET (R.)	33
ESTRADE (M.A.).....	60
ETILE (F.).....	33
Eurostat.	58

F

FAGNIEZ (P.L.)	44
FAURE (P.).....	60
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé	20
FELFE (C.)	44
FIGUERAS (J.).....	52
FINKELSTEIN (A.).....	49
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	16
FONTANEL-LASSALLE (M.).....	36
FOUGERE (D.).....	56
FRANK (R.G.).....	49
FRANKE (S.)	24
FREYSSINET (J.).....	62

G

GALLAND (O.).....	56
GAN (L.)	24
GARCIA ALONSO (M.)	43
GARCIA MARINOSO (B.)	43
GAUCHON (P.)	56
GAUTIER (A.).....	20
GAYNOR (M.).....	42
GENISSON (C.).....	18
GHINET (D.).....	54
GILBERT (G.).....	24
GIRAUD (F.).....	16
GLAESER (E.L.).....	55, 56
GODDARD (M.).....	51
GODET (M.)	60
GOLDSMITH (L.).....	53
GONG (G.)	24
GOUX (D.).....	33
GOWERS (A.)	42
GRALL (J.Y.)	41
GRAVELLE (H.).....	38, 51
GREENAN (N.).....	53
GRUBB (D.).....	63
GRUBER (J.).....	47
GUILBERT (P.).....	20
GURGAND (M.).....	33
GUTERMAN (S.)	47

H

HAAN (P.).....	27
HANUSHEK (E.A.)	25
Health Canada.....	45
HEALY (J.).....	45
HERRING (B.)	48
HOLMGREN (A.L.).....	48
HONG (H.).....	55
HOSTENKAMP (G.)	29
HOUDRE (C.).....	60
House of Commons. Committee of Public Account....	38
HUBBARD (R.G.)	23
HURLEY (J.).....	53
HUTCHISON (B.)	53
HUYBRECHTS (I.)	41

I

Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.)22

J

JAMISON (D.T.)	25
JAMISON (E.A.)	25
JANCA (A.)	27
JOURDAIN-MENNINGER (D.)	21

K

KAESTNER (R.)	43, 48
KAISERGRUBER (D.)	19
KAKWANI (N.)	36
KENKEL (D.)	27
KERVASDOUE (J. de)	5
KESSLER (D.P.)	23
KHAN (N.)	43
KHWAJA (A.)	55
KICKBUSCH (I.)	54

L

LACOMBE (A.)	19
LAIBSON (D.)	55
LAKDAWALLA (D.)	49
LANCRY (P.J.)	37
LANNELONGUE (C.)	21
LEHRER (S.F.)	17
LENOIR (C.)	36
Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	44
LETARD (V.)	18
LEYS (M.)	40
LI (J.)	42
LIM (J.Y.)	27
LIN (S.J.)	43
LINDEBOOM (MA.)	24
LISTER (G.)	54
LOKUGE (B.)	45

M

MAAG (E.)	34
MARC (C.)	57
MARCHAL (E.)	63
MARICAL (F.)	63
MARINI (P.)	17
MARTINENT (E.)	15
MASSERIA (C.)	45
MASSON (A.)	33
MATHESON (L.)	24
MATHIOS (A.)	27
MAURIN (E.)	33
MBOUNA (N.)	15
MCCABE (J.F.)	28
MEARA (E.)	49
MERCIER (M.)	37
MESSING (K.)	26
METTE (C.)	28
MEYER (L.)	36
MICHEL (J.P.)	58
Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (M.S.S.S.)	42
MIRA D'ERCOLE (M.)	63
MIRALDO (M.)	51
Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France. (M.I.P.E.S.) ..	33
MITCHELL (J.)	28
MONTEIL (C.)	58
MORRIS (S.)	38
MOSSIALOS (E.)	45, 52
MOUSLI (M.)	60
MUCCHIELLI (L.)	56
MUSCA (X.)	31
MUSCETTA (A.)	27

N

NEYT (M.)	54
NIGET (G.)	19
NOUVEAU (C.)	33

O

Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. (O.E.D.T.)	22
Office of Fair Trading. (O.F.T.)	43
Office Statistique des Communautés Européennes. (O.S.C.E.)	58
OLIVIER (P.)	19
Organe International de Contrôle des Stupéfiants. (O.I.C.S.)	21
Organisation des Nations Unies. (O.N.U.)	59
OSTLIN (P.)	26

P

PARKIN (D.)	39
PAULUS (D.)	40
PAULY (M.V.)	48
PAXSON (C.)	57
PERETTI-WATEL (P.)	20
PORTRAIT (F.)	24
PREVOST (P.)	36

Q

QUEISSER (M.)	29
---------------------	----

R

RAMAEKERS (D.)	40, 41, 54
RAYNAUD (E.)	60
RIES (R.)	52
RIECAU (G.)	63
ROBERT-BOBEE (I.)	58, 59
ROBINE (J.M.)	58
ROUGERIE (C.)	60
ROUSSEL (P.)	60
ROUSSET (G.)	15
ROUSSILLE (B.)	21
ROY (J.F.)	24

S

SACERDOTE (B.)	55
SAINTOYANT (V.)	36
SCHERER (F.M.)	42
SCHOEN (C.)	47
SCHOENBAUM (S.C.)	47, 48
SCHULZ (E.)	23
SHARMAN (E.)	45
SHIH (T.)	47
SHIN (Y.J.)	27
SICILIANI (L.)	51
SIDOUUM (N.)	56
SIMON (K.)	47
SMITH (P.C.)	50, 51
SOARES (R.R.)	59
SOLDO (B.J.)	28
SON (H.)	36
SOOD (N.)	49
SOUSA PEREIRA (N.)	17
STEINER (V.)	27
STELLINGER (A.)	57
STOLPE (M.)	29
STREET (A.)	50
SUTTON (M.)	38

T

TEIRGEIST (P.)	63
TFAILY (R.)	28
THIERRY (M.)	36
THIRY (N.)	54
THOMSON (S.)	52
THORNHILL (J.)	46
TOMPSON (W.)	51

U

Union nationale des Sociétés Étudiantes Mutualistes régionales. (U.S.E.M.)	31
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. (U.R.C.A.M.)	23
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France. (U.R.C.A.M.)	37
United States General Accounting Office. (G.A.O.)	34
URDANIVIA (M.W.)	53

V

VAALAVUO (M.).....	63
VALEYRE (A.)	26
VAN DEN BERG (J.)	24
VAN DE WATER (G.).....	40
VAN KEMENADE (S.)	24
VAN LIEMPT (S.)	24
VAN WILDER (P.)	41
VENINGA (J.)	24
VERBIST (G.)	63
VIENNE (P.)	21
VIGNAL (C.)	56
VINCK (I.)	54
VINOT (D.).....	15
VLAYEN (J.)	40
VLEUGELS (A.).....	40
VOGT (W.B.)	42, 55
VRIJENS (F.).....	41

W

WAGSTAFF (A.).....	35
WALKOWIAK (E.).....	61
WEINBAUM (I.)	47
WESCHLER (H.)	20
WHITEFORD (P.).....	34
WHITEHOUSE (E.)	29

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

► Alzheimer's Society

Gordon House
10, Greencoat Place
London SW1P 1PH UK

☎ +44 (0) 20 7306 0606

Fax : 020 7306 0808

email : enquiries@alzheimers.org.uk

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

► Assemblée Nationale

126, rue de l'Université
75007 Paris

☎ 01 40 63 60 00

<http://www.assemblee-nationale.fr/>

► Atelier National de reproduction des Thèses

9, rue Auguste-Langelier
59046 Lille Cedex

☎ 03.20.30.86.73

Fax : 03.20.54.21.95.

<http://www.anrtheses.com.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

<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)

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.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.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.S. (Conseil Économique et Social)

9, av. d'Iena

75775 Paris Cedex 16

☎ 01 44 43 60 00

Fax : 01 44 43 61 87

<http://www.conseil-economique-et-social.fr/>

► C.H.E. (Centre for Health Economics)

University of York

The Publications Office Heslington

York YO1 5DD

Royaume-Uni

☎ 00 44 1904 433 648

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

► **C.H.E.P.A. (Centre for Health Economics and Policy Analysis)**

Health Sciences Centre 3H1 McMaster
University 1200 Main Street West Hamilton
Ontario, Canada L8N 3Z5
☎ (905)-525-9140 ext.22122
email : chepa@mcmaster.ca

► **C.H.S.R.F. (Canadian Health Services Research Foundation)/F.C.R.S.S. (Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé)**

1565, av. Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1 - Canada
☎ 00 1 613 7282238
Fax : 00 1 613 728 3527
<http://www.chsrf.ca>

► **C.L.E.I.S.S. (Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale)**

(Ex C.S.S.T.M. : Centre de Sécurité Sociale des Travailleurs Migrants)
11, rue de la Tour des Dames
75436 Paris Cedex 9
☎ 01 45 26 33 41
Fax : 00 49 95 06 50
<http://www.cleiss.fr/>

► **C.N.A.M.T.S. (Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés)**

26-50, av. du Professeur André-Lemierre
75986 Paris Cedex 20
☎ 01 72 60 10 00
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

► **C.N.B.E.S. (Conseil national du bien-être social)**

112, rue Kent
Place de Ville, Tour B
Ottawa (Ontario) K1A 0J9
Canada
☎ 00 1 613 957 2961
Fax : 00 1 613 957 0680
email : ncw@magi.com
http://www.ncwcnbes.net/index_f.htm

► **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.O.F.P. (Conseil d'orientation des Finances Publiques)**

Premier Ministre
57, rue de Varennes
75007 Paris
☎ 01 42 75 80 00

► **C.O.R. (Conseil d'orientation des retraites)**

113, rue de Grenelle
75007 Paris
<http://www.cor-retraites.fr/>

► **C.R.L.C.C. (Centre Régional de Lutte contre le Cancer)**

Centre Val d'Aurelle
Parc Euromédecine
34094 Montpellier Cedex 5

► **C.T.N.E.R.H.I. (Centre Technique National d'Etude 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
<http://www.ctnerhi.com.fr/>

► **Cabinet Office**

70 Whitehall
London SW1A 2 AS
Royaume-Uni
☎ 020 7276 1234
<http://www.cabinetoffice.gov.uk/>

► **Campden Publishing Limited 1st Floor**

1-3 St John's Square
London EC1M 4PN
Royaume-Uni
☎ 44 (0) 20 7214 0500
Fax : 44 (0) 20 7214 0501/0502
<http://www.campden.com>

► **Centre d'Économie de la Sorbonne**

Maison des Sciences Économiques
106-112 bd de L'Hôpital
75647 Paris Cedex 13
☎ 01 44 07 81 00
Fax : 01 44 07 81 09
<http://mse.univ-paris1.fr/index.html>

► **City University. Department of economics**

Northampton Square,
London EC1V 0HB
Royaume-Uni

► **Collège des Médecins de Famille du Canada**

2630, av. Skymark
Mississauga, Ontario -L4W 5A4
Canada
<http://www.cfpc.ca/>

► **Commonwealth Fund (The)**

One east 75th street
New York, NY 10021.2692
États-Unis
☎ 00 1 212 535 0400
Fax : 00 1 212 606 3500
email : cmwf@cmwf.org
<http://www.cmwf.org>

► **Compagnies de recherche pharmaceutiques du Canada**

1220 - 55, rue Metcalfe
Ottawa (Ontario) K1P 6L5
Canada
☎ (613) 236-0455 ext. 831
Fax : (613) 236-6861
email: flessard@canadapharma.org
<http://www.canadapharma.org>

► **Cour des Comptes**

13, rue Cambon
75001 Paris
☎ 01 42 98 95 00
Fax : 01 42 60 01 59
<http://www.ccomptes.fr/>

D

► **D.H.O.S. (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)**

Ministère de la Santé
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 49 63

► **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/>

E

► **E.F.C. (European Foundation Centre)**

51, rue de la Concorde
1050 Bruxelles
Belgique
☎ 32.2.512.8938
Fax : +32.2.512.3265
email : efc@efc.be
<http://www.efc.be>

► **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

► **Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure**

45, rue d'Ulm
75230 Paris Cedex
☎ 01.44.32.29.70
Fax : 01.44.32.36.82
email : ulm-editions@ens.fr
<http://www.presses.ens.fr>

► **G.R.A.P.H.O.S (Groupe de Recherche Appliquées aux Pratiques Hospitalières et aux Organisations de Soins)**

18, rue Chevreul
69362 Lyon Cedex 07
☎ 04 78 78 77 62
<http://www.ifross.com/>

► **Groupe BPI**

16, rue Vivienne
75002 Paris
☎ 01 55 35 75 26
Fax : 01 55 35 77 09
email : publications@groupe-bpi.com
<http://www.groupe-bpi.com>

F

► **Fonds CMU (ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie)**

Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris
☎ 01 58 10 11 90
Fax : 01 58 10 11 99
<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

G

► **G.A.O. (US General Accounting Office)**

441 G Street NW, Room LM
Washington DC 20548
États-Unis
☎ 00 1 202 512 6000
Fax : 00 1 202 512 6061
<http://www.gao.gov/>

H

► **Health Canada / Santé Canada**

Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9 Canada
☎ 00 1 613 957 5366
Fax : 00 1 613 941 5366
<http://www.hc-sc.ca/>

► **HM Treasury**

The Public Enquiry Unit
1 Horse Guard Road
London SW1A 2HQ
Royaume-Uni
☎ 00 44 2072 704 558
email : public.enquiries@hm-treasury.uk
<http://www.hm-treasury.gov.uk>

I

► **I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé) / C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information)**

377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Canada

☎ 00 1 613 241 8120
Fax : 00 1 613 241 8120
<http://www.cihi.ca>

► **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.cohesionsociale.gouv.fr/>

► **I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé)**

(Ex : CFES, *Centre Français d'Éducation pour la Santé*)

42, bd de la Libération
93203 St-Denis Cedex

☎ 01 49 33 22 22

<http://www.inpes.sante.fr>

► **I.N.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

► **Institut Montaigne**

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris

☎ 01 58 18 39 29

Fax : 01 58 18 39 28

email : info@institutmontaigne.org

<http://www.institutmontaigne.org/>

► **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/>

► **I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)**

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9

PO Box 7240

53072 Bonn

Allemagne

☎ 00 49 228 3894 0

Fax : 00 49 228 3894 510

email : iza@iza.org

<http://www.iza.org/>

J

► **John F. Kennedy School of Government**

79 John F. Kennedy Street

Cambridge

MA 02138 États-Unis

☎ (617) 495-5444

Fax: (617) 496-0001

email: research_administration@ksg.harvard.edu

<http://www.ksg.harvard.edu/>

K

► **KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg/Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé)**

Résidence Palace
Wetstraat 155
Rue de la Loi
B-1040 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 287 33 88
<http://www.kenniscentrum.fgov.be>

► **Kiel Institute for the World Economy Düsternbrooker**

Weg 120
24105 Kiel
Allemagne
☎ +49+431-8814-1
Fax: +49+431-85853
email : info@ifw-kiel.de

M

► **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
<http://www.finances.gouv.fr/>

► **M.I.P.E.S. (Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France)**

Région Ile-de-France
35, Bd des Invalides
75007 Paris
☎ 01 53 85 66 96
Fax : 01 53 85 74 09
email : mipes@iledefrance.fr
<http://www.ile-de-france.pref.gouv.fr/mipes/presentation.htm>

► **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>

N

► **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>

O

► **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.oecd.org/publications/0,2743,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html

• **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

<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

<http://www.turpin-distribution.com>

• CONSULTATION DES DOCUMENTS :

à la Documentation Française

► **O.F.T. (Office of Fair Trading)**

Fleetbank House

2-6 Salisbury Square

London EC4Y 8JX

Royaume-Uni

<http://www.of.gov.uk>

► **O.I.C.S. (Organe International
de Contrôle des Stupéfiants)**

Centre international de Vienne

Bureau E-1339 BP 500

1400 Vienne

Autriche

☎ (43 1) 26060-0

Fax : (43 1) 26060 5867

<http://www.incb.org>

email : secretariat@incb.org

► **O.M.S.**

(Organisation Mondiale de la Santé)

Avenue Appia

CH 1211 Genève 27

Suisse

☎ 00 41 22 791 21 11

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

<http://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.N.U. (Organisation des Nations Unis)**

Publication Room DC2-853

New York 10017

États-Unis

☎ 00 1 212 963 8302

<http://www.un.org/Publications>

► **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

<http://www.europa.eu.int/comm/eurostat>

► **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

Réseau d'agents de vente :

http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

=> France

S

► S.E.C.O. (Secrétariat d'État à l'économie)

Effingerstrasse 1
3003 Berne
Suisse
☎ 031 322 42 27 / 031 322 62 72
Fax : 031 323 50 01
[email: jules.bietry@seco.admin.ch](mailto:jules.bietry@seco.admin.ch)

► 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>

► Springer-Verlag NewYork

175 5th Ave
New York, NY 10010
États-Unis
☎ +1 212-477-8200
<http://www.springer.com>

► Stationery Office Limited

TSO Orders/Post Cash Dept
PO Box 29
Norwich
NR3 1GN
Londres
Royaume-Uni
☎ 44 (0)870 242 2345
Fax : 44 (0)870 242 2346
[email: support@tso.co.uk](mailto:support@tso.co.uk)

T

► Tinbergen Institute Rotterdam

Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam
Pays-Bas
☎ +31(0)10 408 8900
Fax: +31(0)10 408 9031

U

► U.R.C.A.M. (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)

71, bd Vivier Merle
69003 Lyon
M. Christophe Claude,
Chef de projet Besoins de soins
☎ 04 78 63 72 32
[email : christophe.claude@assurance-maladie.fr](mailto:christophe.claude@assurance-maladie.fr)

► U.R.C.A.M. de Bretagne (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne)

Département Communication
40/42, rue St-Louis
CS 36420
35064 Rennes cedex
☎ 02 23 40 14 20
Fax : 02 23 40 47 18
<http://www.santebretagne.com>

► U.R.C.A.M. d'Ile-de-France (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France)

17, place de l'Argonne
75935 Paris Cedex 19
☎ 01 40 05 68 20
Fax : 01 40 05 63 82
[email : urcam.paris@wanadoo.fr](mailto:urcam.paris@wanadoo.fr)
<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/>

► **U.S.E.M.(Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales)**

116, rue du Bac
75007 Paris
☎ 01.44.18.37.87
Fax : 01.44.18.94.75
<http://www.usem.fr>

► **University of York**

Department of economics
and related studies York
Y010 5DD
Royame-Uni
☎ (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

► **Urban Institute (The)**

2100 M Street N.W
Washington, DC 20037
États-Unis
http://isbndb.com/d/publisher/urban_institute_press.html

► Calendrier des colloques

► **La relation au cœur des soins et de la santé : congrès de l'ASI 2007**

Montreux Renseignement :
Suisse Marion Ebel Bürki
Secrétariat central de l'ASI
Choisystrasse 1
Case postale 8124
3001 Berne - Suisse
☎ (+41) 31 388 36 33
Fax : (+41) 31 388 36 35
9 au 11 mai 2007 email : kongresse@sbk-asi.ch

► **The 4th International Evidence Based Library & Information Practice Conference**

Chapel Hill-Durham, NC Renseignement :
USA email : ebli4@listserv.unc.edu
6 au 11 Mai 2007 <http://www.ebli4.unc.edu/index.html>

► **International Conference : Towards Sustainable Global Health**

Bonn Renseignement :
Allemagne Jens Marson
Associate Office and Conference manager
International Human Dimensions Programme on
Global Environmental Change (IHDP)
Walter-Flex-Strasse - 3
D-53113 Bonn – Allemagne
☎ +49 (0) 228 739050
Fax : +49 (0) 228 739054
email : marson.ihdp@uni-bonn.de
<http://www.ihdp.org/>
9 au 11 Mai 2007 Programme : <http://www.gemini.de/global-health/>

► **Social, Cultural and Economic Determinants of Health :
International Perspectives for Global Action
1st International Conference of the journal Public Health,
Journal of the Royal Institute for Public Health**

Lisbonne Renseignement :
Portugal Tracy Collier
☎ +44 (0) 1295 253334
Fax : +44 (0) 1295 253334
email : publichealth@elsevier.com
9 au 11 Mai 2007 <http://www.publichealth.elsevier.com/programme.htm>

► **Séminaire européen : les métiers de la gérontologie**

Marseille Renseignement :
France Lila Badri
Institut de Gérontologie Sociale
148, rue Paradis BP 2
13251 Marseille Cedex 20
☎ (00 33) 4 91 37 03 79
Fax : (00 33) 4 91 37 19 73
11 au 12 Mai 2007 email : igs-marseille@wanadoo.fr

► **Health Economics 2007**

Bruxelles Renseignement :
Belgique 29 Bressendan Place
SWIE 5DR
London – Royaume Uni
© +44 (0) 20 7017 7481
Fax : +44(0) 20 7017 7823
email : registrations@informa-ls.com
15 au 16 Mai 2007 <http://www.informa-ls.com/healthconomics>

► **38^e congrès de la CBPQ « Les perspectives d'avenir : Fonctions, Réseaux, Relations »**

Gatineau Renseignement :
Québec Corporation des Bibliothécaires
Professionnels du Québec
353, rue Saint-Nicolas, bureau 103
Montréal – Québec H2Y 2P1
© (514) 845-3327
email : info@cbpq.ca
16 au 18 Mai 2007 <http://www.cbpq.qc.ca>

► **12th Annual Int. Meeting Int. Society for Pharmacoeconomics & outcomes Research**

Virginia USA Renseignement :
email : info@ispor.org
19 au 23 Mai <http://www.ispor.org/Events/Index.aspx?eventId=11>

► **XIV^e Colloque National de Démographie**

Bordeaux Renseignement :
France Chantal Blayo
IEDUB 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

► **RC28 Spring meeting ISA Research Committee on Social Stratification and Mobility**

BRNO Renseignement :
Tchéquie Petr Mateju
Department of Sociology of Education
and Stratification
Institut of Sociology
Jilska 1,
110 00 Prague 1 – République tchèque
Tél/Fax : +420 222 220 678
email : 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
24 au 27 Mai 2007 <http://www.soc.cas.cz/rc28/info/en/25011/Registration.html>

▮ **Colloque « Éthique et santé humanitaire »**

Lyon Renseignement :
 France Université Claude Bernard Lyon 1
 Site de Gerland
 50, av. Tony Garnier
 69007 Lyon
 8 juin 2007 <http://www.cesh.org>

▮ **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 :
 Italie Stefania Tomasini
 ☎ +39 (0)51 648 09 27
 email : stefania.tomasini@prometeia.it
 Catherine Mathieu
 ☎ +33 (0)1 44 18 54 37
 8 juin 2007 email : catherine.mathieu@ofce.sciences-po.fr

▮ **19^e 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^e siècle**

Vancouver, BC Renseignement :
 Canada email : canada2007@iueconference.org
 10 au 15 Juin 2007 <http://www.iuhpeconference.org/fr/index.htm>

▮ **Stigma! Vaincre les discriminations en santé mentale :
 Troisièmes rencontres internationales du CCOMS**

Nice Renseignement :
 France Centre Collaborateur de
 l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS)
 pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale
 45, av. du Maréchal-Lyautey – Résidence Europe
 59370 Mons-en-Baroel
 ☎ +33 (3)20 43 71 00
 Fax : (+33)3 20 43 71 15
 email : cocom@epsm-lille-metropole.fr
 12 au 15 juin 2007 <http://www.epsm-lille-metropole.fr/> rubrique CCOMS

▮ **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
 email : news.contact@oecd.org
 27 au 30 juin 2007 www.oecd.org/forummondialocde/istanbul

▮ **Conférence européenne. Les inégalités de santé en Europe : une approche régionale**

Bordeaux Renseignement :
 France European Network of
 Regions Improving Citizen's Health /Région Aquitaine
 29 juin 2007 email : conf-sante@aquitaine.fr

► **4^e Université d'été francophone en santé publique**

Besançon Renseignement :
 France Solène Boichat
 Université d'été francophone en santé publique
 Faculté de médecine et de pharmacie,
 Place St-Jaques
 25030 Besançon Cedex
 ☎ 03 81 66 55 75
 Fax : 03 81 66 58 69
 1^{er} au 6 juillet 2007 email : sboichat@univ-fcomte.fr

► **2nd ANPR Conference : Assessment and Action for Healthy Settings**

St-John's Newfoundland & Labrador Renseignement :
 Angela Drake
 Canada ANPR conference 2007
 SafetyNet, Suite 300, 95 Bonaventure Avenue
 Memorial University of Newfoundland,
 St-John's, NL A1B 2X5 – Canada
 email : adrake@mun.ca
 4 au 6 juillet 2007 <http://www.med.mun.ca/anpr2007/pages/welcomeANPR.htm>

► **Explorations in Health Economics: 6th Ihea World Congress**

Copenhagen Renseignement :
 Danemark International Health Economics Association
 435 East Durham Street,
 Philadelphia PA 19119-1223 USA
 ☎ 215 242 1196
 8-11 juillet 2007 email : conference@healtheconomics.org

► **Equity, Ethics and Right to health : Challenges in a Globalized World**
4th Brazilian Congress on human and Social Science
10th Latin-American Congress on Social Medicine
14th International Congress on Health Policy

Salvador Bahia Renseignement :
 Brésil Alvaro Matida
 Executive Secretary of the Brazilian
 Association on Collective Health
 Abrasco
 Rio de Janeiro – Brésil
<http://www.abrasco.org.br/>
 Programme :
 13 juillet 2007 <http://www.congressosalvador2007.com.br/ingles/apresentacao/index.php>

► **Economics of Health European The Health Economics Summer School of the Science Days in Steyr 2007 and 2008**

Steyr Renseignement :
 Autriche European Science Days Steyr
 c/o Dr. Alexandra Suess
 email : a.suess@ewts.at
 12 au 18 juillet 2007 <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 Renseignement :
USA email : premus@premus2007.org
26 au 30 août 2007 <http://www.premus2007.org/>

SEPTEMBRE 2007

► Colloque interdisciplinaire (économie, anthropologie, sociologie, droit) : Économie informelle, travail au noir. Enjeux économiques et sociaux

Marne-la-vallée Renseignement :
France Université de Marne-la-Vallée
email : eco-informelle@cee-recherche.fr
17 septembre 2007 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 <http://www.healthpromotionethics.eu/>

OCTOBRE 2007

► 19th international conference on epidemiology in occupational health (EPICOH 2007)

Banff, Alberta - Canada Renseignement :
9 octobre 2007 email : epicoh2007@med.ualberta.ca

► Congrès de l'ALASS (Association Latine d'Analyse des Systèmes de Santé) CALASS 2007 Sécurité Sanitaire

Marseille Renseignement :
France <http://www.cesh.org/>
25 au 27 octobre 2007 <http://www.alass.org/>

► Equitable Access : Research challenges for health in developing countries

Pékin Renseignement :
Chine Pan American health Organization
29 octobre au 2 novembre 2007 http://www.globalforumhealth.org/Site/000__Home.php

NOVEMBRE 2007

▮ Colloque francophone sur les sondages

Marseille Renseignement :
France Colloques Sondages 2007
Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur
23, rue Stanislas-Torrents
13006 Marseille
email : sondages2007@cereq.fr

5 au 7 novembre 2007 <http://www.cereq.fr/sondages2007/>

▮ Congrès pluri-thématique 2007

Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?

Montpellier Renseignement :
France Société française de santé publique
2, av. du Doyen Jacques-Parisot, BP 7
54501 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex
☎ +33 (0)3 83 44 39 17
Fax : +33 (0)3 83 44 37 76
email : congres@sfsp.info

22 au 24 novembre 2007 <http://www.sfsp.info/manifestations/congres2007>

▮ Les Journées de veille sanitaire

Paris Renseignement :

France Appel à communication (au plus tard le 24 mai 2007) :
29 au 30 novembre 2007 email : appelcomJVS2007@invs.sante.fr

DÉCEMBRE 2007

▮ International conference on Social Statistics and Ethnic Diversity : Should we count, how should we count and why ?

Montréal - Canada Renseignement :
6 au 8 décembre 2007 <http://www.ciqss.umontreal.ca/en/SSED/index.html>

■ Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Tarif d'abonnement 2007 : 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

Directrice de la publication	Chantal Cases
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Diffusion	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
Mise en page	Nicole Guervin
