

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Mai - Juillet 2009

■ Service Documentation

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

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01

► Présentation

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

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

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

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

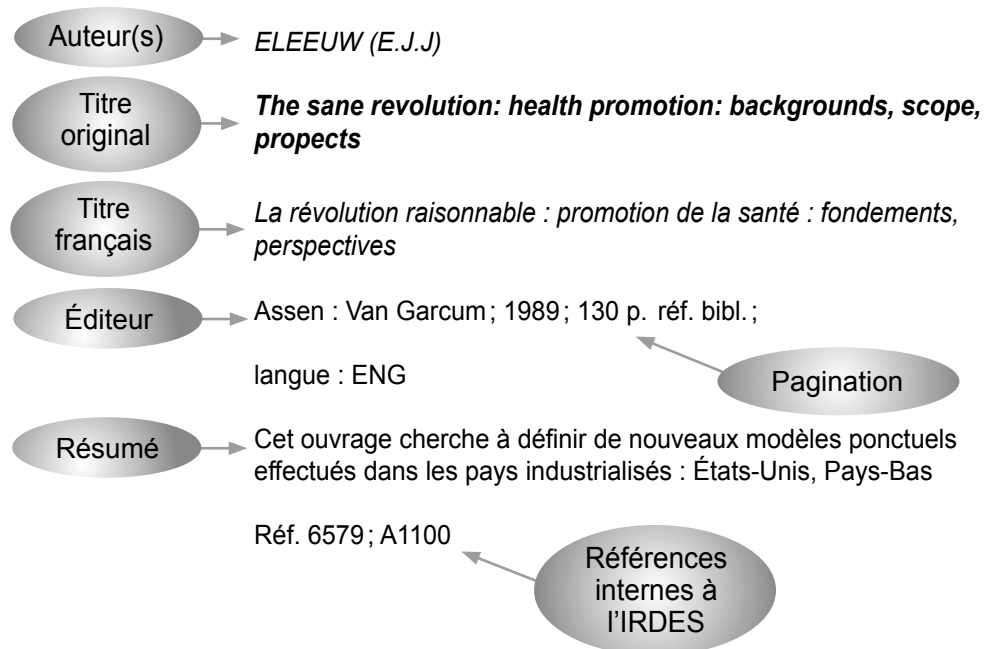
L'IRDES est disponible sur Internet.

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

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

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


► Comment lire une notice?



► Signification des abréviations

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

Sommaire



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

► Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

17 POLITIQUE DE SANTÉ

| | |
|--------------------------|----|
| Droits des malades | 17 |
| Handicap..... | 17 |
| Offre de soins | 18 |
| Performance..... | 18 |
| Plan cancer..... | 22 |
| Psychiatrie..... | 22 |
| Réformes | 23 |

23 PROTECTION SOCIALE

| | |
|---|----|
| Accidents du travail..... | 23 |
| Affections de longue durée..... | 23 |
| Assurance dépendance..... | 24 |
| Assurance maladie | 24 |
| Assurance privée | 25 |
| Couverture sociale | 27 |
| Etudes d'ensemble | 27 |
| Financement..... | 27 |
| Financement de la Sécurité sociale..... | 28 |
| Justice sociale | 28 |
| Politique sociale | 29 |
| Protection complémentaire..... | 29 |
| Retraite | 30 |
| Soins transfrontaliers..... | 31 |

31 PRÉVENTION SANTÉ

| | |
|------------------------------|----|
| Accidents | 31 |
| Cancer | 32 |
| Éducation pour la santé..... | 32 |

33 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSES DE SANTÉ

| | |
|----------------------------------|----|
| Capital santé..... | 33 |
| Consommation pharmaceutique..... | 33 |
| Consommation médicale..... | 33 |
| Coût de la maladie | 34 |
| Coût de la santé | 35 |
| Dépenses de santé..... | 35 |
| Dépenses pharmaceutiques..... | 38 |
| ONDAM..... | 39 |

39 ÉTAT DE SANTÉ

| | |
|-----------------------------|----|
| Alcoolisme | 39 |
| Cancer | 40 |
| Comportement de santé | 40 |
| Drogues | 41 |
| Enfance et santé | 42 |
| Maladies rares..... | 42 |
| Obésité..... | 42 |
| Ostéoporose | 43 |
| Santé et travail | 43 |

45 PERSONNES ÂGÉES

| | |
|-------------------------------------|----|
| Établissements d'hébergement..... | 45 |
| Participation sociale | 46 |
| Prise en charge médico-sociale..... | 46 |
| Recours aux soins..... | 47 |
| Retraite | 48 |
| Soins informels..... | 49 |
| Soutien à domicile..... | 50 |
| Viellissement en bonne santé | 52 |
| Viellissement des handicapés | 52 |

Consultation à l'écran :

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

53 INÉGALITÉS DE SANTÉ

| | |
|------------------------------------|----|
| Accès aux soins | 53 |
| Effets contextuels | 53 |
| Inégalités sociales de santé | 54 |
| Migrants | 58 |
| Pauvreté | 58 |
| Sans-domicile fixe | 59 |
| Soins dentaires..... | 59 |

59 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

| | |
|------------------------------|----|
| Distances d'accès | 59 |
| Planification sanitaire..... | 60 |

61 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

| | |
|-----------------------------------|----|
| Démographie médicale..... | 61 |
| Études d'ensemble | 61 |
| Formation médicale continue | 61 |
| Modes de rémunération..... | 62 |
| Permanence des soins | 63 |
| Pratique médicale | 63 |
| Prévention..... | 64 |
| Qualité des soins..... | 64 |
| Recrutement..... | 65 |
| Relations médecin-malade..... | 65 |
| Réseaux de santé | 66 |

66 HÔPITAL

| | |
|-----------------------------------|----|
| Chirurgie ambulatoire | 66 |
| Comparaisons internationales..... | 67 |
| Financement..... | 68 |
| Gestion hospitalière | 68 |
| Hospitalisation à domicile | 68 |
| Infections nosocomiales | 70 |
| Information des usagers | 71 |
| Organisation hospitalière..... | 71 |
| Planification hospitalière..... | 73 |
| Qualité des soins..... | 73 |
| Réseau ville/hôpital..... | 73 |
| Sondages..... | 74 |

74 PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

| | |
|---------------------------------|----|
| Migrations internationales..... | 74 |
| Modes de rémunération..... | 75 |
| Soins de longue durée..... | 76 |

76 MÉDICAMENTS

| | |
|--------------------------------|----|
| Bioproduction | 76 |
| Industrie pharmaceutique | 76 |
| Innovation médicale..... | 77 |
| Médicaments antibiotiques..... | 78 |
| Politique du médicament | 78 |
| Prescriptions..... | 79 |
| Prix | 79 |
| Régulation..... | 81 |

82 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

| | |
|-----------------------------------|----|
| Australie..... | 82 |
| Belgique..... | 82 |
| Canada | 84 |
| Comparaisons internationales..... | 84 |
| Espagne..... | 84 |
| Estonie | 85 |
| États-Unis | 85 |
| Europe | 87 |
| Italie..... | 88 |
| Lettonie | 88 |
| Norvège | 89 |
| Pays-Bas | 89 |
| Pays scandinaves | 90 |
| Royaume-Uni..... | 90 |
| Suède..... | 90 |
| Roumanie | 91 |

91 PRÉVISION - ÉVALUATION

| | |
|-----------------------|----|
| Microsimulation | 91 |
| Psychothérapie..... | 92 |
| QALY..... | 92 |

93 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

| | |
|------------------------------|----|
| Analyse de survie..... | 93 |
| Analyse spatiale | 94 |
| Évaluation contingente | 94 |
| Modélisation | 95 |
| Revue systématique..... | 96 |
| Sociologie de la santé..... | 96 |
| Vignettes..... | 97 |

97 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

| | |
|--------------------------|----|
| Théorie économique | 97 |
|--------------------------|----|

98 RÉGLEMENTATION

| | |
|-----------------------------------|----|
| Droit de la Sécurité sociale..... | 98 |
| Handicap..... | 98 |
| Obligation alimentaire | 98 |

AUTRES RUBRIQUES

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Index des auteurs | 101 |
| Carnet d'adresses des éditeurs | 111 |

Encarts publicitaires

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Revue Cinésiologie..... | 14 |
| Journal d'économie médicale | 125 |



Cinésiologie

Revue Internationale des médecins du sport
Revue officielle de formation continue du sport, Membre fondateur de l'ANFORMES
Siège social : 79, rue de Tocqueville, 75017 Paris
Revue créée en 1962
E-mail : monroche@sport-medical.org

Pourquoi vous abonner ? ... ou vous réabonner ?

Parce que votre abonnement vous permet :

- de garder **vos** indépendance.
- d'être plus **performants** et **innovants**.
- de **défendre** l'exercice quotidien de la **Médecine du Sport** dans tous ses aspects.

Grâce à sa **rubrique professionnelle**, **CINESIOLOGIE** est la **seule** revue de Médecine du Sport qui permet de **vous informer** en priorité de **l'évolution** de **l'exercice** de la Médecine du Sport à partir de **documents contrôlés**.

S'abonner à **CINESIOLOGIE** c'est aussi avoir un accès à la fois à des articles de fond et de pratique quotidienne.

CINESIOLOGIE et INTERNET :

Pour les internautes : nous vous invitons à interroger www.cinesiologie.com ou www.sport-medical.org
Les abonnés peuvent ainsi bénéficier (grâce à un code personnel) de nouveaux services et recevoir par voie postale moyennant un coût restreint des articles scientifiques ou des rubriques professionnelles.

Vous recevrez en même temps que la première Revue 2009
votre code confidentiel d'accès au site

*Ce document à conserver tient lieu de **reçu fiscal** :*
*S'abonne à **Cinésiologie 2009** : soit **100 Euros***

Banque : Chèque N° : Date :

Bon pour un abonnement à la Revue Cinésiologie : Année 2009
(du N° 245 au N° 248) soit 5 numéros dont un numéro double l'été

Tarif individuel : 100 € l'année

Tarif pour envois groupés (même adresse) :

5 abonnements à 430 € (au lieu de 500€), soit **86 € l'abonnement** au lieu de 100 € :

Adresse où doit être envoyé Cinésiologie :

Adresse E-mail pour l'envoi de votre code d'accès@.....

Conformément à l'article 27 de la loi informatique et liberté, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Sauf opposition de votre part, ces informations pourront être utilisées par des tiers.

Cinésiologie, la Revue Internationale des Médecins du Sport, 1, rue d'Alsace 49100 Angers.
E-mail : monroche@sport-medical.org

► Références bibliographiques

D Droits des malades

40181

RAPPORT

LEONETTI (J.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Rapport d'information relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2 tomes (rapport et auditions).

Paris : Assemblée nationale : 2008 : 2 vol. (305p.+700p.), ann.

Cote Irdes : B6616/1-2

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie s'est attachée à définir les procédures de limitation et d'arrêt de traitement des patients, qu'ils soient ou non en fin de vie et qu'ils puissent ou non exprimer leur volonté. Ce texte a proscri l'acharnement thérapeutique, exigé transparence et collégialité médicale dans les procédures d'arrêt de traitement et imposé qu'en pareille situation les patients bénéficient des soins palliatifs. Cependant à la suite d'une douloureuse affaire où une femme atteinte d'une tumeur des sinus a demandé à la société une assistance au suicide, des questions se sont fait jour sur la pertinence de cette loi. Réalisé à la demande du gouvernement français, ce rapport évalue l'impact de cette loi ainsi que l'organisation et le financement des soins palliatifs en France. En se basant sur des expériences et des législations étrangères, il émet ensuite une série de propositions destinées à améliorer la situation en France

40725

RAPPORT

LH2 Opinion. Paris. FRA, Collectif

Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA

Le baromètre des droits des malades.

Paris : LH2 Opinion, Paris : CISS : 2009/02 : 21p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/090302_BarometreDroitsMalades_Mars2009_Resultats.pdf

A l'occasion du 7e anniversaire de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé, le CISS publie les résultats de son baromètre 2009 qui confirme les enseignements des années précédentes : si les Français restent très confiants vis-à-vis de leur médecin et jugent majoritairement

leur système de santé comme performant, ils sont toujours aussi nombreux à le considérer comme inégalitaire. Il existe sur cette question une double fracture : géographique et sociale (pour respectivement 56 % et 54 % des Français). L'exposition aux refus de soins est fortement liée à la situation financière des personnes (3 % des Français disent y avoir été confrontés en population générale mais 13 % parmi ceux ayant des bas revenus), et les bénéficiaires de la CMU en constituent la majorité des victimes (plus de 60 %). Du côté de la qualité de l'information sur le coût des soins et sur leur prise en charge, une courte majorité (55 %) l'estime encore bonne, mais le pourcentage est en baisse de 4 points par rapport à 2008. Les Français restent massivement favorables à l'informatisation des données de santé à la condition que soit systématiquement recueilli leur consentement (88 %), de même qu'aux contraintes à l'installation en matière de démographie médicale (71 %) (Résumé annuel sécu).

D Handicap

40712

RAPPORT

Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité. Paris. FRA

Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap

Paris : La documentation française : 2009 : 130p., tab.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000070/0000.pdf>

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, prévoit dans son article 3 que le Gouvernement dépose, sur le bureau des assemblées parlementaires, à l'issue des travaux de la Conférence nationale du handicap, après avoir recueilli l'avis du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNC-PH), un rapport sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées (article L. 114-2-1 du code de l'action sociale et des familles). Tel est l'objet du présent rapport qui fait suite à la première Conférence nationale du handicap qui s'est tenue le 10 juin 2008, conformément aux dispositions prévoyant la tenue de cette conférence tous les trois ans.

► Offre de soins

39204

RAPPORT

BERNIER (M.), PAUL (C.)

Assemblée Nationale. Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales. Mission d'Information sur l'Offre de soins sur l'Ensemble du Territoire. Paris. FRA

Rapport d'information de la Mission d'Information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Rapport d'information ; 1132

Paris : Assemblée nationale : 2008/09 : 206p.

Cote Irdes : B6568

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

Ce rapport, dont l'objet est de préparer l'examen du projet de loi «Hôpital, patients, santé et territoires», formule trente propositions d'action visant à donner aux pouvoirs publics les moyens de piloter efficacement le niveau et la répartition de l'offre de soins, afin de garantir aux Français un égal accès aux soins de premier recours ; à structurer l'offre de « soins de premier recours » de façon efficace, efficiente et attractive pour les professionnels de santé ; et à adapter les formations médicales et paramédicales aux besoins de santé des territoires.

► Performance

39113

DOCUMENT DE TRAVAIL

SIRVEN (N.), SANTOS-EGGIMANN (B.), SPAGNOLI (J.)

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

Comparability of health care responsiveness in Europe using anchoring vignettes from Share.

Comparabilité des réponses à l'enquête Share par l'utilisation de vignettes-étalons.

Document de travail Irdes ; 15

Paris : Irdes : 2008/09 : 15p.

Cote Irdes : DT15

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT15ComparabilityHealthCareResponsEurope.pdf>

The aim of this paper is to measure and to correct for the potential incomparability of responses to the SHARE survey on health

care responsiveness. A parametric approach based on the use of anchoring vignettes is applied to cross-sectional data (2006-07) in ten European countries. More than 6,000 respondents aged 50 years old and over were asked to assess the quality of health care responsiveness in three domains : waiting time for medical treatment, quality of the conditions in visited health facilities, and communication and involvement in decisions about the treatment. Chopit models estimates suggest that reporting heterogeneity is influenced by both individual (socio-economic, health) and national characteristics. Although correction for differential item functioning does not considerably modify countries ranking after controlling for the usual covariates, about two thirds of the respondents' self-assessments have been re-scaled in each domain. Our results suggest that reporting heterogeneity tends to overestimate health care responsiveness for «time to wait for treatment», whereas it seems to underestimate people's self-assessment in the two other domains.

39132

RAPPORT

Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.). Ottawa ON. CAN, Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.). Ottawa ON. CAN

Comprendre les méthodes de classement relatives à la santé.

Ottawa : ICIS : 2007 : 20p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

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

Des rapports sur les classements en matière de santé, publiés périodiquement, donnent toutes sortes d'évaluations de la santé des Canadiens et des systèmes de santé; occupons-nous, par exemple, le cinquième ou le vingt-cinquième rang ? Cela nous amène à nous demander lequel des classements est le plus convenable. Ce rapport méthodologique spécial aidera les lecteurs à comprendre et à évaluer les rapports qui classent l'état de santé ou le rendement du système de santé d'un pays, d'une province ou d'un territoire. Le rapport décrit les composantes et processus qui sont à l'origine des classements en matière de santé et explore les raisons pour lesquelles de tels classements peuvent être difficiles à interpréter. Le rapport comporte également une liste de vérification en langage simple pouvant être utilisée comme ressource d'évaluation critique au moment de la lecture des rapports sur les classements en matière de santé.

39408

RAPPORT, INTERNET
CEBOLLA (B.), BJORNBERG (J.)
Health Consumer Powerhouse. Bruxelles.
BEL

Euro Consumer Diabetes Index 2008 Report.

L'indice européen des consommateurs de soins du diabète 2008.

Bruxelles : Health Consumer Powerhouse :
2008/09 : 53p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.healthpowerhouse.com/files/edi-2008/2008-euro-diabetes-index-report.pdf>

L'Indice de soins du diabète compare les systèmes de soins à travers l'Europe en se plaçant du point de vue du consommateur. Dans cinq catégories comportant 26 indicateurs de performance, la Finlande affiche un score de 698 points sur un maximum de 1000. L'Indice européen des consommateurs de soins du diabète fournit le tout premier classement des services européens de soins du diabète à travers cinq domaines clés : l'information, les droits et le choix du consommateur, la générosité, la prévention, l'accès aux procédures et les résultats. L'indice de soins du diabète est élaboré à partir de statistiques publiques et de recherches indépendantes.

39446

RAPPORT, INTERNET
SHEKELLE (P.G.), LIM (Y.W.), MATTKE (S.), DAMBERG (C.)
Health Foundation. Quest for Quality and Improved Performance. (Q.Q.I.P.). Londres.
GBR

Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review.

La publication des résultats de performance améliore-t-elle la qualité des soins ? Une revue systématique.

Londres : Health Foundation : 2008 : 46p., fig., tabl. ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.health.org.uk/publications/research_reports/performance_results.html

It is now acknowledged that the NHS should be reporting on outcomes. What remains less well understood is just what should be measured, how performance should be reported and what effect it may have. In the context of the NHS Next Stage Review, with its emphasis on quality measurement and increased re-

porting on outcomes, there is a need to review the best evidence about the impact of public reporting on improving performance in healthcare. This report from The Health Foundation reviews the international evidence on this issue. It tests current theory that the public release of performance data can increase the accountability of healthcare providers and motivate organisational quality improvement activities. The report tackles this by looking at the impact of reporting on selection and change. It explores whether public release prompts improvements in effectiveness, patient safety and patient centredness. The report offers robust evidence in an active area of policy. Despite major improvements in healthcare, quality gaps persist. The report backs the current direction of policy by showing that transparent systematic, data-driven performance measurement and feedback have a key role in quality improvement. The study offers suggestions for implementation, finding that public release of outcome data can stimulate change at the level of the hospital. However, it has little effect on consumer selection of provider.

39768

OUVRAGE
ROSS BAKER (G.), MACINTOSH-MURRAY (A.), PORCELLATO (C.), DIONNE (L.)

High Performing Healthcare Systems : Delivering Quality By Design.

Systèmes de santé à haute performance : délivrer des soins de qualité à dessein.

Toronto : Longwoods Publishing :2008; 293p.

Cote Irdes : B6594

Improvements in science, technology and care have offered the promise of better healthcare and improved health. But many healthcare systems have been unable to cope with the acceleration of knowledge growth, thus creating a gap between the care that is possible and the care that is delivered. Many commentators bemoan the inconsistent quality and increasing costs of current healthcare and fear the future burdens posed by aging populations and the costs of adopting emerging therapeutic and diagnostic innovations. Providing consistent, high-quality care is a challenge even in the countries that spend the most on healthcare (Institute of Medicine 2001). The increasing complexity of healthcare systems in industrialized countries has further exacerbated the quality chasm, thereby leading to a healthcare delivery system that is complicated, inefficient and uncoordinated. Improving the safety and quality of care is an increasingly important ob-

jective in all health systems. Advances in measurement have helped to highlight variations between organizations, and across regional and national health systems;

39769

OUVRAGE, INTERNET
WISMAR (M.), MCKEE (M.), ERNST (K.),
SRIVASTAVA (D.), BUSSE (R.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.
DNK, European Observatory on Health
Systems and Policies. Brussels. BEL ,
Observatoire Européen des Systèmes et
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health Targets in Europe : Learning from experience.

Les objectifs santé en Europe : tirer les leçons de l'expérience.

Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 177p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/document/e91867.pdf>

As this volume shows, targets, when designed and applied appropriately, constitute an effective governance tool at national, sub-national and local levels. They can help to define policies and set priorities, involve stakeholders and build consensus, guide the collection of intelligence and evaluation, develop legislation and incentives and guide the allocation of funds and purchase of services. Health targets can be particularly instrumental in supporting policies that go beyond the health care services on to other key sectors addressing the broader socioeconomic determinants of health. This book is therefore very much welcomed as it will help to expand our knowledge on the strengths and limitations of targets. It can assist policymakers to better understand what it takes to set targets adequately, how to embed them within health strategies and how best to link them with other governance tools and strategies. The book will also be instrumental in achieving a better understanding of the contextual factors conducive to the successful use of health targets. WHO, together with the other partners of the Observatory, is thus happy to present this volume which will make an important contribution to the arsenal of evidence to improve the governance of health systems.

39787

RAPPORT
Health Consumer Powerhouse. Bruxelles.
BEL

Euro Health consumer index 2008.

Indice européen des consommateurs de soins de santé 2008.

Bruxelles : Health Consumer Powerhouse : 2007 : 51p., tabl.

Cote Irdes : B6596

L'Indice européen des consommateurs de soins de santé propose un classement annuel des systèmes nationaux de soins de santé européens au travers de facteurs clés pour le consommateur. L'Indice est déterminé à partir d'une combinaison de statistiques publiques et de recherches indépendantes et il est présenté sous la forme d'une matrice conviviale et respectueuse du consommateur. L'Indice est établi par Health Consumer Powerhouse, un centre d'étude et d'information établi à Bruxelles. Cet Indice classe les systèmes nationaux des soins de santé en se plaçant du point de vue du consommateur. Le système de soins français, montré en exemple en Europe il y a encore deux ans, est aujourd'hui juste au-dessus de la moyenne, selon l'édition 2008. Première du classement en 2006, troisième en 2007, la France est tombée à la 10e place parmi les systèmes nationaux des 31 pays examinés. Le classement annuel évalue six domaines : les droits et l'information des patients, la santé électronique, les délais d'attente de traitements, les résultats, l'étendue et la portée des services fournis, les produits pharmaceutiques. Dans les 34 indicateurs de performance, la France affiche un score de 695 points sur 1000, loin derrière les 839 points attribués aux Pays-Bas, premier du classement 2008. Le retard de la France en matière d'informatique santé et l'instauration du parcours de soins sont mis en cause.

39835

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
RICE (N.) , ROBONE (S.) , SMITH (P.C.)
University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

International Comparison of Public Sector Performance: The Use of Anchoring Vignettes to adjust Self-Reported Data.

Comparaison internationale de la performance du secteur public. Utilisation des vignettes d'ancrage pour ajuster les données de santé subjective.

HEDG Working Paper; 08/28

York : HEDG : 2008/11 : 32p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_28.pdf

International comparison of performance has become an influential lever for change in the provision of public services. For health care, patients' views and opinions are increasingly being recognized as legitimate means for assessing the provision of services, to stimulate quality improvements, and more recently, in evaluating system performance. This has shifted the focus of analyses towards the use of individual-level surveys of performance from the perspective of the user and raises the issue of how to compare appropriately self-reported data across institutional settings and population groups. This represents a major challenge for all public services, the fundamental problem being that comparative evaluation needs to take account of variations in social and cultural expectations and norms when relying on self reported information. Using data on health systems responsiveness across 18 OECD countries contained within the World Health Survey, this paper outlines the issues that arise in comparative inference that relies on respondent self-reports. The problem of reporting bias is described and illustrated together with potential solutions brought about through the use of anchoring vignettes. The utility of vignettes to aid cross-country analyses and its implications for comparative inference of health system performance are discussed.

40144

RAPPORT , INTERNET
ESMAIL (N.), WALKER (M.)

Fraser Institute. Vancouver. Canada

***How good is Canadian Health Care ?
2008 report : an international comparison of
health care systems.***

*Quelle est la qualité du système de santé
canadien ? Rapport 2008 : une comparaison
internationale des systèmes de santé.*

Vancouver : The Fraser Institute : 2008/12 :
122p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fraserinstitute.org/
commerce.web/product_files/
HowGoodisCanadianHealthCare2008.pdf](http://www.fraserinstitute.org/commerce.web/product_files/HowGoodisCanadianHealthCare2008.pdf)

This study compares Canada to other OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) countries that guarantee access to health care insurance regardless of ability to pay. Twelve indicators of access to health

care and outcomes from the health care process are examined including access to physicians, access to high-tech medical equipment, and key health outcomes.

40544

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de)

Très cher santé.

Paris : Perrin : 2009 : 227p., 5 tab.

Cote Irdes : A3848

A l'heure où des voix s'élèvent pour dénoncer la logique d'économie et de rationnement qui serait à l'oeuvre dans notre système de soins, la lecture de l'essai de Jean de Kervasdoué est roborative. Dans *Très cher santé*, ce professeur d'économie de la santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) - qui fut directeur des hôpitaux au ministère de la santé entre 1981 et 1986 -, veut pourfendre les idées simplistes qui circuleraient sur la santé en France. Selon lui, notre système de soins, bien que toujours marqué par l'excellence, est au bord de la faillite. Le problème est loin de se résumer au fameux trou de la Sécu : il résulterait d'un certain immobilisme des acteurs, oscillant entre corporatisme médical libéral et syndicalo-corporatisme hospitalier. L'auteur n'en est pas à son premier diagnostic négatif sur le système de santé : en dénoncer les errements est devenu sa spécialité. *Très cher santé* a ainsi le mérite, tout autant que le défaut, d'embrasser largement son sujet, balayant tous les aspects du système de soins, du financement de l'assurance-maladie à la médecine générale, en passant par l'hôpital, la tarification à l'activité, les performances comparées de la France avec les autres pays. A chaque fois, le même constat, martelé de page en page : le système de santé est rétif à tout changement qui pourrait remettre en cause certains acquis. Comme le tonneau des Danaïdes, il voudrait être toujours plus alimenté financièrement sans rendre de comptes à personne : En médecine, le raisonnement économique est soit ignoré, soit combattu car de facto considéré comme illégitime, déplore M. Kervasdoué. Si la maladie du système est bien cernée, le traitement que voudrait lui appliquer l'auteur laisse plus perplexe. Car ce que prône l'ancien haut fonctionnaire - plus de rationnement et de maîtrise médico-économique - ne se distingue guère de la ligne suivie par l'actuel gouvernement. Ainsi du projet de loi «Hôpital, patients, santé, territoire», présenté par la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, et qui arrive en discussion à l'Assemblée nationale le 10 février. L'auteur

a beau dénoncer «l'étatisation et la bureaucratization» dont il serait porteur, il en approuve, en filigrane, les grandes lignes. Il reste cependant sceptique sur la capacité des pouvoirs publics à surmonter le jeu des lobbies. Et de relever que «l'Etat craint la profession médicale et n'ose pas l'affronter, même mollement, au Parlement, où elle a des relais».

► Plan cancer

40558

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

Evaluation du plan Cancer 2003-2007. Rapport final.

Paris : La documentation Française :
2009/01 : 495p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000084/0000.pdf>

Lancé par le président de la République en 2003, le « plan de mobilisation nationale » contre le cancer couvre la période 2003-2007. Ce plan est repris par la loi de santé publique de 2004 qui en fait un des cinq plans stratégiques nationaux. L'une de ses spécificités est de définir une stratégie globale de lutte contre le cancer, intégrant les différents domaines d'intervention (observation, prévention, dépistage, organisation des soins, accompagnement social et recherche). Il intègre par ailleurs la constitution d'une agence dédiée (l'INCa). Dès son lancement, le plan cancer envisageait la mise en place d'un dispositif d'évaluation de politique publique. Afin de s'assurer de la justesse des actions du plan, il a été décidé de mesurer leurs impacts auprès des bénéficiaires, des professionnels de santé et de la société civile. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été mandaté par le ministre en charge de la santé pour l'évaluation du plan cancer, par lettre du 9 janvier 2008. L'évaluation des plans de santé publique est l'une des missions importantes du HCSP. Ce projet a constitué, pour le HCSP, la première évaluation finale d'un plan stratégique. Cette évaluation complète les travaux de la Cour des Comptes sur la mise en oeuvre du plan, dont le rapport a été publié en juillet 2008.

► Psychiatrie

40361

RAPPORT
COUTY (E.) , CECCHI-TENERINI (R.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA, Inspection Générale des Affaires
Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.

Paris : MSSPS : 2009/01 : 86p., tabl., cartes
Cote Irdes : B6634

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

La commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, présidée par Edouard Couty, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), a remis son rapport le 29 janvier 2009. La commission rappelle que les troubles psychiatriques sont responsables de 12 000 suicides par an et que l'augmentation prévisible des maladies mentales est «une préoccupation» pour l'ensemble des pays européens et plus particulièrement pour la France. Le plan «psychiatrie et santé mentale 2005-2008» vise déjà à faire évoluer la prévention et l'offre de soins. Selon la commission, la création des agences régionales de santé et les nouvelles orientations en matière d'organisation territoriale des établissements de santé et de gouvernance hospitalière rendent néanmoins nécessaire une loi qui intègre les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des familles et des proches des malades. Parmi les différentes recommandations, la commission privilégie notamment le repérage et le diagnostic précoce, un accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, ainsi que l'organisation renouvelée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus. Le rapport contient en annexe de nombreuses données statistiques et cartographiques sur les pathologies psychiatriques et sur la planification et l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie en France.

► Réformes

40543

OUVRAGE
PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Paris : Presses Universitaires de France :
2009 : 128p.

Cote Irdes : A3847

L'ensemble des pays développés cherche aujourd'hui à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Mais pourquoi augmentent-elles ? Pourquoi sont-elles plus élevées et croissent-elles plus rapidement dans certains pays que dans d'autres ? La réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de vingt ans. Pourtant, dans d'autres pays, des solutions, souvent contrastées, ont été trouvées pour faire face à la croissance de la demande de soins. Alors que se prépare en France une nouvelle réforme du système de santé, cet ouvrage en expose explicitement les enjeux : peut-on encore concilier les objectifs contradictoires que sont l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, la viabilité financière du système, la liberté et le confort des patients comme des professionnels de la santé ?

(caisses régionales et CGSS) : politique de prévention dynamisée, mobilisation sur des risques prioritaires (cancers professionnels, risques routiers, TMS), vigilance face aux risques émergents (risques psychosociaux, biologiques), coordination renforcée pour plus d'efficacité, accompagnement des efforts de prévention des entreprises, actions concrètes avec les professions, partenariats (services de santé au travail, services d'aide à la personne, ORST), optimisation de l'offre de formation à la sécurité et à la santé au travail...Le rapport d'activité fournit également les dernières statistiques 2007 AT/MP.

► Affections de longue durée

39789

RAPPORT
DOOR (J.P.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales. Paris. FRA, Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.S.). Paris. FRA

Rapport d'information sur les affections de longue durée.

Paris : Assemblée Nationale : 2008 : 217p.,
tabl., ann.

Cote Irdes : B6597

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1271.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) de se pencher sur la question des affections de longue durée (ALD). Ce sujet, en raison des enjeux sanitaires et humains qu'il représente mais aussi de son poids financier, est central pour l'avenir de l'assurance maladie. Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 indique ainsi qu'en matière d'assurance maladie, « le défi majeur pour l'équilibre des comptes réside dans la progression rapide des dépenses prises en charge en totalité par le régime obligatoire, au titre notamment du dispositif des affections de longue durée ». Cette question très sensible touche en effet au cœur même du « pacte social » de 1945. Elle est à relier à l'importance croissante des maladies chroniques et revêt une nouvelle acuité depuis que l'idée de mettre en place un « bouclier sanitaire » a été évoquée. Ce rapport rappelle l'intérêt du système actuel de prise en charge des ALD (I) et le poids de plus en plus pré-

PROTECTION SOCIALE

► Accidents du travail

39159

RAPPORT, INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).
Direction des Risques Professionnels.
(D.R.P.). Paris. FRA

Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale. Compte-rendu d'activité 2007.

Paris : CNAMTS : 2008 : 38p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/compte_rendu_dactivite_atmp_2007.pdf

Ce document présente les trois missions de la branche accidents du travail/maladies professionnelles du régime général (prévenir les risques, les tarifier et réparer les sinistres), mais aussi aux actions réalisées avec son réseau

pondérant qu'il représente pour l'assurance maladie (II) ; il souligne aussi que le régime d'exonération ne permet pas toujours d'assurer la qualité de la prise en charge médicale et son équité financière (III) et propose plusieurs voies d'amélioration, dont la création du bouclier sanitaire (IV).

▮ Assurance dépendance

40143

INTERNET , RAPPORT
PINGUET (J.), MONTSERRAT (G.)
Centre National de la Recherche Scientifique.
(C.N.R.S.). Paris. FRA, Ecole Polytechnique.
Laboratoire d'Econométrie. Paris. FRA

Long-Term Care: risk description of a Spanish portfolio and economic analysis of the timing of insurance purchase.

Soins de longue durée : description du risque pris en charge par un portefeuille de contrats d'assurance espagnol et analyse économique des motivations à l'acquisition d'une assurance.

Cahier . n° 2008-03

Paris : Ecole Polytechnique : 2008 : 25p.

Cote Irdes : en ligne

<http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/31/04/PDF/2008-06-20-1729.pdf>

Ce papier analyse les motivations à l'achat de l'assurance dépendance, à partir d'une analyse statistique de données d'assurance et de l'utilisation d'un modèle de cycle de vie. Nous faisons un bref survol des arguments en faveur et en défaveur de l'achat d'assurance dépendance. Ensuite des lois d'occurrence de dépendance irréversible et de durée de vie dans cet état sont estimées sur un portefeuille de contrats d'assurance d'une mutuelle espagnole. Des effets calendaires sont estimés, conjointement avec les effets de l'âge et du genre. Ces résultats statistiques sont ensuite inclus dans un modèle de cycle de vie d'épargne et d'achat d'assurance. Une application numérique de ce modèle est proposée, qui conduit à un âge d'achat de quarante ans.

▮ Assurance maladie

39212

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
CUFF (C.) , HURLEY (J.) , MESTELMAN (S.)
ET AL. , MULLER (A.)
McMaster University. Center for Health
Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).
Hamilton ON. CAN

Public and Private Health Care Financing with Alternate Public Rationing Rules.

Financements public et privé des systèmes de soins avec des règles alternées de régulation publique.

Chepa working paper series ; 07-07

Hamilton : McMaster University : 2007 : 38p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf%2fCHEPA+WP+07-07.pdf&tabid=130&mid=450>

We develop a model to analyze alternative health care financing arrangements. Health care is demanded by individuals varying in income and severity of illness. There is a limited supply of health care resources used to treat individuals, causing some individuals to go untreated. We examine outcomes under full public finance, full private finance, and mixed, parallel public and private finance under two rationing rules for the public sector: needs-based rationing and random rationing. Insurers (both public and private) must bid to obtain the necessary health care resources to treat their beneficiaries. While public insurer's ability-to-pay is limited by its (fixed) budget; the private insurers willingness-to-pay reflects the individuals' willingness-to-pay for care. When permitted, the private sector supplies supplementary health care to those willing and able to pay. We find that the introduction of a private sector diverts treatment from relatively poor to relatively rich individuals. Moreover, if the public system allocates care according to need, then the average severity of the untreated is higher in a mixed system than in a pure public system. While we can unambiguously sign most comparative static effects for a general set of distribution functions, an analysis of the relationship between public sector rationing and the scope for a private health insurance market requires distributional assumptions. For a bivariate uniform distribution function we find that the private health insurance market is smaller when the public sector rations according to need as compared to random allocation of health care.

39185

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
FAIRLIE (R.W.), LONDON (R.A.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Race, Ethnicity and the Dynamics of Health Insurance Coverage.

Race, étnicité et la dynamique de la couverture assurance maladie.

Discussion Paper; 3708

Bonn : The Institute for the Study of Labor :
2008/09 : 52p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3708.pdf>

Using matched data from the 1996 to 2004 Current Population Survey (CPS), this working paper examines racial patterns in annual transitions into and out of health insurance coverage. Its first decomposes racial differences in static health insurance coverage rates into group differences in transition rates into and out of health insurance coverage. The low rate of health insurance coverage among African-Americans is due almost entirely to higher annual rates of losing health insurance than whites. Among the uninsured, African-Americans have similar rates of gaining health insurance in the following year as whites. Estimates from the matched CPS also indicate that the lower rate of health insurance coverage among Asians is almost entirely accounted for by a relatively high rate of losing health insurance. In contrast to these findings, differences in health insurance coverage between Latinos and whites are due to group differences in both the rate of health insurance loss and gain. Using logit regression estimates, it also calculates non-linear decompositions for the racial gaps in health insurance loss and gain. It finds that two main factors are responsible for differences in health insurance loss between working-age whites and minorities: job loss and education level. Higher rates of job loss account for 30 percent of the health insurance gap for African-Americans and Asians, and 16 percent of the health insurance gap for Latinos. Lower levels of education explain roughly 15 percent of the gap for African-Americans and Latinos (Asians' higher levels of education serve to close the gap). Higher rates of welfare and SSI participation among African-Americans also serve to widen the gap in health insurance loss by 8 percent.

41210

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
AVITABILE (C.)
University of Naples. Department of
Economics. Center for Studies in Economics
Studies and Finance. (C.S.E.F.). Naples. ITA

The Health Insurance Puzzle in Europe: The Role of Information.

Le puzzle de l'assurance maladie en Europe : le rôle de l'information.

CSEF Working papers ; 221

Naples : : 2009/04 : Center for Studies in
Economics Studies and Finance.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.csef.it/WP/wp221.pdf>

Using microdata from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, this working paper studies whether the cost of acquiring health information is an important determinant of the decision to buy private hospital health insurance for individuals aged 50+, in eight European countries. I first test whether, conditional on health insurance companies' risk assessments, individuals have residual private information on insurance determinants other than their risk type. The results show that there are individual characteristics, not observed by the insurers, that are positively correlated with hospital insurance coverage and negatively correlated with the ex post probability of requiring hospital treatment. However, this opposite association is significantly different from zero only in countries with low quality healthcare systems. This study then provides evidence that education and cognitive ability act as substitutes for quality of health promotion in determining the propensity to take out a voluntary private hospital insurance.

► Assurance privée

38698

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
SRIVASTAVA (P.) , ZHAO (X.)
University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Impact of Private Health Insurance on the Choice of Public versus Private Hospital Services.

L'impact de l'assurance maladie privée sur le choix entre hôpital public et hôpital privé.

HEDG Working Paper; 08/017

York : HEDG : 2008/05 : 33p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_17.pdf

The Australian health system is characterised by a mix of public and private service and private health insurance is used in addition to a compulsory universal public insurance to finance health services. A series of reforms have been implemented over the years in order to expand the private sector with the objective to relieve the overburdened public health care system. While private coverage has expanded, a large proportion of the privately insured still opt for public treatment in hospitals. The objective of this paper is to investigate the determinants of individuals' choice between public and private hospital services, in particular, the impact of private health insurance status. It estimates a recursive trivariate probit system model with partial observability that allows for endogeneity of private insurance participation and potential selection bias as we only observe individuals' public/private choices for those who have visited a hospital in the past 12 months. Relative to the prevailing two-step estimation for sample selection or endogenous treatment, our full information maximum likelihood (FIML) approach is both consistent and efficient. The study identifies private health insurance status and income as important determinants of private hospital care utilisation. An individual with a private hospital cover has nearly 70 per cent higher chance to opt for private treatment in a hospital and a person within the tenth income decile group has 46 per cent higher probability to seek private hospital care than someone who falls in the third or lower income decile groups. To some extent other factors such as perceived quality of care in the public sector and cost of access are also found to have some impact on the use of private hospital care.

39210

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

Insurance Coverage and the Treatment of Mental Illness. Effect on Medication and Provider Use in Canada.

Couverture maladie et traitement des maladies mentales. Effets sur les traitements médicamenteux et l'utilisation de l'offre de soins au Canada.

Chepa working paper series ; 07-06
Hamilton : McMaster University : 2007/04 :

24p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/LinkClick.aspx?link=pdf%2fCHEPA+WP+07-06.pdf&tabid=130&mid=450>

This paper uses data from a special mental health supplement to the Canadian Community Health Survey to examine the role that insurance coverage, particularly private supplemental coverage, plays in the utilization of prescription medication and four types of community-based providers -- family physicians, psychiatrists, psychologists and social workers -- for mental health problems. The CCHS is a special community-based population survey which has already been used extensively to examine demographic, health status, socioeconomic status and other influences on mental health service use in Canada for particular regions and conditions as well as to understand the characteristics of individuals with mental illness who do not have prescription drug coverage. This is, to our knowledge, the first analysis of the role of insurance coverage on utilization using these data.

39588

DOCUMENT DE TRAVAIL
CHETTY (R.), SAEZ (E.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Optimal taxation and social insurance with endogenous private insurance.

Taxation optimale et assurance sociale incluant une assurance privée endogène

NBER Working Paper Series ; n° 14403
Cambridge : NBER : 2008/09 : 41p., ann.
Cote Irdes : P193

This paper characterizes the welfare gains from redistributive taxation and social insurance in an environment where the private sector provides partial insurance. We analyze stylized models in which adverse selection, pre-existing information, or imperfect optimization in private insurance markets create a role for government intervention. We derive simple formulas that map reduced-form empirical estimates into quantitative predictions for optimal tax and social insurance policy. Applications to unemployment and health insurance show that taking private market insurance into account matters significantly for optimal benefit levels given existing empirical estimates of the key parameters.

39794

DOCUMENT DE TRAVAIL
EINAV (L.), FINKELSTEIN (A.), CULLEN
(M.R.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

**Estimating welfare in insurance markets
using variation in prices.**

*Estimation de la redistribution dans le marché
de l'assurance par l'utilisation des variations de
prix.*

NBER Working Paper Series ; n° 14414
Cambridge : NBER : 2008/10 : 49p., tabl., fig.,
ann.
Cote Irdes : P193

Health insurance is a complex, multi-attribute product and this creates search frictions that can distort market outcomes. We study the effect of frictions in the market for employer based health insurance. We find that frictions are most severe in the «fully insured» part of the group health insurance market and we estimate that frictions in this market segment cause a quarter of the consumer surplus to shift from policy-holders to insurers (a transfer of 32.5 billion dollars in 1997). Our analysis also suggests that frictions in insurance markets also reduce incentives to invest in future health.

▮ Couverture sociale

39403

RAPPORT, INTERNET
DROUIN (A.)
Association Internationale de la Sécurité
Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

**Méthodes de financement des soins de
santé. Une utilisation rationnelle des
mécanismes de financement pour assurer
une couverture universelle.**

Genève : AISS : 2008 : 16p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.issa.int/fre/Ressources/Rapports-techniques/Methodes-de-financement-des-soins-de-sante>

Ce rapport met l'accent sur la priorité actuelle de L'Organisation internationale du Travail (OIT) en matière de politiques de santé - la réalisation de la protection universelle de la santé - et présente différentes approches permettant de mettre en œuvre cette priorité et conçues de manière cohérente pour chaque catégorie de la population grâce à des métho-

des diversifiées de systèmes de financement et de services, tout en garantissant une utilisation efficace des ressources nationales et une solidarité suffisante entre les catégories de la population.

▮ Etudes d'ensemble

40495

OUVRAGE
BARBIER (J.C.), LIMA (L.), PALIER (B.) et al.
GUILLEMARD (A.M.) / éd.

Où va la protection sociale ?

Paris : Presses Universitaires de France :
2008 : 406p.
Cote Irdes : A3841

Allons-nous vers un affaïssement des protections et plus d'insécurité sociale pour les Français ? Pour répondre à cette question, ce livre propose une synthèse des transformations ayant affecté, durant les deux dernières décennies, la protection sociale française, en les comparant et les resituant dans le contexte européen. Les seize contributions rassemblées ici abordent les différentes interrogations que suscitent ces transformations, dans le souci de clarifier un débat complexe. Elles proposent des analyses rigoureuses fondées sur des données et observations souvent comparatives, en évitant les positions partisans et idéologiques qui altèrent trop souvent la connaissance de ces transformations.

▮ Financement

41282

GEOFFARD (P.Y.), BARTOLI (F.),
DOURGNON (P.) et al.
TABUTEAU (D.) / dir., HIRSCH (M.) / préf.

**Le bouclier sanitaire : renforcement ou
rupture du pacte de 1945 ?**

Actes du colloque Chaire Santé.
Paris : Les Presses de SciencesPo : Paris :
Editions de santé : 2009 : 108p.
Cote Irdes : A3870

http://www.editionsdesante.fr/services/livres/nouveautes/e-docs/00/00/11/03/document_ouvrage.phtml

L'augmentation du ticket modérateur, la multiplication des forfaits et franchises, le développement des dépassements d'honoraires remettent en cause, en France, les conditions de l'égal accès aux soins et à la prévention.

Le reste à charge (RAC), selon l'expression consacrée par les rapports administratifs, est, de surcroît, très inégalement réparti. La question de la création d'un « bouclier sanitaire » permettant de réduire ce « reste à charge » s'est récemment introduite dans le débat politique. C'est pourquoi la chaire Santé de Sciences Po a souhaité organiser une journée d'étude sur ces questions. Ces travaux ont permis d'apprécier l'importance et les effets des dépenses de santé laissées à la charge des assurés sociaux, de s'interroger sur le régime des affections de longue durée et les conditions de prise en charge des soins les plus onéreux et, enfin, de débattre des formes que pourrait prendre un « bouclier sanitaire » et des interrogations que ce projet suscite.

► Financement de la Sécurité sociale

39478

RAPPORT

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

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 et annexes.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2008 :
Pagination multiple., ann.

Cote Irdes : Bc6569

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/lfss2009.htm>

http://www.comptes-publics.gouv.fr/presse/dossiers_de_presse/080929plfss/som_080929plfss.php

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

41220

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
DIECKHOENER (C.), PEICHL (A.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Financing Social Security: Simulating Different Welfare State Systems for Germany.

Financement de la Sécurité sociale : simulation de différents systèmes de protection sociale en Allemagne.

Discussion Paper; 4135

Bonn : The Institute for the Study of Labor :
2009/04 : 77p., tabl., fig

Cote Irdes : en ligne

<http://ftp.iza.org/dp4135.pdf>

In Germany, there is an ongoing debate about how to increase the efficiency of the social security system and especially its financing. The aim of this paper is to simulate different financing systems for Germany. The introduction of a Liberal British or the Southern Greek financing system increases inequality and poverty, as well as labour supply incentives. The introduction of the Social-democratic Danish financing system decreases inequality of incomes, but does not necessarily lead to less poverty. Tax payments are extremely high, whereas social contribution payments are relatively low leading to mixed incentives effects.

► Justice sociale

40175

OUVRAGE

DANIELS (N.)

Just health : meeting Health needs fairly.

Une santé juste : répondre aux besoins de santé de façon équitable.

Cambridge : Cambridge University Press :
2008 : 397p., index

Cote Irdes : A3818

In this new book by the award-winning author of Just Healthcare, Norman Daniels develops a comprehensive theory of justice for health that answers three key questions: What is the special moral importance of health? When are health inequalities unjust? How can we meet health needs fairly when we cannot meet them all? Daniels' theory has implications for national and global health policy: Can we meet health needs fairly in ageing societies? Or protect health in the workplace while respect-

ing individual liberty? Or meet professional obligations and obligations of justice without conflict? When is an effort to reduce health disparities, or to set priorities in realising a human right to health, fair? What do richer, healthier societies owe poorer, sicker societies? Just Health: Meeting Health Needs Fairly explores the many ways that social justice is good for the health of populations in developed and developing countries.

40379

OUVRAGE
DWORKIN (R.)

Sovereign virtue : the theory and practice of equality.

Vertu souveraine : théorie et pratique de l'égalité.

Cambridge : Harvard University Press :
2000 : 511p., index
Cote Irdes : A3836

Equality is the endangered species of political ideals. Even left-of-center politicians reject equality as an ideal: government must combat poverty, they say, but need not strive that its citizens be equal in any dimension. In his new book Ronald Dworkin insists, to the contrary, that equality is the indispensable virtue of democratic sovereignty. A legitimate government must treat all its citizens as equals, that is, with equal respect and concern, and, since the economic distribution that any society achieves is mainly the consequence of its system of law and policy, that requirement imposes serious egalitarian constraints on that distribution. What distribution of a nation's wealth is demanded by equal concern for all? Dworkin draws upon two fundamental humanist principles--first, it is of equal objective importance that all human lives flourish, and second, each person is responsible for defining and achieving the flourishing of his or her own life--to ground his well-known thesis that true equality means equality in the value of the resources that each person commands, not in the success he or she achieves. Equality, freedom, and individual responsibility are therefore not in conflict, but flow from and into one another as facets of the same humanist conception of life and politics. Since no abstract political theory can be understood except in the context of actual and complex political issues, Dworkin develops his thesis by applying it to heated contemporary controversies about the distribution of health care, unemployment benefits, campaign finance reform, affirmative action, assisted suicide, and genetic engineering.

► Politique sociale

40697

RAPPORT
VLADYCHENKO (A.) / préf.
Conseil de l'Europe. Groupe Pompidou.
Strasbourg. FRA

Well-being for all : concepts and tools for social cohesion.

Le bien-être pour tous : concepts et outils de la cohésion sociale.

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2008/11 :
370p., tabl., graph.fog.

Cote Irdes : A3850

Les concepts de bien-être pour tous et de co-responsabilité sont des notions fondamentales pour la définition de la cohésion sociale telle que proposée par le Conseil de l'Europe. Ils apportent une nouvelle dimension aux notions de liberté, de choix et de préférence. Tous les articles de ce volume mettent en évidence l'importance des dimensions non seulement matérielles mais aussi immatérielles du bien-être et plus précisément la «reconnaissance» de chacun en tant qu'acteur de la société. Cette reconnaissance est primordiale pour faire avancer des processus conduisant au bien-être fonde sur la responsabilité mutuelle. La façon dont les responsabilités sont partagées contribue sans doute à élargir ou à restreindre les écarts que l'on observe dans les sociétés modernes entre le sentiment de bien-être et les dimensions matérielles du bien-être. Ce volume propose des voies pour que chacun puisse contribuer à développer des perceptions concertées et inclusives de bien-être (y compris des biens communs), permettant d'améliorer la cohésion sociale.

► Protection complémentaire

37700

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

Private supplementary health insurance : retirees' demand.

La demande des retraités en matière d'assurance privée complémentaire.

Document de travail Irdes ; 9
Paris : Irdes : 2008/04 : 15p.

Cote Irdes : DT9

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT9PrivateSuppleHealthInsurance.pdf>

In France, private health insurance, that supplements public health insurance, is essential for access to health care. About 90% of the population is covered by a private contract and around half of them obtain their coverage through their employer. Considering the financial benefits associated with group contracts compared to individual contracts, we assume that the switching behaviors vary among different beneficiaries during the transition to retirement. Indeed, despite a 1989 law, the gap in premiums increases at retirement between group and individual contracts affords the opportunity to study the marginal price effect on switching behaviors. In this study, we consider the nature of the contract prior to retirement (compulsory or voluntary membership group contract and individual contract) as an indirect measure of the price effect. We focus on its role and check for a large number of individual characteristics that may influence the new retirees' health insurance demand.

► Retraite

38712

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
MARTIN (J.P.), WHITEHOUSE (E.)
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (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.C.). Paris. FRA

Reforming Retirement-Income Systems: Lessons from the Recent Experiences of OECD Countries.

*Réformer les systèmes de pensions de retraite.
Leçons tirées des expériences récentes dans
les pays de l'OCDE.*

OECD social - employment and migration
working papers ; 66.

Paris : OCDE : 2008 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/58/3/40962388.pdf>

La réforme des retraites occupe une place d'importance dans tous les programmes politiques des pays de l'OCDE. Ceci n'est guère surprenant dans la mesure où les dépenses publiques pour les retraites ont constitué en moyenne 7% du PIB des pays de l'OCDE en 2005 ; et cet effort de dépenses publiques

risque d'augmenter de manière significative pendant les prochaines décennies en réponse au vieillissement démographique. Les politiques en matière de retraite font donc face à des défis de taille et sont controversées parce qu'elles impliquent des décisions à prendre à long terme face à de nombreuses pressions politiques de court terme. Pour l'instant, nous n'assistons pas pour autant à un statu quo en matière de réforme des retraites. En effet, les crises financières publiques et la crainte grandissante causée par l'apparition d'une population vieillissante ne font qu'encourager les réformes. C'est ainsi que beaucoup a été fait depuis les années 90 pour faire en sorte que les régimes de pensions se réactualisent en tenant compte de l'avenir. C'est presque tous les 30 pays de l'OCDE qui ont ainsi fait quelques changements pendant cette période. Seize d'entre eux ont d'ailleurs opté pour des réformes significatives devant affecter considérablement les prestations futures. Ce document vise à résumer ces réformes et à mettre en exergue les principales leçons à tirer. La Section 1 se penche sur les pays qui ont réformé leurs régimes de pensions et ceux qui n'ont pris aucune mesure. Elle s'intéresse aussi au défi fiscal posé par les pensions publiques. La Section 2, quant à elle, décrit ces réformes, entre autres, l'augmentation de l'âge de la retraite, le changement du mode de calcul des prestations et des augmentations moindres des retraites par rapport aux années précédentes. La section 3 s'arrête sur l'impact de ces réformes sur les prestations futures des actuels retraités. Elle montre une claire tendance à promettre des retraites plus basses aux travailleurs d'aujourd'hui par rapport aux générations antérieures, le constat étant que les travailleurs devront dorénavant économiser davantage en vue de leur propre retraite via des régimes de pensions privés, sujet examiné dans la Section 4. La Section 5 examine les principaux défis auxquels doivent faire face les régimes de pensions des pays de l'OCDE. Le document se termine par des remarques de conclusion.

39404

RAPPORT, INTERNET
BEIER SORENSEN (O.) , BUHL (O.)
Association Internationale de la Sécurité
Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

Effets combinés du système des retraites, de la sécurité sociale, des politiques de l'emploi et de la fiscalité sur la détermination des modèles de départ à la retraite.

Genève : AISS : 2008 : 17p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.issa.int/fre/content/download/40635/790477/file/TR-11-1.pdf>

De nombreux pays sont confrontés à de graves problèmes liés au vieillissement de leur population. Une des réponses à ces problèmes consiste à réformer le système des pensions, mais cela doit se faire en adoptant une stratégie globale et intégrée qui couvre tous les aspects de la réforme des retraites. En s'appuyant sur des études de cas émanant de sept pays différents et sur d'autres sources d'information, le présent article fait le point sur diverses initiatives entreprises dans le cadre de la réforme de la sécurité sociale. Ces initiatives concernent les régimes publics d'assurance vieillesse, les dispositifs de préretraite, les régimes d'assurance invalidité, d'assurance chômage et d'assurance maladie, les pensions privées, la fiscalité et les politiques de l'emploi. Les auteurs montrent que, pour que les modèles de départ à la retraite évoluent dans le bon sens, les pouvoirs publics doivent mettre en œuvre des stratégies globales et multidimensionnelles ayant pour effet d'accroître le taux d'activité des travailleurs âgés et d'éviter la substitution non désirée d'un dispositif de préretraite proposé par un régime de protection sociale par un autre. Ils peuvent également avoir à mener en parallèle des réformes touchant les régimes de pension privés et la fiscalité des retraites, afin d'éviter la substitution non désirée d'un dispositif de préretraite proposé par la sécurité sociale par un dispositif privé.

► Soins transfrontaliers

40281

RAPPORT, INTERNET
FASQUELLE (D.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission chargée des Affaires Européennes. Paris. FRA

Rapport d'information sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Paris : Assemblée nationale : 2008 : 85p., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/europe/rap-info/i1308.pdf>

Réalisé dans le cadre de la réflexion engagée par la Commission européenne sur les soins transfrontaliers, ce rapport dresse tout d'abord un état des lieux de la réglementation existante dans ce domaine. Il analyse ensuite

les failles des dispositifs de financement des soins actuels et émet plusieurs propositions pour améliorer les conditions et processus de prise en charge dans un souci d'amélioration de la qualité des soins.

40553

RAPPORT
IRIES (R.)
Sénat. Commission des Affaires Européennes. Paris. FRA

Rapport d'information sur les droits des patients en matière de soins de santé frontaliers.

Paris : Sénat : 2008 : 35p.

Cote Irdes : B6652

<http://www.senat.fr/rap/r08-230/r08-2301.pdf>

Après avoir dressé un état de la mobilité des patients et de leurs droits dans l'Union européenne, ce rapport présente les dispositions de la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Les difficultés soulevées par cette proposition de directive, qu'il s'agisse de son champ d'application, de problèmes d'équité, du respect du principe de subsidiarité ou de préoccupations relatives à la sécurité juridique, sont suffisamment importantes pour conduire à remettre en question certaines des propositions de la Commission. Dès lors, la commission des affaires européennes du Sénat a déposé une proposition de résolution sur ce texte sur le fondement de l'article 88-4 de la Constitution.

PRÉVENTION SANTÉ

► Accidents

41196

OUVRAGE, INTERNET
SETHI (D.)

European report on child injury prevention.

Rapport européen sur la prévention des accidents infantiles

Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) : 2008 : XV+98p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf

Injuries are a leading cause of death and disability in children. This report presents evidence on how they can be prevented, and calls for greater commitment and action from policy-makers and practitioners to decrease the burden of injuries. Every year, nearly 42 000 children and teenagers aged 0-19 years die from unintentional injuries in the European Region, where injuries are the leading cause of death in children aged 5-19 ; 5 out of 6 of these deaths occur in low-and middle-income countries. Irrespective of country income, the burden falls disproportionately on children from the most disadvantaged groups. The leading mechanisms of unintentional injury death in children are road traffic crashes, drowning, poisoning, thermal injuries and falls. Whatever the mechanism, the main causes of injury and their underlying socioeconomic and environmental determinants are similar. Children are particularly vulnerable to injuries, and need special consideration to safeguard their right to health and to a safe environment, free from injury. The evidence base for prevention programmes is presented in this report. Health systems and in particular child health programmes throughout the European Region should prioritize child injury prevention and control. [Ed.] [Contents] 1. Overview : child injuries in the WHO European region. 2. Burden of unintentional injuries. 3. Road traffic injuries. 4. Drowning. 5. Poisoning. 6. Thermal injuries. 7. Falls. 8. Conclusions and points for action.

► Cancer

38334

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
CHEN (K.) , LANGE (F.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Education, Information, and Improved Health: Evidence from Breast Cancer Screening.

Education, information et amélioration de la santé : données issues du dépistage du cancer du sein.

Bonn : The Institute for the Study of Labor : 2008/06 : 37p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3548.pdf>

While it is well known that education strongly predicts health, less is known as to why. One reason might be that education improves health-care decision making. In this paper we attempt to disentangle improved decision

making from other effects of education, and to quantify how large an impact it has on both a patient's demand for health services, and that demand's sensitivity to objective risk factors. We do this by estimating a simple structural model of information acquisition and health decisions for data on women's self-reported breast-cancer risk and screening behavior. This allows us to separately identify differences in the ability to process health information and differences in overall demand for health. Our results suggest that the observed education gradient in screening stems from a higher willingness-to-pay for health among the educated, but that the main reason why the educated respond more to risk factors in their screening decision is because they are much better informed about the risk factors they face.

► Éducation pour la santé

39405

RAPPORT, INTERNET

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE,
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Genève. CHE

Investir dans la santé : vers le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention dans les systèmes d'assurance maladie.

Genève : AISS : 2008 : 7p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.issa.int/fre/content/download/40634/790375/file/TR-10-1.pdf>

Le coût actuel et attendu des maladies chroniques est lourd de conséquences pour les régimes de sécurité sociale. Les stratégies, telles que la promotion de la santé ou la gestion des maladies chroniques, mises en œuvre par les systèmes d'assurance maladie pour prévenir les maladies chroniques et permettre à des malades de plus en plus nombreux d'accéder à des soins alliant qualité et bon rapport coût-efficacité seront présentées. Un appel en faveur d'une augmentation de l'investissement dans la prévention et la promotion de la santé sera lancé sur la base des résultats d'une initiative conjointe de l'AISS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Capital santé

39764

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
HARTWIG (J.)
Swiss Federal Institute of Technology.
(E.T.H.). Zurich. CHE

Has health capital formation cured 'Baumol's Disease'? – Panel Granger causality evidence for OECD countries.

La formation du capital santé a-t-elle guéri de la maladie de Baumol ? Données de causalité du panel Granger pour les pays de l'OCDE.

Zurich : Swiss Federal Institute of
Technology : 2008 : 33p., 7 tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kof.ethz.ch/publications/science/pdf/wp_206.pdf

A large body of both theoretical and empirical literature has affirmed a positive impact of human capital accumulation in the form of health on economic growth. Yet Baumol (1967) has presented a model in which imbalances in productivity growth between a 'progressive' (manufacturing) sector and a 'nonprogressive' sector of the economy (of which health care forms an integral part) lead to perpetual expenditure shifts into the latter and, as a consequence, to a decline in overall GDP growth. Which of the two views has an empirical grounding is here tested by means of Granger causality analysis of a panel of 21 OECD countries. The results do not lend support to the hypothesis that health capital formation fosters economic growth in rich countries. They are more in line with the predictions of Baumol's model of unbalanced growth.

Consommation pharmaceutique

41064

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
LAMBRELLI (D.), O'DONNELL (O.)
University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Why Does the Utilization of Pharmaceuticals Vary So Much Across Europe? Evidence from Micro Data on Older Europeans.

Pourquoi la consommation pharmaceutique varie-elle tant entre les différents pays européens ? Résultats issus de micro-données sur les personnes âgées.

HEDG Working Paper; 09/06

York : HEDG : 2009/04 : 42p., fig., tabl.,
annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/09_06.pdf

We analyze the relative importance of population versus institutional factors in explaining cross-country variation in the utilization of pharmaceuticals among older Europeans. Use of medication is examined among all individuals aged 50+ in eleven European countries and, to better control for need, among those diagnosed with medical conditions for which there exist effective drug therapies. Organizational factors include the density of pharmacies and of physicians, retail prices, reimbursement rates, restrictions on retailing of pharmaceuticals and incentives designed to influence prescribing behaviour. Differences in population health and demographics account for almost 75% of the cross-country variation in the propensity to use pharmaceuticals among all older Europeans but this fraction falls to only 12% among those with a diagnosed condition, while, for this group, differences in the organization of the pharmaceutical and health sectors explain 32-54% of the cross-European variation in utilization of medicines. Organizational differences are more important in explaining variation in receipt of medication for serious conditions, such as asthma, arthritis, diabetes, heart attack and stroke, for which 60-80% of the crosscountry variation can be explained by population and organizational factors, and less important for asymptomatic conditions, such as high cholesterol and hypertension, for which less than 35% of the variation is explained.

Consommation médicale

40135

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
SCHMITZ (H.)
German Institute for Economic Research.
(D.I.W.). Berlin. DEU

Do Optional Deductibles Reduce the Number of Doctor Visits ? : Empirical Evidence with German Data.

Les franchises optionnelles réduisent-elles le nombre des visites de médecins ? Observation empirique à partir de données allemandes.

SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data
Research ; 141

Berlin : DIW : 2008/10 : 25p., 8 tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/90074/diw_sp0141.pdf

Deductibles in health insurance are often regarded as a means to contain health care costs when individuals exhibit moral hazard. However, in the absence of moral hazard, voluntarily chosen deductibles may instead lead to self-selection into different insurance contracts. We use a set of new variables in the German Socioeconomic Panel for the years 2002, 2004, and 2006 that measure individual health more accurately and include risk-attitudes towards health in order to determine the price elasticity of demand for health care. A latent class approach that takes into account the panel structure of the data reveals that the effect of deductibles on the number of doctor visits is negligible. Private add-on insurance increases the number of doctor visits. However, altogether the effects of the insurance state on the demand for doctor visits are small in magnitude.

► Coût de la maladie

39208

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
NORMAN (R.) , HAAS (M.) , CHENOWETH
(L.) , JEONG (Y.H.) , KING (M.) , BRODATY
(H.) , STEIN-PARBURY (J.) , LUSCOMBE
(G.)

University of Technology. Centre for Health
Economics Research and Evaluation.
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

Dementia Care Mapping and Patient-Centred Care in Australian residential homes: An economic evaluation of the CARE Study.

*Cartographie de l'offre de soins pour maladies
mentales et pour les patients en institution
Australie : une évaluation économique de
l'étude CARE.*

CHERE Working Paper 2008/4

Sydney : Centre for Health Economics
Research and Evaluation : 2008/06 : 19p.,
tab.

Cote Irdes : En ligne

http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2008_4.pdf

As the population ages, the incidence of dementia and its burden on society will increase. The economic costs of dementia are high, particularly for persons in the mid and late stages of the disease, when formal care arrangements such as nursing home placement are required. The need for care is often precipitated by the development of behavioural and

psychological symptoms of dementia (BPSD) which also severely affect the quality of life of affected persons and their carers. The Caring for Aged-Care RESident Study (CARES), the first randomised controlled trial to evaluate Dementia Care Mapping (DCM) and Person Centred Care (PCC), demonstrated that either of the two interventions improved outcomes compared to Usual Care (UC) on the primary outcome measure, the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). This study reports the results of an economic evaluation which was undertaken in conjunction with the trial. This information will provide additional information to assist policy makers in making choices between competing options. Methods: Fifteen nursing homes were randomised to one of three conditions: DCM, PCC or Usual Care (UC). The sample consisted of 360 residents with dementia. Data were collected at baseline, three months, and eight months by assessors blind to group assignment. In addition to the CMAI, data were collected about the use and costs of health care resources and pharmacological interventions. Total costs associated with each of the interventions were estimated, which were contrasted with the outcomes using standard health economics methodology. Results: Over one year, the cost per residential setting of implementing DCM and PCC relative to UC was \$10,034 and \$2,250 respectively. The additional cost per resident-level unit improvement in CMAI post-intervention (at follow-up) relative to UC was \$48.95 (\$46.89) for DCM and \$8.01 (\$6.43) for PCC. Compared to DCM, PCC produced a greater reduction in anxiety and agitation at a lower cost. Therefore, DCM was dominated by PCC and removed from the economic evaluation. Sensitivity analysis suggests this result is robust to changing model parameters. Conclusions: PCC provides a greater decrease in agitation and related behavioural and psychological symptoms of dementia, compared with DCM, at a lower cost and is the preferred option for cost-effectiveness. While there is no existing standard for a reasonable cost for a point improvement in CMAI, the cost per unit under PCC seems acceptable.

40891

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
KENNY (P.), HALL (J.), KING (M.)
University of Technology. Centre for Health
Economics Research and Evaluation.
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

***Variation in the costs of healthcare for
chronic disease in Australia: The case of
asthma.***

*Variation des coûts de santé pour maladies
chroniques en Australie : le cas de l'asthme.*

Sydney : Centre for Health Economics
Research and Evaluation : 2008/12 :

Cote Irdes : En ligne

http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2008_7.pdf

Objectives Individuals with chronic conditions represent a high healthcare cost group and understanding the cost variation among individuals is important for developing appropriate policy. This study aimed to investigate the sources of variation in the cost of healthcare for a cohort of people with asthma. It examines the costs to the health system and patient out-of-pocket costs. Methods A longitudinal observational study of asthma-related healthcare costs in a cohort of people with asthma (n=252). Participants were followed for three years using six-monthly postal surveys and individual administrative data. The factors associated with health system and patient out-of-pocket costs were investigated using generalised linear mixed models. Results There was substantial variability around the average costs of healthcare for asthma which were associated with asthma-related health measures and socio-demographic variables. The health system costs were less for those living in regional areas relative to Sydney residents and both the health system and patient out-of-pocket costs were highest in the oldest age group and lowest for children. The health system and patient out-of-pocket costs were highest for the high income group while the middle income group had the lowest total cost. Conclusions Our findings suggest that variations should be explored in developing strategies for chronic disease management and that Australia has achieved reasonable equity in access. However, out-of-pocket costs may be a deterrent for the middle income group, which should be a general concern for policies targeting the most disadvantaged group to the exclusion of concern with universal access. thods.

► Coût de la santé

39438

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

***Forecasting the cost of U.S Health Care in
2040.***

*Prévision du coût des soins médicaux aux
États-Unis à l'horizon 2040.*

NBER Working Paper Series ; n° 14361
Cambridge : NBER : 2008/09 : 16p., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14361>

One of the most important debates among health economists in rich nations is whether advances in biotechnology will spare their health care systems from a financial crisis. We must consider that prevalence rates of chronic diseases declined during the twentieth century and that this rate of decline has accelerated. However, health care costs may continue to increase even as the age of onset of chronic diseases is delayed, because the proportion of a cohort living to late ages will increase. The accelerating decline in the prevalence of chronic diseases during the course of the twentieth century supports the proposition that increases in life expectancy during the twenty-first century will be fairly large, but the effect on health care in the U.S. will be modest. The income elasticity for health services is calculated at 1.6, meaning that income expenditures on health care in the U.S. are likely to rise from a current level of about 15 percent to about 29 percent of GDP in 2040.

► Dépenses de santé

37054

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
DENTON (F.T.), FEAVER (C.H.), SPENCER
(B.G.)

Social and Economic Dimensions of an Aging
Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. ON. CAN

***An Application of Price and Quantity Indexes
in the Analysis of Changes in Expenditures
on Physician Services.***

*Une application d'indices de prix et de quantité
pour analyser les changement en matière de
dépenses en services médicaux.*

Hamilton : SEDAP : 2007/11 : 25p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap228.pdf>

Des indices de prix et de quantité, calculés à partir de données nouvellement accessibles de 1992 et 2004, sont utilisés dans l'analyse des dépenses en services médicaux dans la province de l'Ontario (Canada). L'indice de prix de ces derniers a augmenté moins rapidement que la tendance générale de l'inflation et l'indice de quantité représente la plus grande partie de l'augmentation des dépenses des médecins. Les indices de quantité suggèrent des gains substantiels des services offerts par habitant, particulièrement chez les adultes d'un certain âge. Ils révèlent aussi une augmentation de la productivité des médecins légèrement plus élevée que les hausses observées dans la plupart des secteurs de l'économie.

39147

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
DORMONT (B.) , OLIVEIRA MARTINS (A.) ,
PELGRIN (F.), SUHRCKE (M.)

Health Expenditures, longevity and growth.

Dépenses de santé, longévité et croissance économique.

Working Paper Series

Rochester : Social Science Electronic
Publishing : 2008 : 98p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1130315

This paper offers an integrated view of the relationships between health spending, medical innovation, health status, growth and welfare. Health spending triggers technological progress, which is a potential source of better outcomes in terms of longevity and quality of life, a direct source of growth for the bio-tech industries and an indirect source of growth through improved of human capital. The latter contributes to GDP per capita through two main channels: higher participation of the population in the labour force and higher labour productivity levels. In turn, income growth induces an increase in health expenditure, as richer countries tend to spend a higher share of their income on health. To analyse these interactions, the paper first focuses on demographic facts, disentangling the role of longevity and carrying out some 'thought experiments' on the indexation of active life on longevity. It then analyses the links between health care expenditures, technology and health status from a micro-level perspective. We investigate empirically the relation between GDP growth and

health expenditures and develop a projection method to assess the size of total aggregate expenditures that could be channeled to the health sector up to 2050 for the US, Europe and Japan. We finally assess the potential impact of these health expenditures and better health status on potential growth and productivity.

39413

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
ASLAN (A.)

University of Erciyes. Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Economics, Kayseri, TUR.

Convergence of per capita health care expenditures in OECD Countries.

Convergence des dépenses de santé par tête dans les pays de l'OCDE.

Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2008/09 : 10p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://mpira.ub.uni-muenchen.de/10592/1/MPRA_paper_10592.pdf

In this article it is investigated the convergence of health care expenditures per capita in OECD during the 1970–2005 period by applying Lima and Resende (2007) persistence methodology. Departures across countries were evaluated in terms of panel data unit root tests advanced by Im et al. (2003). The evidence illustrated that one cannot reject the null hypothesis of unit root for the (log) of the ratio of health care expenditures of each country relative to a reference unit except average of per capita health expenditures. The results, therefore, favour a very strong form of persistence for OECD expenditures inequality.

39541

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
MITRA (S.) , FINDLEY (P.A.) ,
SAMBAMOORTHY (U.)

Fordham University. Department of Economics. Fordham. NY. USA.

Healthcare Expenditures of Living with a Disability: Total Expenditures, Out of Pocket Expenses and Burden, 1996-2004.

Dépenses de soins de santé pour les personnes handicapées : dépenses totales, débours des ménages et coût, 1996-2004

Fordham : Fordham University : 2008/09 :
36p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.fordham.edu/images/academics/graduate_schools/gsas/economics/dp2008_18_mitra_findley_sambamoorthi.pdf

This paper estimates the healthcare expenditures associated with a disability at the individual level and their recent trends. Design--Retrospective analysis of survey data. Participants--Data from multiple years (1996 through 2004) of the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) for a nationally representative sample of civilian, non-institutionalized US population. Interventions--Not applicable. Main Outcome Measures--Healthcare expenditures consisted of: total healthcare expenditures, total out-of-pocket spending (OOP), and burden (the ratio of OOP to individual income). All the analyses accounted for the complex survey design of the MEPS. Results--Between 1996 and 2004, 6% to 9% of individuals in the working age group (21-61 years) were identified as having a disability. Persons with disabilities consistently had higher total health expenditures, OOP and burden compared to their counterparts without disabilities. In 2004, the average total expenditures were estimated at \$10,508 for persons with disabilities and at \$2,256 for those without disabilities. In a multiple regression framework, persons with disabilities were consistently found to have higher expenditures and OOP between 1996 and 2004. Although expenditures, OOP and burden increased over time, after controlling for demographic, socio-economic, and health status, these three healthcare costs were not found to increase disproportionately for individuals with disability. Conclusions--Over the 1996-2004 period, persons with disabilities are consistently found to have significantly higher health expenditures and OOP compared to their counterparts without disabilities, which may adversely affect their health and standard of living.

39609

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
PAMMOLLI (F.) , RICCABONI (M.) ,
MAGAZZINI (L.)

Universita degli Studi di Verona.
Dipartimento di Scienze Economiche.
Verone. ITA

The Sustainability of European Health Care Systems: Beyond Income and Ageing.

La pérennité des systèmes de santé européens : au-delà du revenu et du vieillissement.

Verone : Université de Vérone : 2008/10 :
26p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://dse.univr.it/RePEc/ver/Wpaper/WP52.pdf>

During the last thirty years health care expenditure (HCE) has been growing much more rapidly than GDP in all OECD countries posing increasing concern on the long-term sustainability of current trends. Against this background, we look at the determinants of HCE in European countries, explicitly taking into account the role of income, the effect of ageing population, life habits, technological progress, as well as institutional and budgetary variables. Our results show that the current trend of increasing HCE is rooted in a set of highly differentiated factors. Ageing population is usually regarded as a key driver of HCE in Europe. However, increased life expectancy and decreased fertility rate only tells part of the story. Increased income levels also lead to higher HCE, and the magnitude of the estimated elasticity poses serious concerns about sustainability of current trends. Besides, our results show the deep influence of technological uptake and diffusion, as well as the institutional framework and budget constraints as important factors in explaining HCE growth dynamics. We further control for health habits of the population by looking at the consumption of sugar and of fruits and vegetables. Our results reinforce the need for a political debate at the European level aimed at assuring long-term sustainability and prosperity. The key challenge for Governments is to design pluralistic systems of health care delivery and financing, where a well-balanced mix of public and private financing would put at work market forces to promote investment and innovation, without imposing unsustainable burdens on public budgets or denying care to the disadvantaged population.

40394

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
COSTA-FONT (J.), GEMMILL (M.), RUBERT (G.)

University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Re-visiting the Health Care Luxury Good Hypothesis: Aggregation, Precision, and Publication Biases?

Revisiter l'hypothèse assimilant la santé à un bien luxueux : existe-t-il des biais d'aggrégation, de précision et de publication ?

HEDG Working Paper; 09/02.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/09_02.pdf

While a growing literature examining the relationship between income and health expenditures suggests that health care is a luxury good, this conclusion is contentiously debated due to heterogeneity of the existing results. This paper tests the luxury good hypothesis (namely that income elasticity exceed unity) using meta-regression analysis, taking into consideration publication selection and aggregation bias. The findings suggest that publication bias exists, a result that is robust to the meta-regression model employed. Publication selection and aggregation bias also appear to play a role in the generation of estimates. The corrected income elasticity estimates range from 0.4 to 0.8, which cast serious doubt on the validity of luxury good hypothesis. Nonetheless, due to the importance of aggregation, we cannot reject the luxury good hypothesis for aggregate time series data.

40695

DOCUMENT DE TRAVAIL

DORMONT (B.)

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

Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?

Paris : Editions d'Ulm - Presses de l'Ecole normale supérieure : 2009 : 78p., graph., fig.

Cote Irdes : B6653

<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

Le débat sur le système de santé est d'ordinaire abordé sous l'angle du financement, avec la perspective des sacrifices à consentir. Une telle approche privilégie les moyens au dépend des fins. En s'intéressant de près à la dépense de santé, cette étude veut donner toute sa place aux objectifs. Depuis le milieu du XXe siècle les économies développées connaissent deux grandes tendances : un formidable accroissement de la longévité et une augmentation continue de la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. Quel est le lien entre ces deux évolutions ? Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Celle-ci résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé. Ces dépenses sont-elles justifiées ? Doivent-elles continuer à progresser ? Ces questions doivent être posées car la dépense de santé est, dans une large proportion, financée par des prélèvements obligatoires. Pour y répondre, il faut mesurer la valeur des gains en santé et en

longévité obtenus en contrepartie des dépenses de santé. On utilise pour cela le concept de « valeur statistique de la vie », employé dans d'autres domaines de la décision publique comme les politiques environnementales. Des études ciblées sur différentes pathologies comme les maladies cardiaques, la cataracte ou la dépression montrent que les innovations médicales ont, certes, entraîné une augmentation du coût des traitements. Mais la valeur de l'amélioration de la qualité de la vie, de la baisse des handicaps et de l'accroissement de la longévité qui en découlent dépasse largement la hausse du coût des soins. Une étude plus globale réalisée pour les États-Unis aboutit à une évaluation spectaculaire : entre 1970 et 2000, les progrès en santé et en longévité auraient représenté chaque année un gain égal à 34 % du PIB, soit plus du double des dépenses de santé, qui représentent 15 % du PIB dans ce pays. Un tel résultat suggère que dépenser encore plus pour la santé pourrait répondre aux préférences collectives. Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en unités monétaires, les gains en bien-être obtenus en contrepartie de ces dépenses semblent gigantesques. Certes, des gains d'efficacité sont possibles et souhaitables. Mais il est urgent d'organiser en France un débat public sur le niveau désirable de l'effort consenti en faveur de la santé. La focalisation actuelle des discussions sur le niveau des prélèvements obligatoires escamote la réflexion sur les dépenses désirées..

► Dépenses pharmaceutiques

39146

DOCUMENT DE TRAVAIL

KETCHAM (J.D.), KOSALI (S.)

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

Medicare Part D's Effects on Elderly Drug Costs and Utilization

Les effets de la partie D de Medicare sur la consommation et les coûts des médicaments pour les personnes âgées.

NBER Working Paper Series ; n° 14326

Cambridge : NBER : 2008/08 : 19p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P193

We analyze Medicare Part D's net effect on elderly out-of-pocket (OOP) costs and use of prescription drugs using a dataset containing 1.4 billion prescription records from Wolters Kluwer Health (WKH). These data span the

period December 2004–December 2007 and include pharmacy customers whose age as of 2007 is greater than 57 years. The outcomes we examine are OOP cost per day's supply of a medication, the days of medication supplied per capita, and the number of individuals filling prescriptions. We compare outcomes before vs. after January 2006, for those over age 66 years vs. for those age 58–64 years, adjusting for the under-reporting of certain cash-only transactions in the WKH data. Our results indicate that from 2005–2007, Part D reduced elderly OOP costs per day's supply of medication by 21.7%, and increased elderly use of prescription drugs by 4.7%, implying a price elasticity of demand of -0.22. These effects occurred primarily during the first year of the program. An age- and time-standardized comparison of our quantity results with previous estimates from Walgreens data shows that our findings are 2.6 times as large. We conclude that Part D lowered elderly patients' OOP costs substantially and increased utilization modestly, and note that in comparing results across studies on this topic, magnitudes may vary substantially due to differences in data and methods.

ONDAM

40956

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

Regard sur 12 ans d'ONDAM (1997-2008)

Paris : CCSS : 2009/03 : 8p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/notesconj/conj200903.pdf>

Avec l'instauration des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) en 1996, la France s'est dotée d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté annuellement par le Parlement. Le champ large de cet objectif couvre l'ensemble des régimes de la branche maladie comme de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et vise à renforcer la régulation globale des dépenses de santé prises en charge collectivement. Le solde de la branche maladie en particulier est étroitement lié aux dépenses du champ de l'ONDAM d'une part et aux recettes de la branche d'autre part. Avec le recul d'une douzaine d'années, il paraît intéressant de rappeler la raison d'être de cet objectif qui

n'a guère d'équivalent dans les pays voisins de la France et d'esquisser une première évaluation des résultats obtenus en matière de régulation des dépenses. La fixation d'un objectif polarise inévitablement l'attention sur son respect, mais au-delà de la considération à porter au niveau des dépassements de l'ONDAM, une appréciation sur l'efficacité de la régulation nécessite plus globalement d'examiner le rythme d'évolution des dépenses. Avertissement : les données relatives à l'ONDAM pour 2008 sont déterminées sur des bases estimatives dans l'attente de son constat provisoire, qui interviendra en avril 2009 et qui est susceptible d'aboutir à un montant s'écartant légèrement de cette prévision.

ÉTAT DE SANTÉ

Alcoolisme

39130

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
PETRIE (D.), DORAN (C.) , SHAKESHAFT
(A.), SANSON-FISHER (R.)

University of Dundee. Department of
Economic Studies. Dundee. SCO

The relationship between alcohol consumption and self-reported health status using the EQ5D.

Le lien entre la consommation d'alcool et l'état de santé ressenti via l'utilisation du questionnaire EQ5D.

Working Paper; No. 204

Dundee : University of Dundee : 2007/09 :
18p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dundee.ac.uk/econman/discussion/DDPE_204.pdf

Alcohol misuse represents one of the leading causes of preventable death, illness and injury in Australia. Extensive research exists estimating the effect of risky alcohol use on mortality but little research quantifies the impact of risky alcohol consumption on morbidity. Estimates are needed to measure the benefit of interventions which reduce risky alcohol use. Ordered probit and tobit models are used to analyse the impact of risky drinking on self reported health status using data from rural Australians. It is found that risky alcohol use is associated with lower self-reported health however the average effect is small apart for those drinking at very high risk.

39600

ATLAS

BECK (F.), LEGLEYE (S.), LE NEZET (O.),
SPILKA (S.)

LAMOUREUX (P.) / préf., COSTES (J.M.) /
préf.

Institut National de Prévention et d'Éducation
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA,
Observatoire Français des Drogues et des
Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA

**Atlas régional des consommations d'alcool
2005 : données INPES/OFDT.**

Paris : INPES : 2008 : 261p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6588

[http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=atlas_](http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=atlas_alcool/index.htm)
[alcool/index.htm](http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=atlas_alcool/index.htm)

Ce premier Atlas régional des consommations d'alcool, résultat d'une collaboration entre l'INPES et l'OFDT, s'efforce de répondre à une demande croissante de données fiables au niveau local : les décideurs politiques ont besoin d'outils adaptés pour mener des actions de prévention et d'information au plus près des populations concernées. Il mobilise deux grandes enquêtes nationales qui offrent la couverture la plus étendue des usages d'alcool dans la population générale (15-75 ans) et chez les adolescents (17 ans). Les échantillons du Baromètre santé et d'Escapad, collectés en 2005, totalisent en effet plus de 30 000 individus chacun, couvrent, outre l'hexagone, les quatre départements d'outre-mer, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie et produisent de très nombreuses informations sur la consommation d'alcool. Des statisticiens de l'OFDT et de l'INPES, spécialistes du champ, proposent une analyse originale qui permet de décrire avec précision les particularités régionales des usages, des ivresses, des comportements de consommation à risque et enfin, des préférences pour tel ou tel type d'alcool. L'ouvrage comprend une partie méthodologique détaillée, un résumé des principaux résultats nationaux mesurés dans le Baromètre santé et Escapad, une partie cartographique commentée et des fiches régionales détaillées présentant les caractéristiques de la consommation d'alcool de l'ensemble de la métropole et de chacune des régions et, enfin, une synthèse générale. La standardisation des données ainsi que le recours systématique à des modélisations multivariées prenant en compte les principaux facteurs sociodémographiques liés aux usages d'alcool permettent de faire émerger des pistes d'interprétation des différences géographiques entre facteurs individuels et socioculturels liés aux consommations. Cet atlas offre enfin une quantifica-

tion qui permet de nuancer la tendance à la mondialisation des pratiques d'alcoolisation et rappelle le poids des influences régionales.

► Cancer

40362

RAPPORT

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

**Atlas de la mortalité par cancer en France
métropolitaine (Évolution 1970-2004).**

Boulogne Billancourt : Inca : 2008/12 : 180p.,
tabl., cartes

Cote Irdes : B6635

[http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/p3-39-](http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/p3-39-atlas-cancers-ovt.pdf)
[atlas-cancers-ovt.pdf](http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/p3-39-atlas-cancers-ovt.pdf)

Cet atlas de la mortalité par cancer en France vise à établir un état des lieux récents des disparités spatiales de mortalité pour cette cause de décès ainsi qu'à repérer les changements intervenus dans la distribution géographique des inégalités. La constatation de permanences, d'infléchissements, de changements brutaux ou de rythmes locaux différents dans les évolutions permet en effet d'apporter des éléments de compréhension à la construction des disparités géographiques face aux cancers. Dans ce document, l'accent est particulièrement mis sur l'évolution de l'ampleur des disparités inter et infrarégionales, l'évolution de l'organisation spatiale des disparités permettant de repérer d'éventuelles recompositions régionales ou locales et la comparaison systématique entre les hommes et les femmes, les profils de cancers étant très différents pour les deux sexes.

► Comportement de santé

38820

DOCUMENT DE TRAVAIL

NEIDELL (M.J.)

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

**Information, avoidance behavior, and
health : the effect of ozone on asthma
hospitalizations.**

*Information, comportement d'évitement des
risques et état de santé : les effets de l'ozone
sur les hospitalisations liées à l'asthme.*

NBER Working Paper Series ; 14209

Cambridge : NBER : 2008/07 : 44p., tab., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14209>

This paper assesses whether responses to information about risk impact estimates of the relationship between ozone and asthma in Southern California. Using a regression discontinuity design, I find smog alerts significantly reduces daily attendance at two major outdoor facilities. Using daily time-series regression models that include year-month and small area fixed effects, I find estimates of the effect of ozone for children and the elderly that include information are significantly larger than estimates that do not. These results are consistent with the hypothesis that individuals take substantial action to reduce exposure to risk; estimates ignoring these actions are severely biased.

► Drogues

39766

OUVRAGE , INTERNET

LEGLYE (S.), SPILKA (S.), LE NAZET (O.), BECK (F.)

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

Les usagers de drogues des adolescents parisiens. Tome 2 : exploitation secondaire de l'enquête nationale Escapad 2005.

Paris : OFDT : 2008 : 38p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxslo9.pdf>

En 2004, l'Office français des drogues et de la toxicomanie avait initié une collaboration avec la mairie de Paris afin de mieux connaître les consommations de produits psychoactifs des jeunes adolescents âgés de 17-18 ans vivant dans la capitale. Le présent document repose sur l'exploitation secondaire des données nationales recueillies en 2005. Paris s'avère moins consommateur de tabac que le reste de la région ou le reste de la France, plus consommateur de boissons alcoolisées que le reste de la région mais tout autant que le reste du pays. Pour les drogues illicites, Paris ne se distingue en rien du reste de la région ou du pays dans l'usage régulier de cannabis, mais paraît un peu moins concerné que la province par les expérimentations d'autres produits psychoactifs illicites. Le quart nord-est de Paris présente quant à lui une expérimentation d'héroïne particulièrement élevée, par rapport au reste de Paris mais aussi des départements limitrophes. Ainsi, il existe une

certaine continuité des usages entre Paris et sa banlieue Est mais une rupture assez marquée à l'ouest. L'usage de cannabis apparaît, lui, uniformément répandu dans la petite couronne et à Paris intra-muros. En opérant une comparaison approfondie des usages de drogues des adolescents parisiens à ceux des habitants des départements de la petite et grande couronne, cette étude met d'abord en évidence que la région Île-de-France est traversée par de grands écarts ouest-est et nord-sud. Au sein de cet ensemble, elle montre que les usages restent déterminés par les conditions de vie matérielles et sociales, et que les jeunes parisiens occupent une position singulière, même si certains comportements s'affranchissent de la barrière du périphérique.

39767

OUVRAGE , INTERNET

LEGLYE (S.), SPILKA (S.), BECK (F.)

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

Les usages de drogues des adolescents parisiens : analyse de l'enquête ESCAPAD Paris 2004.

Paris : OFDT : 2005 : 200p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, En ligne

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

Si la question des niveaux d'usages des différentes drogues a fait l'objet de nombreux travaux à l'échelle nationale ces dernières années, les pratiques des jeunes Parisiens n'ont jamais été spécifiquement étudiées par le biais d'une enquête quantitative. À l'initiative de la Mairie de Paris et de l'OFDT, une déclinaison de l'enquête nationale ESCAPAD a pu être menée en 2004 en interrogeant plus de 1 700 Parisiens âgés de 17 ans. Outre les niveaux de consommation d'une douzaine de substances, ESCAPAD Paris éclaire les usages de produits psychoactifs des adolescents parisiens d'un regard sur leurs conditions de vie telles qu'ils les décrivent : scolarité, santé physique et mentale, loisirs et sociabilités. Cette analyse cartographique et les enseignements qui s'en dégagent vont parfois à l'encontre d'un certain nombre d'idées reçues sur la répartition des jeunes usagers dans les quartiers intra-muros, et nuance l'image généralement fournie par les données sanitaires ou ethnographiques, qui concernent plutôt des publics spécifiques et plus âgés.

► Enfance et santé

39074

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
CONEUS (K.) , SPIESS (C.K.)
German Institute for Economic Research.
(D.I.W.). Berlin. DEU

The Intergenerational Transmission of Health in Early Childhood.

Transmission intergénérationnelle de la santé durant la petite enfance.

SOEP Papers; 126

Berlin : D.I.W. : 2008/09 : 38p., tabl., ann.

Cote Irdes : en ligne

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/88605/diw_sp0126.pdf

The prevalence and importance of children's physical health problems have been increasingly recognized in recent years. Physical health problems of children such as obesity, motor impairment and chronic diseases cause social costs. Further, they can lead directly to adult physical health problems, which cause additional social costs. This paper examines the intergenerational link and transmission of both maternal and paternal health on children's health in Germany. We investigate this issue using data from the German Socio-Economic Panel (SOEP), making particular use of the mother and child questionnaires. These data allow us to capture a broad set of health measures: anthropometric, self-rated health and «more objective» health measures. The results indicate significant relationships between parental and child health in the first and third year of life. In order to take into account the endogeneity of parental health, we estimate fixed effect models. Overall, we find, controlling for parental income, education and family composition, that parents who experience poor health have children with significantly poorer health. For example, the father's body mass index (BMI) is a predictor for their children's BMI. Mothers who consider their health as good, have also healthier children.

► Maladies rares

39775

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
LE CHAFFOTEC (A.) , HIRTZLIN (I.) ,
STAROPOLI (C.) , MENARD (C.)
International Society for Research on
Innovation and Change in Health Care
Systems (I.S.R.I.C.H.). s.l. INT

Care Supply for Rare Diseases: Some Stakes for an Organizational Innovation within the French Healthcare System.

L'offre de soins dans le cas des maladies rares. Quelques jalons pour une innovation organisationnelle au sein du système de santé français.

ISRICH Working Paper; 04

Budapest : ISRICH : 2008 : 25p.

Cote Irdes : en ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1156431

This paper deals with the organizational change in the provision of care for rare diseases, and the creation of a new structure: the centre of reference for rare diseases (CRMR). It aims to show that this new organization of care introduces a new "authority" within the healthcare organizational structure, by referring of the Transaction costs paradigm and its recognition of hybrid forms. It tackles then several conditions this authority has to fulfill in order to complete CRMR missions and awaited results.

► Obésité

38643

DOCUMENT DE TRAVAIL
CAWLEY (J.) , MORAN (J.R.) , SIMON (K.I.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

The impact of income in the weight of elderly Americans.

L'impact du revenu sur le poids des Américains âgés.

NBER Working Paper Series ; 14104

Cambridge : NBER : 2008/06 : 41p., tabl., fig.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14104>

This paper tests whether income affects the body weight and clinical weight classification of elderly Americans using a natural experiment that led otherwise identical retirees to receive significantly different Social Security payments based on their year of birth. We exploit this natural experiment by estimating models of instrumental variables using data from the National Health Interview Surveys. The model estimates rule out even moderate effects of income on weight and on the probability of being underweight or obese, especially for men.

39779

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
COSTA-FONT (J.) , FABBRI (D.) , GIL (J.)
Universitat de Barcelona. Departament de
Teoria Economics. Facultat de Ciències
Econòmiques i Empresariales. Barcelone. ESP

***Decomposing Cross-Country Gaps in
Obesity and Overweight: Does the Social
Environment Matter?***

*Analyse des différences des niveaux d'obésité
et de surpoids entre les pays : l'environnement
a-t-il une influence ?*

Documents de Treball de la Facultat de
Cincies Economiques i Empresariales

Collecció d'Economia ; E08/205

Barcelone : Universitat de Barcelona: 2008 :
33p.

Cote irdes : en ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:bar:bedcje:2008205&r=hea>

A key question underpinning health production, and one that remains relatively unexplored, is the influence of socio-economic and environmental factors on weight gain and obesity. Such issues acquire particular relevance when data from two Mediterranean countries (Italy and Spain) are compared. Interestingly, the obesity rate was 5 percentage points higher in Spain in 2003 while in 1990 it had been roughly the same in the two countries. This paper reports a non-linear decomposition of gaps in overweight (body mass index – BMI - between 25 and 29.9 kg/m²), class 1 (BMI=30 kg/m²) and class 2 obesity (BMI=35 kg/m²) between Spain and Italy by both gender and age. We isolate the influence of lifestyles, socioeconomic and environmental effects in explaining cross-country gaps in the prevalence of obesity. Our findings suggest that when the social environment (peer effects) is not controlled for, eating habits and education are the main predictors of total cross-country gaps (36-52%), albeit that these two factors have a different impact depending on gender and age. Somewhat paradoxically, however, when we controlled for the social environment, these previous predictors lost their explanatory power and peer effects were found to explain between 46 and 76% of gaps and to exhibit an increasing age pattern.

► Ostéoporose

39485

RAPPORT, INTERNET
International Osteoporosis Foundation.
(I.O.F.). Nyon. CHE

***Osteoporosis in the European Union in
2008: Ten years of progress and ongoing
challenges.***

*L'ostéoporose dans l'Union européenne en
2008: dix ans de progrès et de défis à relever.*

Nyon : International Osteoporosis
Foundation : 2008 : 28p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/publications/pdf/eu-report-2008.pdf>

Ce rapport publié en octobre 2008 fournit une aperçu des progrès réalisés et des défis à relever en matière de gestion de l'ostéoporose dans l'Union européenne, depuis le rapport d'«audit» de l'Union européenne de 2001 et dix ans après le jalon qu'ont constitué le rapport de 1998 et les recommandations de la Commission européenne.

► Santé et travail

37302

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

***Working conditions and health of European
older workers.***

*Conditions de travail et état de santé des
travailleurs âgés européens.*

Document de travail Irdes ; 8

Paris : Irdes : 2008/02 : 21p., 6 tabl.

Cote Irdes : DT8

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT8WorkingCondHealthEuropOldWorkers.pdf>

Working conditions have greatly evolved in recent decades in developed countries. This evolution has been accompanied with the appearance of new forms of work organisation that may be sources of stress and health risk for older workers. As populations are ageing, these issues are particularly worrying in terms of the health, labour force participation and Social Security expenditure. This paper fo-

cuses on the links between quality of employment and the health of older workers, using the Share 2004 survey. Our research is based on two classical models: the Demand-Control model of Karasek and Theorell (1991) and the Effort-Reward Imbalance model of Siegrist (1996), which highlight three main dimensions: Demand that reflects perceived physical pressure and stress due to a heavy work load; Control that refers to decision latitude at work and the possibilities to develop new skills; and Reward that corresponds to the feeling of receiving a correct salary relatively to efforts made, of having prospects for personal progress and receiving deserved recognition. These models also take into account the notion of support in difficult situations at work and the feeling of job security. Our estimations show that the health status of older workers is related to these factors. Fairly low demand levels and a good level of reward are associated with a good health status, for both men and women. Control only influences the health status of women. Lastly, the results reveal the importance on health of a lack of support at work and the feeling of job insecurity; regardless of gender; these two factors are particularly related to the risk of depression. Thus health status and working conditions are important determinants of the labour force participation of older workers (résumé d'auteur).

39523

DOCUMENT DE TRAVAIL
CHATTERJI (P.), ALEGRIA (M.), TAKEUCHI (D.)

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

Psychiatric disorders and employment : new evidence from the Collaborative Psychiatry Survey (CPES).

Troubles psychiatriques et emploi : nouveaux résultats issus de l'enquête « Collaborative Psychiatry Survey ».

NBER Working Paper Series ; n° 14404
Cambridge : NBER : 2008/09 : 41p., ann.
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14404>

This paper uses data from the NIMH Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys to estimate the effects of psychiatric disorder on employment. We model the employment and disorder outcomes jointly with a bivariate probit model using local availability of treatment resources and early onset of disorder as identifying variables. As a complement to our main findings, we apply methods proposed in

Altonji, Elder and Taber (2005) that allow one to gauge the sensitivity of the estimated effect of disorder to various degrees of selection on unobserved variables, without relying on identifying exclusions. Among males, psychiatric disorder in the past 12 months is associated with a reduction of 9 to 11 percentage points in the likelihood of current labor force participation and a reduction of about 10 percentage points in the likelihood of employment. Among females, we also find negative, but less consistent, associations between recent disorder and labor force participation and employment.

39548

OUVRAGE
DOUGUET (F.) / dir., MUNOZ (J.) / dir.

Santé au travail et travail de santé.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2008 : 172p.
Cote Irdes : A3794

<http://www.presses.ehesp.fr/sciences-humaines-sociales/recherche-sante-social/386-sante-travail-travail-sante>

Cancers, troubles musculo-squelettiques, dépressions, suicides... Ces dernières années, de nombreuses études ont rappelé les répercussions parfois néfastes du travail sur l'état de santé physique ou mental des individus. Pourtant, les risques pour la santé susceptibles d'être générés par les conditions de travail demeurent, dans l'ensemble, mal connus et sous-estimés dans notre pays. Au plan de l'action publique, on assiste à une timide évolution des modalités de définition, de reconnaissance et de réparation des accidents et maladies professionnelles. À l'échelle des entreprises, on peut s'interroger sur les modalités, les effets et les difficultés des politiques de prévention et de sécurité au travail. Comprendre les liens entre le travail et la santé implique l'analyse transversale des organisations, des politiques publiques, de l'activité concrète et des expériences privées et collectives. Quels sont les rôles des différents acteurs et institutions qui, en interaction, contribuent à la production de la santé au travail ? Quels sont les déterminants des décisions des employeurs ? Certaines formes d'organisation du travail ou de management facilitent-elles le traitement des contraintes ? Quels sont les effets propres de la capacité des individus et des collectifs à intervenir sur leur travail ? Fruit de la collaboration entre une quinzaine de chercheurs en sociologie, économie, histoire, psychologie, droit et gestion, cet ouvrage réunit un ensemble de contributions autour de ces questionnements.

40141

RAPPORT

GOULD (R.), ILMARINEN (J.), JARVISALO (J.), KOSKINEN (S.)

Finnish Centre for Pensions. Helsinki. FIN

Dimensions of work ability. Results of the Health 2000 Survey.

Dimensions de l'aptitude au travail : résultats de l'enquête santé finlandaise 2000.

Helsinki : Finnish Centre for Pensions : 2008 ; 185 p., tabl., graph.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=40886&Item=62531>

L'image de l'aptitude au travail a changé au cours des années en raison des changements dans la vie professionnelle, la santé publique, la structure de la population, la culture et les normes sociales. Une connaissance globale et actualisée de celle-ci est essentielle pour promouvoir des carrières plus longues, une croissance de l'emploi et le bien être des populations actives ou retraitées. Ce rapport, basé sur les résultats d'une enquête finlandaise sur la santé, propose un panorama complet de l'aptitude au travail dans deux groupes, les jeunes adultes (30-64 ans) et les plus de 64 ans.

tations maladie et invalidité de longue durée ?

Ce rapport analyse les facteurs qui pourraient expliquer ce paradoxe. C'est le troisième rapport de la série d'examen de l'OCDE sur la maladie, le handicap et le travail. Les auteurs s'y intéressent plus particulièrement aux cas du Danemark, de la Finlande, de l'Irlande et des Pays-Bas et mettent en lumière le rôle des institutions et des politiques. Cet ouvrage recommande un éventail de réformes susceptibles de répondre aux défis auxquels ces quatre pays font face. L'expérience des quatre pays permet de tirer des leçons sur la façon de réduire les flux d'entrée dans les régimes d'indemnisation maladie et invalidité grâce à une bonne gestion de la maladie, aussi bien pour les travailleurs que pour les chômeurs, et sur le moyen de promouvoir le passage des prestations vers l'emploi à travers des aides ciblées, accessibles et efficaces. Dans les quatre pays retenus, des mesures supplémentaires pourraient être prises pour réduire les flux d'entrée dans les régimes d'indemnisation et pour promouvoir le retour à l'emploi des bénéficiaires de prestations. Bien des personnes souffrant de problèmes de santé ou ayant une capacité de travail réduite peuvent travailler et souhaitent réintégrer le marché du travail. Les y aider permettrait d'échapper à l'exclusion et d'augmenter leurs revenus tout en améliorant les perspectives économiques à long terme.

40402

INTERNET , OUVRAGE

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

Sickness, Disability and Work. Breaking the barriers. Volume 3 : Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.

Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Volume 3 : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas.

Paris : OCDE : 2008 : 208p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd.org/document/62/0,3343,en_2649_33933_41662270_1_1_1_1,00.html

Trop de travailleurs quittent pour toujours le marché du travail pour raison de santé. Et trop de personnes affectées d'un handicap se voient refuser la possibilité de travailler. C'est une tragédie à la fois sociale et économique qui frappe pratiquement l'ensemble des pays de l'OCDE ; c'est aussi un paradoxe qui mérite explication. Comment se fait-il qu'alors que l'état de santé des populations s'améliore, de plus en plus de gens en âge de travailler sont exclus de la population active et vivent de pres-

PERSONNES ÂGÉES

Établissements d'hébergement

40172

RAPPORT

Ernst & Young. Paris-La Défense. FRA, Sénat. Mission Commune d'Information sur la Prise en Charge de la Dépendance et la Création du Cinquième Risque. Paris. FRA

Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes.

Paris : Sénat : 2008/10 : 71p.

Cote Irdes : B6612

<http://www.senat.fr/commission/missions/Dependance/etude.pdf>

La mission sénatoriale d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, que préside Philippe Marini (UMP - Oise) et dont le rapporteur est Alain Vasselle (UMP - Oise), vient de rendre publi-

que une étude qu'elle a commandée à Ernst & Young, sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes. L'étude constate le poids croissant du secteur privé lucratif porté par un mouvement de concentration à côté d'un secteur privé non lucratif toujours prédominant au sein du secteur privé, mais qui perd des parts de marché. Ernst & Young prévoit la création de groupes exhaustifs maîtrisant tous les chaînons de l'offre, du service à la personne à l'hébergement médicalisé. Aujourd'hui, la perte d'autonomie à des stades plus ou moins avancés concerne ainsi près de 9 personnes sur 10 vivant en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, avec souvent un cumul de problèmes physiques et psychiques touchant la faculté de réaliser des gestes de la vie courante et les capacités d'orientation ou de cohérence. Les maisons de retraite, futures EHPAD, répondent et répondront donc de plus en plus à l'urgence médicale et sociale, ce qui pose la question de la mixité des établissements et du déficit d'offre à destination du « 3e âge » valide.

► Participation sociale

37058

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

Promoting social participation for healthy ageing : a counterfactual analysis from the survey of health, ageing, and retirement in Europe (Share).

Encourager la participation sociale afin de vieillir en bonne santé - Une analyse contrefactuelle de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).

Paris : Irdes : 2008 : 19p.

Cote Irdes : DT 7

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT7PromotingSocialParticipation.pdf>

► Prise en charge médico-sociale

38844

DOCUMENT DE TRAVAIL
BAGUELIN (O.), GRAMAIN (A.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-
Le-Grand. FRA

Recours aux aides professionnelles et mobilisation familiale : La prise en charge de personnes souffrant de troubles du comportement et de la mémoire repose-t-elle sur des configurations d'aide spécifiques ?

Noisy Le Grand : CEE : 2008/01 : 25 p.,
14 tabl., 2 ann.

Cote Irdes : C, B6539

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/aides_professionnelles_95.pdf

Cette étude documente la spécificité des configurations d'aide à domicile mises en place autour des personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de la mémoire (TCM). L'analyse repose sur la comparaison d'un échantillon de personnes présentant des TCM (enquête Medips) à un échantillon représentatif de personnes dépendantes de plus de 60 ans (enquête Share France). Après neutralisation des différences de protocole entre les deux enquêtes, les configurations d'aide mises en place autour des personnes souffrant de TCM se distinguent par un recours quasi systématique et inélastique à l'aide familiale hors-ménage. Qu'un aidant professionnel intervienne ou non, le fait que la personne âgée dispose d'un cohabitant n'exempte pas d'autres membres de l'entourage de s'impliquer. Les logiques d'implication filiale, individuelles ou collectives, apparaissent également sensibles à l'origine de la dépendance. L'analyse suggère cependant que la plupart de ces résultats peuvent être répliqués pour l'échantillon représentatif, en se limitant au quartile présentant le plus grand nombre d'incapacités : en termes de prise en charge, la dépendance psychique mobilise à la mesure des dépendances physiques les plus lourdes. Ces résultats, qui ne concernent que les personnes à domicile, peuvent s'interpréter, en négatif, en termes de différences dans les conditions de recours aux hébergements collectifs (Résumé d'auteur).

39029

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
JIMENEZ-MARTIN (S.), VILAPLANA (C.)
Universitat Pompeu Fabra. Department of
Economics and Business. Barcelone. ESP

***Trade-Off between Formal and Informal Care
in Spain.***

*Compromis de choix entre les soins formels et
informels en Espagne.*

Barcelone : Universitat Pompeu Fabra :
2008/05 : 42p., 10 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.econ.upf.edu/docs/papers/
downloads/1096.pdf](http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/1096.pdf)

The remarkable growth of older population has moved long term care to the front ranks of the social policy agenda. Understanding the factors that determine the type and amount of formal care is important for predicting use in the future and developing long-term policy. In this context we jointly analyze the choice of care (formal, informal, both together or none) as well as the number of hours of care received. Given that the number of hours of care is not independent of the type of care received, we estimate, for the first time in this area of research, a sample selection model with the particularity that the first step is a multinomial logit model. With regard to the debate about complementarity or substitutability between formal and informal care, our results indicate that formal care acts as a reinforcement of the family care in certain cases: for very old care receivers, in those cases in which the individual has multiple disabilities, when many care hours are provided, and in case of mental illness and/or dementia. There exist substantial differences in long term care addressed to younger and older dependent people and dependent women are in risk of becoming more vulnerable to the shortage of informal caregivers in the future. Finally, we have documented that there are great disparities in the availability of public social care across regions.

► **Recours aux soins**

38644

DOCUMENT DE TRAVAIL
BOLIN (K.), LINDGREN (A.), LINDGREN
(B.), LUNDBORG (P.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

***Utilization of Physicians Services in the
50+ Population. The Relative Importance
of Individual versus Institutional Factors in
10 European Countries.***

*Recours aux médecins chez les personnes
âgées de 50 ans et plus. L'importance relative
des facteurs individuels et institutionnels dans
10 pays européens.*

NBER Working Paper Series ; 14096

Cambridge : NBER : 2008/06 : 42p., tab., fig.,
ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14096>

We analysed the relative importance of individual versus institutional factors in explaining variations in the utilisation of physician services among the 50+ in ten European countries. The importance of the latter was investigated, distinguishing between organisational (explicit) and cultural (implicit) institutional factors, by analysing the influence of supply side factors, such as physician density and physician reimbursement, and demand side factors, such as co-payment and gate-keeping, while controlling for a number of individual characteristics, using cross-national individual-level data from SHARE. Individual differences in health status accounted for about 50 percent of the between-country variation in physician visits, while the organisational and cultural factors considered each account for about 15 percent of the variation. The organisational variables showed the expected signs, with higher physician density being associated with more visits and higher co-payment, gate-keeping, and salary reimbursement being associated with less visits. When analysing specialist visits separately, however, organisational and cultural factors played a greater role, each accounting for about 30 percent of the between-country variation, whereas individual health differences only accounted for 1 percent of the variation.

Retraite

37283

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
BOUND (J.), WAIDMANN (T.)
Michigan Retirement Research Center
(M.R.R.C.). Ann Arbor. USA

Estimating the Health Effects of Retirement.

Estimer les effets de la retraite sur la santé.

Working Paper; wp 2007-168

Ann Arbor : Michigan Retirement Research
Center : 2007/10 : 33p., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.mrrc.isr.umich.edu/publications/Papers/pdf/wp168.pdf>

We estimate the magnitude of any direct effect of retirement on health. Since retirement is endogenous to health, it is not possible to estimate this effect by comparing the health of individuals before and after they retire. As an alternative we use institutional features of the pension system in the United Kingdom that are exogenous to the individual to isolate exogenous variation in retirement behavior. Data used will include both vital statistics and survey data that include both "objective" physical measurements and respondent self-reports. We find no evidence of negative health effects of retirement and some evidence that there may be a positive effect, at least for men.

38752

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

The sooner, the better ? Analyzing preferences for early retirement in European countries.

Le plus tôt est-il le mieux ? Analyse des préférences en matière d'âge de départ à la retraite dans les pays européens.

Document de travail Irdes ; 13

Paris : Irdes : 2008/07 : 25p., tabl., fig.

Cote Irdes : DT13

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT1AspirationRetraite.pdf>

Ce travail utilise la première vague de l'enquête européenne SHARE pour analyser l'effet de l'état de santé et de la satisfaction au travail sur les préférences en matière d'âge de départ en retraite dans 10 pays européens. Les préférences concernant l'âge de départ sont

mesurées par la probabilité de réponse positive à une question sur le souhait de partir à la retraite le plus rapidement possible. Les auteurs s'intéressent aux rôles joués par la santé et les conditions de travail pour expliquer à la fois les différences de préférence au niveau individuel et les différences de préférence entre les pays. Au niveau individuel, les effets obtenus sont conformes aux attentes, mais ne contribuent que faiblement à expliquer les différences moyennes constatées entre pays. A état de santé et conditions de travail individuelles identiques, les auteurs observent un gradient nord-sud du souhait de départ précoce à la retraite qui reste proche de l'effet brut. Ces résultats sont robustes au contrôle par des indicateurs de contexte institutionnel (générosité des systèmes de retraite) et au contrôle du biais de sélection lié au fait que la question ne touche que des individus encore en activité (résumé d'auteur).

39128

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
MEIJER (E.) , KAPTEYN (A.), ANDREYEVA (T.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Health Indexes and Retirement Modeling in International Comparisons.

Les indicateurs de santé et la modélisation de la retraite dans les comparaisons internationales.

Rand working paper ; 614

Santa Monica : Rand corporation : 2008/08 : 64p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : en ligne

http://www.rand.org/pubs/working_papers/2008/RAND_WR614.pdf

It is widely believed that health plays a major role in retirement decisions. The most important problem in including health in retirement models is the lack of availability of a good measure of health at the individual level in existing data sets. This problem is exacerbated when a model spanning multiple countries is desired, because self-reports on health may not be comparable across countries. Arguably, physical measures are less influenced by cultural and linguistic differences than self-reports on general health or even on health conditions. The authors develop a cross-country measurement model for health in which the relations between functional limitations, self-reports, and physical measures like grip strength are used to construct health indexes. Comparability across countries is achieved by using the physical measurements to define the measurement scales, and allowing

other parameters to vary across countries to account for cultural and linguistic differences in response patterns. The usefulness of the health indexes is then investigated by including it in some simple retirement models.

39784

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
ROBERTS (J.), RICE (N.), JOHNS (A.M.)
University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Early retirement and inequality in Britain and Germany: How important is health ?

Retraite précoce et inégalités de revenus en Grande Bretagne et en Allemagne : quel est le poids de la santé ?

HEDG Working Paper; 08/27

York : HEDG : 2008 ; 36p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_27.pdf

Both health and income inequalities have been shown to be much greater in Britain than in Germany. One of the main reasons seems to be the difference in the relative position of the retired, who, in Britain, are much more concentrated in the lower income groups. Inequality analysis reveals that while the distribution of health shocks is more concentrated among those on low incomes in Britain, early retirement is more concentrated among those on high incomes. In contrast, in Germany, both health shocks and early retirement are more concentrated among those with low incomes. We use comparable longitudinal data sets from Britain and Germany to estimate hazard models of the effect of health on early retirement. The hazard models show that health is a key determinant of the retirement hazard for both men and women in Britain and Germany. The size of the health effect appears large compared to the other variables. Designing financial incentives to encourage people to work for longer may not be sufficient as a policy tool if people are leaving the labour market involuntarily due to health problems.

► Soins informels

39444

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
FEVANG (E.), KVERNDOKK (S.), ROED (K.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Informal Care and Labor Supply

Soins informels et offre de travail.

Discussion Paper; 3717

Bonn : The Institute for the Study of Labor :
2008/09 : 37p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3717.pdf>

Based on Norwegian register data we show that having a lone parent in the terminal phase of life significantly affects the offspring's labor market activity. The employment propensity declines by around 1 percentage point among sons and 2 percentage points among daughters during the years just prior to the parent's death, ceteris paribus. Long-term sickness absence increases sharply. The probability of being a long-term social security claimant (defined as being a claimant for at least three months during a year) rises with as much as 4 percentage points for sons and 2 percentage points for daughters. After the parent's demise, earnings tend to rise for those still in employment while the employment propensity continues to decline. The higher rate of social security dependency persists for several years.

40315

RAPPORT, INTERNET
COYTE (P.C.) , GOODWIN (N.) , LAPORTE (A.)

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

How can the settings used to provide care to older people be balanced?

Comment mieux répartir l'offre de soins destinés aux personnes âgées ?

Policy brief : Health systems and policy analysis.

Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 23p., tabl., fig.

http://www.euro.who.int/document/hsm/4_hsc08_ePB_7.pdf

Tous les pays européens prévoient une augmentation spectaculaire du coût des soins formels et informels, allant de pair avec un recours croissant à ces soins, au fur et à mesure que le nombre de personnes âgées dépendantes souffrant de maladies chroniques de longue durée va s'accroître. La charge financière future, de plus en plus pesante, représentée par les soins aux aînés requiert

une exploitation optimale des ressources, et les cadres dans lesquels les soins sont délivrés doivent être adaptés à la fois à l'individu et à la collectivité. Comme l'on prévoit un recul de l'offre en matière de dispensation de soins informels, un investissement sera nécessaire dans l'autogestion de la santé à domicile, ainsi qu'un soutien accru de la part d'aidants dans le milieu de vie. L'augmentation prévue de la fréquence et du coût des soins dispensés en établissement hospitalier peut être partiellement compensée par des investissements dans des alternatives consistant à prodiguer des soins formels à domicile et à maintenir la personne dans son environnement familial. Ce document propose des options stratégiques à mettre en œuvre : création d'une plate-forme intellectuelle pour la planification, organisation des modalités de la fourniture de services, mise en place des dispositions financières basées sur le client, mise au point d'incitations en faveur des soins informels.

40763

RAPPORT

DOHNER (H.) / éd., KOFAHL (C.) / éd.

University of Hamburg. Hamburg.

Eurofamcare. DEU,

Supporting family carers of older people in Europe : empirical evidence, policy trends and future perspectives - The Pan-European Background Report (Peubare).

Comment aider les aidants familiaux des personnes âgées en Europe : évidence empirique, tendances de la politique actuelle et perspectives futures - Le rapport préalable pan-européen (Peubare).

Hamburg : Eurofamcare : 2005/11 : 155p., tabl.

Cote Irdes : B6656

www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/

EUROFAMCARE is the acronym of the project Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage funded by the European Union. In 2003, the project involved six countries (Germany, Greece, Italy, Poland, Sweden, United Kingdom) plus 17 further European countries. Many European and national reports have been written about the issue of care for older dependent people.¹ This report is designed to focus on family carers of older people and their situation while later we consider how services do and do not help those who, in virtually every country studied in this report, provide a vast amount of care and support – those termed family and informal car-

ers. It has been designed to be brief, to provide an overview of the 23 countries through their National Background Reports (NAB-AREs), and to act as a stimulus to all those involved in issues related to care. The report rests on the expertise of the authors of the national reports and those interested in specific details for each country should examine these reports. Both the final draft of this report and the matrices attached to the report have been circulated between the authors for feedback and final adaptations. The country specific findings and suggestions were re-assessed in the context of the findings from the other NAB-AREs. We thank all authors for their additional engagement in checking this report in order to improve consistency and reliability. It is hoped that family carers, policy makers and service providers will find something of interest in this report and that it will provide ideas about how best to move forward in supporting both family carers and older dependent people. At the EU level, the family care of dependent older people is being increasingly recognised as a significant issue, related as it is to the three keystones of accessibility, quality and sustainability of health care systems, to social inclusion and work (labour market).

► Soutien à domicile

39866

OUVRAGE

DJAOUI (E.)

Intervenir au domicile.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2008 : 278p.

Cote Irdes : A3810

<http://www.amazon.fr/Intervenir-au-domicile-Elian-Djaoui/dp/2859528202>

Le domicile n'est pas seulement ce territoire éminemment privé, échappant à tout regard extérieur, que chacun s'approprié. Il est aussi l'objet d'enjeux sociopolitiques forts. A preuve, la multiplicité des interventions publiques qui, progressivement, ont constitué les linéaments des diverses politiques sociales. Le domicile, comme la famille, est devenu l'objet d'une action publique multiforme. Lui-même est multidimensionnel. Sociologique, voire sociopolitique, en raison de son implication dans le contrôle des populations. Psychosociologique, comme indicateur majeur de l'inscription et de l'appartenance sociales. Psychologique enfin, comme reflet de la subjectivité et de la singularité de l'habitant. L'intervention au domicile, dans ses multiples modalités, permet d'explorer l'articulation entre ces différentes

dimensions. Quelles sont les visées explicites, et implicites, des politiques publiques? Comment l'habitant s'approprie-t-il son lieu de vie? Quels processus sont mobilisés lors d'une intervention à domicile? Dans cette confrontation entre le public et l'intime, quelles stratégies chacun des acteurs est-il amené à adopter? C'est à ces questions que s'efforce de répondre cet ouvrage conçu pour aider tous les professionnels que leur pratique conduit jusqu'à ce lieu particulier.

40761

OUVRAGE
VIAL (M.)

The care revolution : man at the centre of the global service revolution.

La révolution des soins : l'homme au centre de la révolution globale de la notion de service.

Nouveaux débats publics : 2008 : 182p.

Cote Irdes : A3855

After the Industrial Revolution and the Digital Revolution, will the new revolution of the post-industrial era be that of personal services? Powerful social and cultural trends are driving this new global paradigm including an ageing population, increasing urbanisation, broken families and the priority today attached to health and well-being which are all factors set to bring about an explosion in the demand for personal services in both industrialised and emerging countries: The Care Revolution is more than just a revolution in personal services, as it also embodies qualitative changes in the demand for tailored services. It is a clear indication of a new demand from consumers to be personally taken care of in solving their problems, whether day-to-day situations or the more dramatic. Personal services are a major economic sector, but one which is still undervalued and given insufficient regard. As Martin Vial sees it, the combination of the latest technology and tailored local access to services will make it possible to expand the range of possibilities while also generating greater economic value. At the same time, the author argues the case for a huge effort to professionalise the various participants in this industry and to ensure that their activities receive the recognition they so rightly deserve. The Care Revolution is also a social and ethical challenge as the health and treatment of the elderly form the very nucleus of this revolution. Life Management Programs are designed to support us throughout our lives to guarantee our physical and psychological health and well-being. The challenge of dependency is also a major

factor: we need to devote ever more financial and human resources to caring for an expanding dependent population, in which the use of new technologies will need to be extended to all. To support this global revolution, many key economic players have made their contribution, although the prevailing economic model still remains to be defined. One thing is certain though: the various participants in the "insurance" sector (a combination of traditional insurance and modern forms of personal assistance services) will certainly be at the very forefront of events.

40951

RAPPORT
CARRIER (S.), COUTURIER (Y.),
ETHERIDGE (F.) et al.
SOMME (D.) / dir., SAINT-JEAN (O.) / dir.
Caisse Nationale de Solidarité pour
l'Autonomie. (C.N.S.A.). Paris, Ministère
chargé de la Santé. Direction Générale de la
Santé. (D.G.S.). Paris. FRA, Régime Social
des Indépendants. (R.S.I.). Saint-Denis. FRA.

Rapport PRISMA France : intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action.

Paris : La documentation française :
2008/12 : 199p., tabl.

Cote Irdes : B6675

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000078/0000.pdf>

La prolongation de l'espérance de vie, la durée de la vie en perte d'autonomie ou la prévalence des problèmes de santé et sociaux de longue durée provoquent une transformation des besoins de la population en matière de soins de santé et de services sociaux. De plus en plus le maintien à domicile est privilégié par rapport à l'hospitalisation : de nouveaux services sociaux se mettent en place. Il est nécessaire d'inventer des dispositifs favorisant l'intégration des services pour assurer leur cohérence, leur efficacité, et le maintien de leur qualité. Le rapport présente et analyse l'étude PRISMA (Projet et recherches sur l'intégration des services pour l'autonomie) initiée conjointement par la direction générale de la santé (Ministère de la santé et des sports) et par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce dispositif a été implanté avec succès au Québec. Méthodologie de recherche, adaptation d'une méthode d'évaluation de l'implantation du modèle, mise en perspective du contexte gérontologique, gouvernance de la mise en oeuvre d'une innovation dans le système de la santé et des services sociaux... sont autant de sujets étudiés par ce rapport.

► Vieillesse en bonne santé

40505

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

Policies for Healthy Ageing: An Overview.

*Panorama d'ensemble des politiques en faveur
d'un vieillissement en bonne santé.*

OECD Health Working Paper; 42
Paris : OCDE : 2009/02 : 30p., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.olis.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000BDE/\\$FILE/JT03259727.PDF](http://www.olis.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000BDE/$FILE/JT03259727.PDF)

Ce document de travail examine les politiques relatives au vieillissement en bonne santé. Compte tenu du vieillissement démographique annoncé dans les pays de l'OCDE au cours des prochaines décennies, préserver la bonne santé des personnes âgées deviendra de plus en plus important. Des politiques réussies dans ce domaine peuvent augmenter la main-d'œuvre potentielle ainsi que l'offre de services non marchands. Elles peuvent aussi retarder le besoin de soins de longue durée pour les personnes âgées. Une première partie définit brièvement ce que l'on entend par « vieillir en bonne santé » et analyse des concepts similaires – tels que le « vieillissement actif ». Le rapport présente ensuite quatre groupes de politiques et, pour chacun, les différents programmes mobilisables afin d'améliorer l'état de santé des personnes âgées. Une question importante sur l'action publique dans ce domaine consiste à savoir si ces programmes ont un effet positif sur les résultats de santé et s'ils sont coût-efficaces. S'agissant des programmes spéciaux, les études couvertes dans le présent rapport indiquent en outre que la combinaison de plusieurs mesures apporterait des améliorations majeures à la santé et au bien-être des cohortes âgées. On citera par exemple le report du départ à la retraite ; le développement des services communautaires ; l'amélioration du mode de vie ; une meilleure adaptation des systèmes de soins aux besoins des personnes âgées conjuguée au développement des mesures de prévention d'un bon rapport coût-efficacité. Néanmoins, cette étude conclut aussi que, s'il a été montré que certains instruments d'action peuvent contribuer à améliorer la santé des personnes âgées, les plus coût-efficaces n'ont pas été clairement identifiés. Par conséquent, si les interventions publiques doivent se baser davantage sur les

faits, de nouvelles études s'imposent dans ce domaine. Cela dit, quels que soient les programmes retenus, leur intégration à des cadres d'action plus larges réunissant l'ensemble des mesures afin qu'elles se renforcent mutuellement, stimulerait probablement les progrès en matière du vieillissement en bonne santé.

► Vieillesse des handicapés

40380

OUVRAGE
BLANC (A.) / dir.

Les travailleurs handicapés vieillissants.

Grenoble : Presses Universitaires de
Grenoble : 2008 : 244p., tabl.

Cote Irdes : A3837

<http://www.pug.fr/titre.asp?Num=1059>

Alors que la thématique de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés a suscité l'intérêt d'un nombre croissant de spécialistes divers, celle des travailleurs handicapés vieillissants a eu un moindre écho. Elle prend aujourd'hui une dimension nouvelle du fait de l'allongement programmé de la durée d'activité des salariés appartenant au milieu ordinaire de travail et de l'augmentation de l'espérance de vie des travailleurs handicapés exerçant dans le secteur protégé. Les employeurs de ces deux secteurs sont confrontés à la présence d'une population constituée de travailleurs handicapés vieillissants connaissant des restrictions de capacités, d'usure professionnelle, de limitations de compétences dues à l'avancée en âge... Ils devront donc trouver les modalités adaptées permettant de prendre en compte les spécificités de cette population. En se centrant sur l'émergence d'une thématique nouvelle, les auteurs de cet ouvrage apportent leur contribution à une réflexion portant sur les conditions de prise en charge d'une main-d'œuvre spécifique et sur les modalités d'existence d'une solidarité collective.

► Accès aux soins

40349

RAPPORT

BELOGEY (J.M.) / prés.

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

**Rapport de la Commission d'audition.
Audition publique : Accès aux soins des
personnes en situation de handicap.**

Saint-Denis La Plaine : HAS : 2009 : 66p.,
annexes

Cote Irdes : c, B6632

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/audition_publicque_acces_soins_personnes_handicap_22_23102008.pdf

Les deux principaux objectifs fixés à cette audition publique consistent à établir un état des lieux globalisé des données disponibles et des principaux freins et obstacles habituellement constatés de façon éparse et à formuler des préconisations concrètes et pratiques pour améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap. Cette audition publique avait également pour objet de répondre aux quatre questions suivantes : Pour une personne en situation de handicap vivant à domicile sans accompagnement par une structure de soutien institutionnel, quels sont les principaux freins identifiables pour l'accès aux soins non directement liés à la nature du handicap ? Quelles préconisations pour les diminuer ? Pour une personne en situation de handicap, le fait de vivre en institution est-il de nature à constituer un élément facilitant ou un obstacle à l'accès aux soins non directement liés à la nature du handicap ? Quelles préconisations pour lever les obstacles constatés ? Pour une personne en situation de handicap vivant à domicile, l'accompagnement par un service médico-social est-il de nature à constituer un élément facilitant ou un obstacle à l'accès aux soins non directement lié à la nature du handicap ? Quelles préconisations pour lever les obstacles constatés ? Entre les différents intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social auprès de la personne en situation de handicap, quelle articulation existe-t-il pour coordonner un accès aux soins non directement liés à la nature du handicap ? Pour préparer cette audition publique, 23 experts (professionnels du champ sanitaire et médico-social, institutionnels, patients, etc.) ont été sollicités et un groupe de travail bibliographique a fait la synthèse des travaux disponibles dans la littérature.

40893

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
BUSTILLO RAFAEL (M. de), JOSE-IGNACIO
(A.)

University of Munich. Munich. DEU

**Health care utilization and immigration in
Spain**

Recours aux soins et immigration en Espagne.

Münich Personal Repec Archive (MPRA)
Paper ; 9418.

Münich : University of Munich, Munich
Personal RePEc Archive . 12382. : 2009/03 :
28p.

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:pra:mprapa:12382&r=hea>

The aim of this work is to analyze the use of health care services by immigrants in Spain. Using a nationally representative health survey from 2006-2007 that allows overcoming problems present in previous studies and negative binomial and hurdle models, it is found that there is no statistically significant difference in the patterns of visits to physicians and hospital stays between migrants and natives in Spain. However, immigrants have a lower access to specialists and visit emergency rooms with higher frequency than nationals.

► Effets contextuels

38326

DOCUMENT DE TRAVAIL
DEBRAND (T.) , PIERRE (A.) , ALLONIER
(C.) , LUCAS-GABRIELLI (V.)

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

**Health status, neighbourhood effects and
public choice : Evidence from France.**

*Etat de santé, effets contextuels et choix
publique : évidence française.*

Document de travail Irdes ; 11

Paris : Irdes : 2008/06 : 20p.

Cote Irdes : DT11

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT11HealthStatusNeighbourhoodPubChoice.pdf>

Observation of socioeconomic statistics between different neighbourhoods highlights significant differences for economic indicators, social indicators and health indicators. The issue faced here is determining the ori-

gins of health inequalities: individual effects and neighbourhood effects. Using National Health Survey and French census data from the period 2002-2003, we attempt to measure the individual and collective determinants of Self-Reported Health Status (SRH). By using a principal component analysis of aggregated census data, we obtain three synthetic factors called: “economic and social condition”, “mobility” and “generational” and show that these contextual factors are correlated with individual SRHs. Since the 80s, different French governments have formulated public policies in order to take into account the specific problems of disadvantaged and deprived neighbourhoods. In view to concentrating national assistance, the French government has created “zones urbaines sensibles” (ZUS) [Critical Urban Areas, CUA]. Our research shows that in spite of implementing public policy in France to combat health inequalities, by only taking into account the CUA criterion (the fact of being in a CUA or not), many inequalities remain ignored and thus hidden.

► Inégalités sociales de santé

38328

DOCUMENT DE TRAVAIL
TUBEUF (S.), JUSOT (F.), DEVAUX (M.),
SERMET (C.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health.

Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé ressenti et inégalités sociales de santé.

Document de travail Irdes ; 12

Paris : Irdes : 2008/06 : 24p.

Cote Irdes : DT12

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT12SocialHeterogeSelfReportHealthStatus.pdf>

This study aims to analyse the impact of the measurement of health status on socioeconomic inequalities in health. A MIMIC model with structural equations is used to create a latent variable of health status from four health indicators: self-assessed health, report of chronic diseases, report of activity limitations and mental health. Then, we disentangle the impact of sociodemographic characteristics on latent health from their direct impact on each health indicator and discuss their effects on

the assessment of socioeconomic inequalities in health. This study emphasises differences in inequalities in health according to latent health. In addition, it suggests the existence of reporting heterogeneity biases. For a given latent health status, women and old people are more likely to report chronic diseases. Mental health problems are over-reported by women and isolated people and under-reported by the oldest people. Active and retired people as well as non manual workers in the top of the social hierarchy more often report activity limitations. Finally, highly educated and socially advantaged people more often report chronic diseases whereas less educated people underreport a poor self-assessed health. To conclude, the four health indicators suffer from reporting heterogeneity biases and the report of chronic diseases is the indicator which biases the most the measurement of socioeconomic inequalities in health.

38822

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
SALM (M.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

The Role of Childhood Health for the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from Administrative Data

Le rôle de la santé durant l'enfance pour la transmission intergénérationnelle du capital humain : résultats issus de données administratives.

Bonn : The Institute for the Study of Labor :
2008/08 : 38p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3646.pdf>

We use unique administrative German data to examine the role of childhood health for the intergenerational transmission of human capital. Specifically, we examine the extent to which a comprehensive list of health conditions – diagnosed by government physicians – can account for developmental gaps between the children of college educated parents and those of less educated parents. In total, health conditions explain 18% of the gap in cognitive ability and 65% of that in language ability, based on estimations with sibling fixed effects. Thus, policies aimed at reducing disparities in child achievement should also focus on improving the health of disadvantaged children.

38982

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
JURGES (H.)
Mannheim Research Institute for the
Economic of Aging. (M.E.A.). Mannheim.
GER

***Health inequalities by education, income
and wealth : a comparison of 11 european
countries and the US.***

*Inégalités de santé liés à l'éducation, le revenu
et la richesse économique : étude comparée de
11 pays européens et des Etats-Unis.*

Mannheim Economics Department
Discussion Papers ; 140-2007
Mannheim : MEA : 2007 : 13p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/
meadp_140-07.pdf](http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp_140-07.pdf)

This paper compares education, income and wealth-related health inequalities using data from 11 European countries and the US. The health distribution of the US, England and France are relatively unequal independent of the stratifying variable, while Switzerland or Austria always have relatively equal distribution. Some countries such as Italy dramatically changes rank depending on stratifying variable.

39115

DOCUMENT DE TRAVAIL
OR (Z.) , JUSOT (F.) , YILMAZ (E.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

***Impact of health care system on
socioeconomic inequalities in doctor use.***

*Impact du système santé sur les inégalités
socio-économiques dans le recours aux soins.*

Document de travail Irdes ; 17
Paris : Irdes : 2008/09 : 22p.
Cote Irdes : DT17
[http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/
WorkingPapers/DT17ImpactHealthCareSystSocio
economicInequalities.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT17ImpactHealthCareSystSocioeconomicInequalities.pdf)

This study examines the impact of health system characteristics on social inequities in health care use in Europe, using data from national surveys in 13 European countries. Multilevel logistic regression models are estimated to separate the individual level determinants of generalist and specialist use from the health system level and country specific factors. The results suggest that beyond the divi-

sion between public and private funding and cost-sharing arrangements in health system, the role given to the general practitioners and/or the organization of the primary care might be essential for reducing social inequities in health care utilisation.

39790

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

***Mourir avant 60 ans, le destin de 12 % de
hommes et 5 % de femmes d'une génération
de salariés du privé.***

In France, portrait social. Edition 2008.
Paris : Insee : 2008/11 : 175-193, tabl.
Cote Irdes : A3797

L'étude présentée ici montre, à milieu social donné, c'est-à-dire en considérant des groupes de personnes dont les comportements sont a priori relativement homogènes, qu'il existe des disparités de mortalité précoce significatives selon la catégorie socioprofessionnelle détaillée mais aussi selon la taille de l'entreprise, le fait d'être ou non à temps complet et le secteur d'activité, ce qui suggère un lien avec les conditions de travail. Par exemple, les ouvriers non qualifiés ne présentent pas les mêmes risques de décès précoce selon leur spécialisation : 15,7 % des ouvriers non qualifiés de type artisanal à 36 ans nés entre 1940 et 1946 sont décédés avant 60 ans contre 13,8 % de ceux de type industriel. Pour les ouvriers et employés, les disparités de risques de décès entre catégories socioprofessionnelles sont encore plus marquées quand on prend compte les changements professionnels survenus après 36 ans tels que la promotion en tant que cadre ou profession intermédiaire ou l'arrêt complet de l'activité salariée. D'ailleurs, les professions où les risques de décès sont les plus élevés coïncident avec celles où les sorties de l'emploi salarié sont les plus nombreuses, ce qui laisse encore supposer un effet du métier sur l'état de santé. Enfin, la structure de mortalité féminine constitue un dernier indice témoignant de l'effet de la profession : les inégalités de mortalité entre catégories socioprofessionnelles détaillées y sont moins fortes que pour les hommes, ce qui pourrait résulter, surtout dans les anciennes générations étudiées ici, de leur moins grande présence sur le marché du travail.

40030

OUVRAGE

FASSIN (D.), BATAILLE (P.), HEBERT (C.) et al.
NIEWIADOMSKI (C.) / coord., AIACH (P.) / coord.

Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2008 : 281p.

Recherche santé social.

Cote Irdes : A3800

Trop souvent méconnue, tant par la classe politique que par le corps soignant, la problématique des inégalités sociales de santé demeure particulièrement vive. Les progrès de la médecine contemporaine pourraient laisser espérer une réduction sensible de ces inégalités. Pourtant, les personnes les plus vulnérables socialement restent, encore et toujours, celles qui sont les plus touchées sur le plan sanitaire. Alors que l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter dans les pays industrialisés au cours de la seconde moitié du XXe siècle, on continue d'observer, liées à l'origine sociale, de très fortes inégalités face à la mort, à la maladie, au handicap et à l'accès aux soins. Comment comprendre la complexité des facteurs qui déterminent cet état de fait ? Si les inégalités sociales de santé peuvent être envisagées comme le produit ultime de l'incorporation des inégalités sociales, qu'elles soient matérielles ou culturelles, mieux les comprendre peut-il contribuer à les réduire ? Seize chercheurs français et européens proposent ici un panorama des principaux problèmes politiques, théoriques et pratiques posés par la notion d'inégalités sociales de santé.

40140

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

OLIVER (A.)

London School of Health Economics.

(L.S.E.). Londres. GBR

Reflections on the Development of Health Inequalities Policy in the United Kingdom.

Réflexions sur le développement de la politique sur les inégalités de santé au Royaume-Uni.

Working Paper : 11/2008

Londres : LSE : 2008/10 : 32p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHWP11.pdf>

Abstracts are written to summarise documents and to whet the reader's interest. Alas, many

readers just use them as a substitute for reading the whole paper, which given the brevity of abstracts can give a somewhat distorted impression. I hope that having read this abstract, you will read on. If you do, you will find that I offer a little personal history and a little impersonal history on the development of interest in the issue of health inequalities in the United Kingdom. I then summarise the policy response of recent Labour governments, briefly detail the effects of this response, and finally offer my own three-pronged policy attack on our thus far really quite stubborn inequalities in health.

40176

OUVRAGE

LECLERC (A.), KAMINSKI (M.), LANG (T.)

Inégaux face à la santé : du constat à l'action.

Paris : INSERM ; Paris : Editions de la découverte : 2008 : 218p., ann.

Cote Irdes : A3819

<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/inegaux-face-a-la-sante-9782707147226>

Contrairement à une idée répandue, nous ne sommes pas tous égaux face à la mort. Et nous ne le sommes pas davantage face aux maladies et aux risques sanitaires. Il ne s'agit pas seulement d'une ligne de partage entre les plus pauvres et les autres, mais d'inégalités qui traversent l'ensemble de la société. Il ne s'agit pas non plus avant tout d'accès aux soins. Les inégalités de santé trouvent leur origine dans des domaines extrêmement variés, comme le quartier d'habitation, l'emploi, les conditions de travail, les ressources. Paradoxalement, les « progrès de la médecine » et le développement des démarches de prévention créent également des inégalités. Les connaissances ont beaucoup progressé dans ces domaines, ce qui permet de dresser pour la France un état des lieux fondé sur des données récentes. Synthétisant les résultats de nombreuses enquêtes, cet ouvrage aborde les multiples facettes du problème. Il montre notamment que les « causes » de ces inégalités sont de mieux en mieux cernées et que cela devrait inciter les responsables politiques et, au delà, l'ensemble de la société à agir en conséquence pour les réduire. En effet, dans de nombreux pays, particulièrement en Europe, une mobilisation importante existe autour de cet enjeu. Le but de cet ouvrage est de le rendre davantage présent dans les débats et les décisions, non seulement dans le secteur de la santé, mais bien au delà, dans tous les secteurs de la société

40722

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DE LOOPER (M.), LAFORTUNE (G.)
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi - du Travail et des
Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

***Measuring disparities in health status and
access and use of health care in OECD
countries.***

*Mesurer les inégalités en matière d'état de
santé, d'accès et de recours aux soins de santé
dans les pays de l'OCDE.*

OECD Health Working Paper; 43

Paris : OCDE : 2009/03 : 53p., tabl., fig.,
annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/\\$FILE/JT03260782.PDF](http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/$FILE/JT03260782.PDF)

Les politiques de santé dans la plupart des pays de l'OCDE ont comme objectifs majeurs la réduction des inégalités en matière de santé et le respect du principe d'un accès adéquat ou égal aux soins basé sur les besoins. Des données robustes et fiables sont nécessaires pour mesurer l'atteinte de ces objectifs politiques. Ce document de travail évalue la disponibilité et la comparabilité de certains indicateurs de l'inégalité de l'état de santé et de l'accès et de l'utilisation des soins dans les pays de l'OCDE, en se concentrant sur les disparités selon les groupes socio-économiques. Ces indicateurs sont illustrés à partir de sources de données nationales ou internationales qui permettent de distinguer les populations par niveau de revenu, d'éducation et d'emploi. Dans tous les cas, les personnes appartenant à des groupes socio-économiques désavantagés ont tendance à avoir des taux de morbidité, d'incapacité et de mortalité plus élevés, à utiliser moins de services préventifs et de soins spécialisés que ce à quoi on pourrait s'attendre sur la base de leurs besoins, et à payer une plus large part de leur revenu pour se procurer certains biens et services de santé. Parmi les options de travaux futurs de l'OCDE figure le développement d'un petit ensemble d'indicateurs clés dans le domaine des inégalités en santé qui pourraient être intégrés dans la base de données Eco-Santé OCDE. Certains indicateurs semblent plus avancés que d'autres pour une collecte de données internationales, puisque des données comparables sont déjà collectées régulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE. Ces indicateurs comprennent les indicateurs d'inégalité dans l'état de santé général perçu, l'incapacité auto-déclarée, le

degré de couverture des soins de santé publics et de l'assurance maladie privée, et les besoins de soins médicaux et dentaires non satisfaits. Accroître la disponibilité et la comparabilité des données améliorerait la validité des comparaisons internationales des inégalités socio-économiques de l'état de santé et de l'accès et de l'utilisation des soins. Pour que l'évolution de ces inégalités soit mesurée de manière régulière dans les pays de l'OCDE, il faudra harmoniser les définitions et les méthodes de collecte de données entre pays, et développer les possibilités de lier différentes sources de données au niveau national afin de permettre une désagrégation selon le statut socio-économique.

40878

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
VAN KIPPERSLUIS (H.), VAN DOORSLOER
(E.), O'DONNELL (O.), VAN OURT (T.)
Tinbergen Institute. Amsterdam. NLD

***Socioeconomic Differences in Health Over
the Life Cycle in an Egalitarian Country.***

*Les différences socio-économiques de santé au
cours du cycle de vie dans un pays égalitaire.*

Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI
2009-006/3.

Amsterdam : Tinbergen Institute. : 2008/06 :
12p.

Cote Irdes : En ligne

http://mpra.ub.uni-muenchen.de/9418/1/MPRA_paper_9418.pdf

A strong relationship between health and socioeconomic status is firmly established. Yet, partly due to the multidimensional and dynamic nature of the variables, the causal mechanisms connecting them are poorly understood. This paper argues that adoption of a life-cycle perspective is essential to uncover these causal pathways. A life-cycle perspective also allows investigation of whether the socioeconomically disadvantaged, on top of a lower health level, experience a sharper deterioration of their health over the life cycle. We show that in the Netherlands, as in the US, the socioeconomic gradient in health widens until late-middle age and narrows thereafter. The analysis and the available evidence suggests that the widening gradient is attributable both to health-related withdrawal from the labor force, resulting in lower incomes, and the cumulative protective effect of education on health outcomes. The less educated suffer a double health penalty in that they begin adult life with a slightly lower health level, which subsequently declines at a faster rate. The observed narrowing of the

gradient in old age is partly an artefact stemming from the fact that only the most healthy of the disadvantaged survive into old age. It also reflects that after middle age, withdrawal from the labor force increasingly occurs for non health-related reasons.

► Migrants

38753

DOCUMENT DE TRAVAIL

JUSOT (F.), SILVA (J.), DOURGNON (P.), SERMET (C.)

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

Etat de santé des populations immigrés en France.

Document de travail Irdes ; 14

Paris : Irdes : 2008/07 : 20p.

Cote Irdes : DT14

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopulImmigrFrance.pdf>

Ce document étudie les liens existant entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère, liées à l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Cette analyse suggère également un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

► Pauvreté

40183

OUVRAGE

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

Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE.

Paris : OCDE : 2008 : 341p., graph., tabl., ann.

Cote Irdes : A3820

http://www.oecd.org/document/36/0,3343,fr_2649_33933_41526756_1_1_1_1,00.html

Croissance et inégalités réunit de nombreuses analyses de la distribution des ressources économiques dans les pays de l'OCDE. Les données présentées sur la distribution des revenus et la pauvreté couvrent, pour la première fois, l'ensemble des 30 pays de l'OCDE au milieu des années 2000. En outre, des informations sur les évolutions observées depuis le milieu des années 80 sont fournies pour environ deux tiers d'entre eux. Cet ouvrage décrit également les inégalités dans divers domaines (tels que le patrimoine des ménages, les modes de consommation ou les services publics en nature) qui sont généralement exclus des analyses classiques sur la distribution des ressources économiques entre les individus et les ménages. Le lecteur trouvera dans ce rapport les informations les plus complètes, objectives et à jour qui soient. Il s'agit d'une référence essentielle pour permettre aux pouvoirs publics d'éviter un accroissement des inégalités sans sacrifier pour autant l'efficacité de l'économie

40872

DOCUMENT DE TRAVAIL

AGENOR (P.R.)

University of Manchester. Centre For Growth & Business Cycle Research. (C.G.B.C.R.). Manchester. GBR

Public Capital, Health Persistence and Poverty Traps

Capital public, persistance de la santé et trappe à la pauvreté.

Discussion Paper Series ; n° 115.

Manchester : CGBCR : 2009/02 : 68p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://d.repec.org/n?u=RePEc:man:cgbcpr:115&r=hea_

Growth dynamics and health outcomes are studied in a three period overlapping generations model with public capital. Reproductive agents face a non-zero probability of death in both childhood and adulthood. In addition to working, adults allocate time to their own health and child rearing. Health status in adulthood depends on health in childhood. With partial persistence in health, pure stagnation may occur. With full persistence, a stagnating equilibrium with low growth and high fertility may result from poor access to public capital. With threshold effects in health

status, multiple growth regimes may emerge. A reallocation of public spending toward health or infrastructure may shift the economy from a low-growth equilibrium to a high-growth, low-fertility steady state.

► Sans-domicile fixe

39489

DOCUMENT DE TRAVAIL
MARPSAT (M.)
Institut National d'Études Démographiques.
(I.N.E.D.). Paris. FRA

The INED research on homelessness, 1993-2008

Les recherches de l'Ined sur les sans-domicile, 1993-2008

Documents de travail; 156
Paris : INED : 2008 : 83p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1369/publi_pdf1_156.pdf

Ce document de travail regroupe tous les études menées par l'Ined (1993-2008) sur les sans-domicile, traduites en anglais.

► Soins dentaires

39776

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GRIGNON (M.), HURLEY (J.), WANG (L.),
ALLIN (S.)
McMaster University. Center for Health
Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).
Hamilton ON. CAN

Inequity in a market-based health system: evidence from Canada's dental sector.

Inéquité dans un système de santé lié au marché : résultats dans le secteur dentaire au Canada.

Chepa working paper series ; 08-05
Hamilton : McMaster University : 2008/10 :
27p., fig., tabl.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/Research-Products/Working-Papers.aspx>

We study the extent and drivers of income-related inequity in utilization of dental services in Canada using the concentration-index approach that has been widely applied to study equity in physician and hospital services. Because dental care is almost wholly privately

financed in Canada, our estimates provide a benchmark for income-related inequity of utilization in private health systems. Although a number of studies document a link between income and utilization, our study is one of the few measuring income-related inequity in dental care utilization. A unique feature of our study is that we analyze separately equity in total dental visits and in preventive visits. This is important because the case for equity is much clearer for preventive dental care. We also examine the impact of controlling for need using a wider variety of need indicators than previous analyses. We confirm that most oral health indicators perform poorly as need adjusters because they reflect past dental care use: individuals with higher levels of utilization also are in better oral health. Our most important finding is that access to preventive care is the most pro-rich type of dental care utilization and that income-related inequity in preventive dental care utilization is three times larger than what is measured for specialist services utilization in Canada.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

► Distances d'accès

39209

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HURLEY (J.), GRIGNON (M.), WANG (L.),
MCGRATH (T.)
McMaster University. Center for Health
Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.).
Hamilton ON. CAN

Geographic Equity in Hospital Utilization: Canadian Evidence Using a Concentration-Index Approach.

Équité géographique dans le recours à l'hôpital : données canadiennes issues d'une approche utilisant un index de concentration.

Chepa working paper series ; 08-03
Hamilton : McMaster University : 2008/06 :
31p., tab.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/Research-Products/Working-Papers.aspx>

Distance-related geographic barriers challenge the ability of health systems to allocate health care resources equitably according to need. The paper adapts the concentration-index approach, commonly used for measuring

income-related equity, to assess distance-related equity in hospital utilization in the province of Ontario, Canada. The analysis is based on individual-level data from the Canadian Community Health Survey, which provides information on respondents' hospital utilization, health status, demographic, socio-economic status and location, merged with data on Ontario hospitals, and a geo-coded measure of each respondent's distance to the nearest general acute-care hospital. We find no evidence of a relationship between distance to the nearest hospital and either the probability of hospitalization or the annual number of hospital nights. Supplementary analyses provide insight into hypothesized pathways between distance and hospitalization. Although having a regular medical doctor is positively associated with distance to the nearest hospital, controlling for this does not affect the estimated distance-hospitalization relationship. Both the size and occupancy rate of the nearest hospital are correlated with distance and are strongly related to the probability of hospitalization, but again controlling for these factors did not affect the estimated relationship between hospital use and distance to the nearest hospital. We do, however, find a strong positive gradient between the probability of hospitalization and distance to the nearest large hospital. This gradient is driven by the fact that, for most of those far from a large hospital, the nearest hospital is small with a low occupancy rate. Calculation of the distance-related horizontal inequity index confirms no distance-related inequity in hospital utilization when distance is measured to the nearest hospital of any size; however, when distance is instead measured to the nearest large hospital, we observe large, pro-distance inequity. These distance-use relationships are not captured by traditional geographic measures based on measures of urbanization/ruralness.

► Planification sanitaire

37957

DOCUMENT DE TRAVAIL
COLDEFY (M.), LUCAS-GABRIELLI (V.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification.

Document de travail Irdes ; 10

Paris : Irdes : 2008/05 : 29p.

Cote Irdes : DT10

[http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/
DocumentsDeTravail/
DT10TerritoireSanteApprRegion.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT10TerritoireSanteApprRegion.pdf)

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2011 ont pour leur part été profondément rénovés. Ils sont dorénavant l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. De simple contenant il devient un élément structurant de l'offre. Ce changement sémantique correspond à une évolution importante de la place et la conception de l'espace dans la planification sanitaire. Nous montrons que la définition de ce nouvel instrument a été traitée de manière assez différenciée selon les régions. Un tiers des régions ont préféré stabiliser le découpage du SROS2 en maintenant le découpage précédent, en regroupant des secteurs ou encore en les modifiant à la marge mais la grande majorité a cherché à inventer les territoires de santé en développant une nouvelle méthodologie. Le résultat final aboutit à une légère augmentation du nombre de secteurs, avec sept territoires supplémentaires, et notamment des petits territoires de moins de 200 000 habitants. À la lecture des différents SROS, nous constatons que les régions se sont relativement bien emparées de certains concepts de ces nouveaux schémas tels que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre niveaux de soins, l'utilisation sans réserve des différentes natures de territoire (organisation, projet et concertation). Par contre, certaines activités comme la psychiatrie, le secteur médico-social ou la médecine de ville sont encore insuffisamment intégrés dans la réflexion territoriale globale (résumé d'auteur).

► Démographie médicale

40715

RAPPORT , INTERNET
AMBROISE-THOMAS (P.)
Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution et assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

Paris : Académie Nationale de Médecine :
2009 : 6p., tabl., fig. :

Cote Irdes : en ligne

<http://www.academie-medicine.fr/pdfPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1198>

Aucune politique de santé ne peut se concevoir sans une connaissance précise et surtout sans des prévisions à long terme des besoins médicaux et des moyens de les satisfaire. La démographie médicale est l'un des éléments-clés de cette prospective. Elle recouvre un ensemble complexe de données qui concernent aussi bien les besoins à l'échelon national, que la nécessité d'assurer une offre de soins aussi homogène que possible sur l'ensemble de notre territoire. Tout le corps médical, quelles que soient les spécialités considérées, est évidemment concerné, mais cette étude se limite à la médecine générale, car elle est la base essentielle du système sanitaire français. Elle envisage d'abord, à l'échelon national, la démographie actuelle des médecins généralistes puis, surtout, la nécessité de réaliser des études prospectives et d'en tirer les conséquences. Puis en s'appuyant sur un rapport de l'Académie nationale de médecine de mars 2007, et sur des données plus récentes, elle rappelle ensuite les diverses mesures envisagées pour corriger l'inégale répartition de l'offre de soins, en soulignant dans chaque cas les avantages mais aussi les difficultés et les inconvénients prévisibles.

► Études d'ensemble

40542

OUVRAGE
CROOKS (V.A.) / éd., ANDREXS (G.J.) / éd.

Primary Health Care : people, practice, place.

Soins de santé primaire : patients, pratiques médicales et lieux d'exercice.

Farnham : Ashgate Publishing Company :
2009 : 16-280p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3846

http://www.ashgate.com/default.aspx?page=637&calctitle=1&pageSubject=475&title_id=9951&edition_id=10917

Health care is constantly undergoing change and refinement resulting from the adoption of new practices and technologies, the changing nature of societies and populations, and also shifts in the very places from which care is delivered. Primary Health Care: People, Practice, Place draws together significant contributions from established experts across a variety of disciplines to focus on such changes in primary health care, not only because it is the most basic and integral form of health service delivery, but also because it is an area to which geographers have made significant contributions and to which other scholars have engaged in 'thinking geographically' about its core concepts and issues. Including perspectives from both consumers and producers, it moves beyond geographical accounts of the context of health service provision through its explicit focus on the practice of primary health care. With arguments well-supported by empirical research, this book will appeal not only to scholars across a range of social and health sciences, but also to professionals involved in health services.

► Formation médicale continue

40182

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

Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

Paris : La Documentation française :
2008/11 : 37p., ann.

Cote Irdes : B6617

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000751/0000.pdf>

L'Inspection générale des affaires sociales a été chargée par la ministre de la Santé d'analyser une nouvelle fois l'organisation juridique, administrative et financière des dispositifs actuels de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles et de lui faire des propositions de simplification afin d'assurer une meilleure lisibilité pour les professionnels et les patients des moyens mis en oeuvre pour améliorer la qualité du système de santé. Dans une première partie, le rapport décrit les

dispositifs actuels de FMC et d'EPP. La mission, dans une deuxième partie, s'est attachée à faire des propositions d'aménagement qui sont présentées sous forme de réponses aux principales questions qui se posent (Que peut-on attendre de la FMC et de l'EPP ? Quel cadre général pour la FMC et l'EPP ? Faut-il un dispositif de validation des obligations de formation continue et d'EPP et lequel ? Faut-il prescrire aux médecins des thèmes de FMC et d'EPP ? Quel mode de financement de la FMC et de l'EPP ? Quel dispositif de contrôle et de promotion de la qualité de l'offre ? Quelle répartition des compétences et des responsabilités ?). Enfin, la troisième partie synthétise ses recommandations. L'Inspection plaide pour une démarche obligatoire de développement professionnel continu en participant à des actions de formation continue et d'évaluation de leurs pratiques. Les médecins choisissent librement les formations et les actions d'évaluation des pratiques parmi celles proposées par des organismes agréés. Pour ce qui concerne les médecins hospitaliers, une plus grande transparence des financements industriels est nécessaire. Pour les médecins libéraux, les actions de FMC et d'EPP correspondent à des thèmes prioritaires financés et indemnisés par un fonds mutualisé. Le pilotage général serait unifié via un Conseil national du développement professionnel continu regroupant les représentants de la profession (ordre, syndicats, associations de formation,...) des pouvoirs publics et de l'Urcam. La HAS définit les besoins et une structure positionnée au sein de la HAS ou placée auprès du Conseil national s'occupe de l'agrément des organismes de formation et d'EPP. Le Conseil national de l'Ordre des médecins valide les justificatifs des praticiens.

► Modes de rémunération

38998

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SCOTT (A.) , SCHURER (S.) , JENSEN (P.H.), SIVEY (P.)

Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research. Melbourne. AUS

The Effect of Financial Incentives on Quality of Care: The Case of Diabetes

Les effets des incitations financières sur la qualité des soins. : le cas du diabète.

Melbourne Institute Working; 12/08

Melbourne : Melbourne Institute of Applied economics and social research : 2008/07 : 27p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://melbourneinstitute.com/wp/wp2008n12.pdf>

Australia introduced an incentive payment scheme for general practitioners to ensure systematic and high quality care in chronic disease management. There is little empirical evidence and ambiguous theoretical guidance on which effects to expect on the quality of care. This paper evaluates the impact of the payment incentives on quality of care in diabetes, as measured by the probability of ordering an HbA1c test. The empirical analysis is conducted with a unique data set and a multivariate probit model to control for the simultaneous self-selection process of practices into the payment scheme and larger practices. The study finds that the incentive reform had a positive effect on quality of care in diabetes management and that participation in the scheme is facilitated by the support of Divisions of General Practice.

40136

RAPPORT , INTERNET

University of York. York. GBR, University of East Anglia. GBR

Quality and Outcomes Framework : Joint Executive Summary : Reports to the Department of Health from the University of East Anglia & the University of York.

Programme encadrant la qualité et l'évaluation des résultats : résumé exécutif commun : rapport de l'Université d'East Anglia et de l'Université de York au Département de la santé.

York : University of York : 2008 : 25p.

Cote Irdes : En ligne

[https://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/](https://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/jointexecutivesummaryUEA-York-%20270308final.pdf)

[jointexecutivesummaryUEA-York-%20270308final.pdf](https://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/jointexecutivesummaryUEA-York-%20270308final.pdf)

In April 2004 the new General Medical Service (GMS) contract was introduced into UK primary care. It included a major pay for performance scheme, known as the Quality and Outcomes Framework (QOF), which used a system of financial incentives for the achievement of various quality indicators. Under the QOF, payments to GP practices vary according to the proportion of patients meeting the indicator target, disease prevalence, practice size and the number of points assigned to each indicator. Focussing on QOF indicators that are likely to have a direct therapeutic impact, our research aimed to assess the extent to which the introduction of payments could be considered a cost-effective use of resources.

40157

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
SCHUMACHER (P.)
University of Munich. Munich School of
Management. Munich. DEU

***Compensation and Incentives in Medical
Networks with Gate-keeping and Case
Management.***

*Compensation et incitations financières dans les
réseaux médicaux intégrant médecin traitant et
gestion de cas.*

Discussion Paper 2008-14

Munich : School of Management : 2008/11 :
15p.

Cote Irdes : En ligne

[http://epub.ub.uni-muenchen.de/7955/1/
Compensation_and_Incentives_in_Medical_
Networks_with_Gatekeeping_and_Case_
Management_WP.pdf](http://epub.ub.uni-muenchen.de/7955/1/Compensation_and_Incentives_in_Medical_Networks_with_Gatekeeping_and_Case_Management_WP.pdf)

New approaches in health care, such as e.g. Integrated Delivery Systems, affect the role and tasks of medical suppliers. More and more, medical suppliers are incorporated into the process of guiding patients to medical specialists and hospitals and thus managing the course of disease. In this context, the role of medical gate-keepers and case managers may provide opportunities for undesirable behavior (from the network's point of view). Therefore, compensation-induced incentives for gatekeepers and case managers are in the main focus of the paper. Different health care payment systems and the impact of financial and non-financial incentives on case managers and gate-keepers in medical networks are analyzed. Another focus is laid on medical suppliers that are not involved in managing diseases and guiding patients. Due to their smaller margin of actions and possibilities to take advantage of it, reimbursement should emphasize different aspects than for case managers.

► Permanence des soins

40506

RAPPORT , INTERNET
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 2009.***

Paris : CNOM : 2009 : 36p., cartes, ann.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/
questionnairepds2009.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/questionnairepds2009.pdf)

Pour la 6ème année consécutive, 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. La participation volontaire était, en janvier 2009, supérieure à 60 % dans les trois-quarts des départements, contre 81 % l'année dernière et 85 % en 2007, montrant ainsi «un tassement du volontariat qui constitue un avertissement dont il faudra tenir compte». Cependant, le préfet a procédé à des réquisitions au moins une fois dans 34 départements contre 41 en 2007.

► Pratique médicale

38767

DOCUMENT DE TRAVAIL
EPSTEIN (A.) , KETCHAM (J.D.) ,
NICHOLSON (S.)

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

***Professional partnerships and matching in
obstetrics.***

*Partenariats professionnels et complémentarité
en obstétrique.*

NBER Working Paper Series ; n° 14070
Cambridge : NBER : 2008/06 : 35p., tabl.,
fig., annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14070>

Professional partnerships might facilitate matching between specialized professionals and heterogeneous consumers, particularly where matching across firms is limited by information, incentives or regulation. We examine the extent to which internally-differentiated medical groups promote matching between expecting mothers and obstetricians based on the physician's clinical specialization, treatment style, and skill. Using data on hospital deliveries in Florida and New York from 1999 through 2004, we find that patients with high-risk health conditions and specialized physicians match relatively frequently in differentiated groups. This finding is strongest for conditions that are not detected until later in the pregnancy, when disincentives to refer between firms are greatest. We rely on the random assignment of weekend patients to physicians due to on-call schedules to estimate the effect of specialization and matching on mothers' health outcomes and to generate unbiased measures of physicians' treatment styles and skills. When specialization does affect maternal health, the magnitude of the estimated effect is large and

is due primarily to matching patients without a particular health condition to physicians who tend to avoid that condition, not matching high-risk patients to specialists. We find some evidence that patients with preferences for cesarean sections are able to match with physicians who have corresponding treatment styles and with those most skilled at performing cesarean sections. We also find that group practices direct patients for whom cesarean sections are most appropriate to these more highly-skilled physicians. Differentiated groups enhance welfare by facilitating matching that results in both improved maternal health outcomes and greater incorporation of patient preferences, but at the cost of greater mismatching due to physicians' call schedules.

39136

OUVRAGE
MULLINS (C.), CONSTABLE (G.)
GREGORY (S.) / Préf.

Leadership and teambuilding in primary care.

Leadership et constitution des équipes dans le secteur des soins primaires.

Oxford : Radcliffe Publishing : 2008 : 154p., tabl., index

Cote Irdes : A3775

Health care professionals increasingly work in teams where leadership can make all the difference. This concise, jargon-free guide examines and explains the skills and attitudes needed to develop leadership abilities, as well as practical and clear direction for applying leadership to teambuilding. Case studies bring situations to life and make it easier to identify with leadership and teambuilding issues. Included is information on the following : leadership styles and techniques ; fundamentals of teams ; a five-step process to become a better leader ; effective presentation and communication skills.

► Prévention

41050

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BATIFOULIER (P.) , GADREAU (M.) ,
ARRIGHI (Y.) , VIDEAU (Y.) , VENTELOU (B.)

Disentangling extrinsic and intrinsic motivations: the case of French GPs dealing with prevention

Démêler les motivations extrinsèques des motivations intrinsèques : le cas des médecins généralistes français s'occupant de prévention.

EconomiX Working Papers; 2009-15

Paris : Université de Paris 10 : 2009 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://economix.u-paris10.fr/pdf/dt/2009/WP_EcoX_2009-15.pdf

La littérature économique fait désormais une large place à l'analyse des « motivations professionnelles », examinant notamment les possibles effets d'éviction entre motivations extrinsèques et intrinsèques. Le présent article propose de transposer ces questions dans le champ des professions de santé, avec l'enjeu d'un juste dimensionnement du recours aux politiques de paiement à la performance par le décideur public. Nous mobilisons un panel de 528 médecins généralistes libéraux de la région « Provence Alpes Côte d'Azur » en France et proposons une décomposition statistique interindividuelle entre motivations extrinsèques et intrinsèques dans le domaine des actions de prévention. La part des motivations intrinsèques est relativement plus importante chez les médecins pratiquant les tarifs conventionnés. L'effet significatif de l'âge suit une courbe en U qu'on peut interpréter comme le résultat d'un « cycle de vie des motivations médicales » ou comme celui d'un effet génération. Enfin, l'estimation économétrique établit une corrélation entre une faible part de motivation intrinsèque et le sentiment d'injustice concernant les réformes. La nature transversale des données ne permet pas de conclure quant au sens de la causalité, mais la relation mise en évidence semble bien alimenter la thèse selon laquelle la mise en place d'une politique basée sur les incitations monétaires à la performance est jugée comme désobligeante et peut s'accompagner d'une érosion des motivations intrinsèques dans le travail médical.

► Qualité des soins

39431

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
MURILLO - ZAMORANO (L.R.) ,
PIETRAGLIA (C.)

Technical efficiency in primary health care: does quality matter?

Effizienz technique dans les soins de santé primaire : La qualité importe-t-elle ?

Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2008/09 : 21p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://mpira.ub.uni-muenchen.de/10725/1/MPRA_paper_10725.pdf

The accuracy required in the measurement of output is an issue that has as yet still not been satisfactorily addressed in empirical research on efficiency in primary health care. We exploit information retrieved from a newly constructed database (APEX06) for the Spanish region of Extremadura. The richness of our dataset allows us to consider original synthetic measures of output that take into account both the quantity and the quality of services provided by 85 primary care centres (PCCs) in 2006. We provide evidence that neglecting the issue of properly accounting for the quality of health services can lead to misleading results. Our main finding is that adjusting output for quality influences efficiency analysis in three senses. First, inefficiency now explains relatively more of the deviation from the potential output. Second, the average technical efficiency in the sector is lower, while its dispersion among PCCs is significantly higher. And third, the efficiency ranking of the PCCs is also affected.

► Recrutement

39500

RAPPORT, INTERNET
LORANT (V.), GEERTS (C.), D'HOORE (W.), SAUWENS (D.), REMMEN (R.), PEREMANS (L.), BASTIAENS (H.), DUCHESNES (C.), RYSSAERT (L.)
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles. BEL

Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ?

Bruxelles : KCE : 2008 : 134p., tabl., fig., ann.
Cote Irdes : en ligne

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3460&CREF=11502

En Belgique, moins d'un tiers des étudiants en médecine choisissent de se spécialiser en médecine générale : le récent rapport du KCE relatif à l'offre médicale (rapport 72) avait mis en exergue qu'un quart du quota fixé dans le cadre du numerus clausus pour les médecins généralistes (MG) n'est pas rempli actuellement. De plus, de nombreux MG qualifiés ne s'installent pas ou quittent la pratique après quelques années. Cette situation pourrait, à terme, entraîner une pénurie de médecins généralistes en Belgique. L'objectif de la présen-

te étude est dès lors d'analyser les problèmes au niveau de l'attraction, du recrutement et de la rétention des MG. Le but est de prendre des décisions politiques ciblées afin de promouvoir la carrière du MG. Le terme –attraction- signifie attirer vers la profession de MG les étudiants potentiellement candidats pour cette spécialité en influençant leur choix. –Recrutement- veut dire rallier au corps des MG pratiquants, des diplômés en médecine détenteurs d'un diplôme de MG. Enfin, –rétention- signifie le maintien des MG dans la profession.

► Relations médecin-malade

39434

DOCUMENT DE TRAVAIL
FANG (B.), MILLER (N.H.), RIZZO (J.A.), ZECKHAUSER (R.J.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Demanding customers : consumerist patients and quality of care.

Des clients exigeants : les patients consommateurs et la qualité des soins.

NBER Working Paper Series ; n° 14350
Cambridge : NBER : 2008/09 : 49p., tabl., fig.+ annexes

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14350>

Consumerism arises when patients acquire and use medical information from sources apart from their physicians, such as the Internet and direct-to-patient advertising. Consumerism has been hailed as a means of improving quality. This need not be the result. Consumerist patients place additional demands on their doctors' time, thus imposing a negative externality on other patients. Our theoretical model has the physician treat both consumerist and ordinary patient under a binding time budget. Relative to a world in which consumerism does not exist, consumerism is never Pareto improving, and in some cases harms both consumerist and ordinary patients. Data from a large national survey of physicians shows that high levels of consumerism are associated with lower perceived quality. Three different measures of quality were employed. The analysis uses instrumental variables to control for the endogeneity of consumerism. A control function approach is employed, since our dependent variable is ordered and categorical, not continuous.

40139

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
STAVROPOULOU (C.), GLYCOPANTIS (D.)
London School of Health Economics.
(L.S.E.). Londres. GBR

Conflict in the doctor-patient relation and non-adherence: a game theory approach.

Conflit dans la relation médecin-malade et non-adhérence : une approche par la théorie des jeux.

Working Paper No: 10/2008

Londres : LSE : 2008/10 : 41p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHWP10.pdf>

Non-adherence to medication leads to reduced health outcomes and increased health care costs. More evidence and analysis is needed to understand the determinants of non-adherence, particularly the impact of the doctor-patient interaction. This relationship is often characterised by conflict during consultations. The aim of this paper is to investigate whether a game theoretic approach can explain the conflict during consultations that lead patients to non-adhere to medical recommendations. The game theoretic models constructed employ the Psychological Expected Utility theory. There is a distinction between information-loving and information-averse patients. Doctors do not always know the type of patient they have and on the basis of limited knowledge, they need to decide how much information to pass on. We relax the assumption of perfect agency; and introduce the concept of the doctor's effort. Uncertainty is resolved under various hypotheses of bounded rationality. A complete resolution of the games is offered, and comparative statics results and economic interpretations are given. When a doctor knows with certainty the type of patient she has, she will transfer adequate information and the patient will adhere. If the doctor cannot recognize the patient's need the outcome may be non-adherence to recommendations. Doctors who understand patients' needs improve adherence rates. To enhance adherence, a number of policy recommendations are made. Financial incentives to the doctor do not benefit all types of patients.

► Réseaux de santé

39213

OUVRAGE
BERCOT (R.), DE CONINCK (F.)

Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?

Paris : L'Harmattan : 2006 : 148p.

Cote Irdes : A3783

L'objectif de cet ouvrage rédigé en collaboration avec Frédéric De Coninck est d'analyser les modalités du travail et de la coopération au sein des réseaux de santé et ainsi de rendre compte de ce qui peut apparaître comme un signe de distinction ou de nouveauté. L'analyse s'appuie sur le travail de terrain effectué lors des enquêtes menées en 2002-2003 dans différents réseaux de santé (réseau ville hôpital et réseau ville). Sont ainsi abordées les bonnes raisons pour monter ou ne pas monter un réseau, autrement dit la question des enjeux contradictoires pour les différents acteurs concernés. Cet ouvrage est aussi l'occasion de rendre compte des évolutions du service construit pour et avec le malade.

HÔPITAL

► Chirurgie ambulatoire

40726

REPERTOIRE
BAZIN (G.), BONTEMPS (G.), DAVER (C.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA

Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Ce qui faut savoir... Ce qui fait débat...

Paris : Ministère chargé de la Santé :
2009/01 : 113p.

Cote Irdes : B6654

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

La finalité de ce document est d'apporter une aide à la compréhension des thématiques les plus fréquemment évoquées lors des débats entre professionnels de santé sur la chirurgie ambulatoire. Cet abécédaire, au sens de livre didactique propose deux niveaux d'approche. Tout d'abord, une entrée thématique traite d'une question posée. Il s'agit d'une synthèse rédigée selon un schéma standard qui distingue successivement la question posée,

la réglementation, les bonnes pratiques et ce qui fait débat (qui renvoie à une ou plusieurs fiches). Les quinze thèmes sont regroupés en trois champs : pratique, organisation et réglementation. La deuxième approche se fait par fiche, chaque fiche étant reliée à un thème.

41218

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
PLOTZKE (M.R.), COURTEMANCHE (C.)
University of North Carolina. Grennboro NC.
USA

Does the Profitability of an Outpatient Surgery Influence where it is Performed? A Look at Ambulatory Surgery Centers and Hospitals

La rentabilité d'une chirurgie en ambulatoire a-t-elle une influence sur son lieu de réalisation : un regard sur les centres de chirurgie ambulatoire et sur les hôpitaux.

Rochester : Social Science Electronic
Publishing : 2009/03 : 34p., tab., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://d.repec.org/n?u=RePEc:ris:uncgce:2009_04&r=hea

Ambulatory Surgery Centers (ASCs) are small (typically physician owned) healthcare facilities that specialize in performing outpatient surgeries and therefore compete against hospitals for patients. Physicians who own ASCs could potentially treat their most profitable patients at their ASCs and less profitable patients at hospitals, reducing hospitals' profit. This paper asks if the profitability of an outpatient surgery impacts where a physician performs the surgery. Using data from the National Survey of Ambulatory Surgery, we find that higher profit surgeries do have a higher probability of receiving treatment at an ASC compared to a hospital. After controlling for the type of surgery performed, we find that a 10% increase in a surgery's profitability is associated with a 1 to 2 percentage point increase in the probability the surgery is performed at an ASC.

► Comparaisons internationales

40241

OUVRAGE
Comité Permanent des Hôpitaux de la
Communauté Européenne. (H.O.P.E.).
Leuven. BEL, Dexia. Paris. FRA

Hospitals in the 27 Member states of the European Union.

Les hôpitaux dans les 27 pays de l'Union européenne.

Paris La Défense : Dexia éditions : 2008 :
219p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3823

http://www.dexia-clf.fr/abonnes/pages/monde_local/donnees_budgetaires/note_conjoncture/doc/carte_français.pdf

http://www.dexia-clf.fr/abonnes/pages/monde_local/etudes_thematiques/synthese_ouvrage.pdf
http://www.clf.fr/abonnes/pages/monde_local/etudes_thematiques/hopitaux_gb.pdf

Depuis quelques années, les pays membres de l'Union européenne se trouvent confrontés à la même problématique : ils doivent garantir une offre de soins de santé de qualité, adaptée aux besoins de la population et accessible à tous, et ceci dans un contexte de ressources publiques limitées. Le secteur hospitalier tient un rôle important et spécifique même si son poids dans les dépenses de santé tend à diminuer depuis une vingtaine d'années. Ainsi, les quelque 15 000 hôpitaux recensés dans l'Union européenne, toutes structures et tous statuts confondus, représentent entre 26 % et 60 % des dépenses de santé selon le pays, ils assurent un rôle pivot dans la prise en charge des patients, dans la formation des praticiens et dans la recherche. Leur adaptation continue au contexte économique et social mais aussi aux avancées technologiques passe par des réformes de leurs modes de gouvernance et de leurs offres de soins. Cet ouvrage se propose de replacer ces changements majeurs du secteur hospitalier dans une analyse transversale des 27 systèmes nationaux de santé. L'analyse est organisée de façon à examiner les évolutions communes qui traversent les systèmes hospitaliers depuis quelques années tout en rendant compte de leur diversité d'un pays à l'autre en matière d'organisation territoriale des compétences hospitalières, de modes de financement du fonctionnement des hôpitaux et de leurs investissements, de leurs statuts, de l'organisation de leurs prestations, etc. En dernier lieu, l'ouvrage s'attache à examiner l'influence communautaire sur les systèmes de santé et hospitalier. Un tableau bilingue français/anglais proposant une comparaison, pays par pays, des principales caractéristiques des secteurs hospitaliers des Etats membres accompagne le livre.

► Financement

39415

RAPPORT, INTERNET
FARRAR (S.), SUSSEX (J.), YI (D.),
SUTTON (M.), CHALKLEY (M.), SCOTT
(T.), MA (A.)
Office of Health Economics. (O.H.E.).
Londres. GBR, University of Aberdeen.
Health Economics Research Unit. (H.E.R.U.).
Aberdeen. SCO

National Evaluation of Payment by Results.

*Evaluation nationale du système de paiement
aux résultats.*

Londres : O.H.E. : 2007/11 : 141p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ohe.org/lib/liDownload/566/
Payment%20By%20Results%20Final.pdf?CFID=5
84111&CFTOKEN=53677166](http://www.ohe.org/lib/liDownload/566/Payment%20By%20Results%20Final.pdf?CFID=584111&CFTOKEN=53677166)

In April 2002, the Department of Health (DH) in England outline its plans to introduce a new system of financing hospital called «Payment by Results». The new payment system uses a nationally fixed case-mix based tariff, which reimburses hospitals for the amount and type of care they provide. The introduction of Pbr marks a fundamental change in the way in which hospitals in England are financed. It was motivated by a desire to effect changes in the decision making processes and ultimately the outcomes of decision in respect of the efficiency, volume of activity and appropriateness/quality of care in English NHS hospital. This report provide details of an evaluation of the process and effects of the introduction of Pbr. The analysis that we report cover the period from 2002/3 to 2005/6. Keys objectives to this study we agreed to the DH. These were to : examine the process of implementation and examine the impact of the policy on a number of keys outcomes.

► Gestion hospitalière

38988

DOCUMENT DE TRAVAIL
SHEN (Y.C.), EGGLESTEN (K.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

The Effect of Soft Budget Constraints on Access and Quality in Hospital Care.

*Les effets de contraintes budgétaires souples
sur l'accès et la qualité des soins à l'hôpital.*

NBER Working Paper Series ; 14256

Cambridge : NBER : 2008 : 39p.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14256>

Given an increasingly complex web of financial pressures on providers, studies have examined how the hospitals overall financial health affect different aspects of hospital operation. In our study, we analyze this issue focusing on hospital access and quality by introducing an important aspect of the financial incentives, soft budget constraints (SBC), that takes into account both hospital's current and past financial health as well as their expected financial outlook (i.e., whether there is a sponsoring organization to bail them out). We develop a conceptual framework of SBC by considering the resultant incentives on cost control and quality improvement innovations; and examine the effect of SBC on the following aspects of access and quality: safety net service survival and AMI mortality rates. We find that hospitals with softer budget constraints are less likely to shut down safety net services. In addition, hospitals with softer budget constraints appear to have better mortality outcomes, suggesting that the reduced incentive to engage in cost control innovation as the result of SBC outweighs the dampening effect of quality improvement innovation.

► Hospitalisation à domicile

39865

OUVRAGE
CASTRA (L.)

Hospitalisation et santé à domicile.

Paris : Berger Levrault : 2008 : 321p., tabl.,
index

Cote Irdes : A3809

[http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/hospitalisation-
et-sante-a-domicile-9782701316116](http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/hospitalisation-et-sante-a-domicile-9782701316116)

L'hospitalisation à domicile et, de façon plus large, la santé à domicile constituent un enjeu majeur en termes d'évolution et de transformation du système de soins, désormais au coeur d'interactions multiples entre les différents acteurs concernés : établissements des secteurs hospitalier, social et médico-social, professionnels de santé libéraux, familles, assistants sociaux, soignants, puissance publique, secteur associatif. Il importe de comprendre les raisons du recours à ce mode d'hospitalisation et d'en saisir les perspectives de développement. L'ouvrage replace l'hospitalisation à domicile au coeur du système de soins et l'étudie dans toutes ses dimensions : la dimension humaine : comment prendre en

compte la personne, ses capacités comme ses besoins, son environnement médical, social et familial ? la dimension économique et budgétaire : à l'heure où la recherche d'économies est un leitmotiv, comment améliorer la qualité de la prise en charge en même temps que sa productivité ; la dimension familiale : comment venir en aide aux aidants ? Comment favoriser les rencontres entre familles et professionnels ? ; a dimension juridique : le contexte réglementaire a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Grâce à une présentation simple et claire, le lecteur peut se référer facilement aux nombreux textes ; la dimension européenne, qui permet de mettre en perspective les évolutions possibles de notre système.

40228

OUVRAGE

COM-RUELLE (L.) / coll., NAIDITCH (M.) / coll.

TARRICONE (R.) / éd., TSOUROS (A.D.) / éd.

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

Home care in Europe : the solid facts.

L'hospitalisation à domicile en Europe : des faits solides.

Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe : 2008 : 36p., phot.

Cote Irdes : A3822, R1728

<http://www.euro.who.int/Document/E91884.pdf>

Demographic, epidemiological, social, and cultural trends in European countries are changing the traditional patterns of care. The next decades will see increasing rates of care-dependent older people and noncommunicable diseases as the leading cause of chronic illness and disability. The break-up of the traditional large family group and urbanization will also lead to gaps in the care of older or disabled family members. These changes in needs and social structure require a different approach to health and social sector policy and services since a disease-oriented approach, alone, is no longer appropriate. An answer to these issues could be home care, a sustainable approach to prevent the need for unnecessary acute or long-term institutionalization and maintain individuals in their home and community as long as possible. Technological innovation together with new and modern forms of service delivery organization can represent a viable solution to developing home care in Europe provided that health care

systems can further enhance integration and coordination. This publication presents evidence for health policy- and decision-makers in a clear and understandable form. It explains why health and social services should provide high-quality and targeted home care for disabled and older people. It provides evidence for the effectiveness of home care, shows how it can be improved and explains the need to ensure equitable access. The publication also explores the varied cultural and care contexts in different countries and reveals how to educate professionals and the public about these issues. This booklet seeks to broaden awareness, stimulate debate and promote action.

40890

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL

BETTIA (F.), SALINOS (G.)

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Dipartimento di Economia Politica.
Modène. ITA

Which European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home based care in three European countries.

Quel modèle de soins choisir en Europe pour les personnes âgées ? Équité et coût-efficacité de l'hospitalisation à domicile dans trois pays européens.

Modène : Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia : 2009/02 : 30p.

Cote Irdes : En ligne

http://merlino.unimo.it/web_dep/materiali_discussione/0609.pdf

Long term care for the elderly is growing apace in developed economies. As growth is forcing change in existing production and delivery systems of elderly care services, the question arises as to how different systems compare in terms of cost-effectiveness, equity or quality. Based on an in depth survey carried out in Denmark, Ireland and Italy – the GALCA survey - this articles compares prevailing arrangements of home based long-term care in these three countries, focussing on the overall cost-effectiveness of the provisions as well as on employment equity for the care workers. The first set of comparisons is between alternative types of provisions within each country, and the results suggests that home based care is generally, although not consistently, more cost-effective than care within institutions. The second set of comparisons is between the average provision package in the different countries and suggests that, whereas the Italian and the Danish systems are the most cost effective, the Danish system

is more equitable, overall. The results for cost-effectiveness for Italy are partly explained by progressive replacement of unpaid family carers with low cost immigrant workers directly employed by the families and often cohabiting with the elderly (the immigrant-in the family-model). This new model of long term care is spreading across Southern Europe and raises complex issues of equity and sustainability from an employment perspective.

► Infections nosocomiales

40134

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

Health-Care-Associated Infections in Hospitals: An Overview of State Reporting Programs and Individual Hospital Initiatives to Reduce Certain Infections.

Les infections nosocomiales à l'hôpital : un aperçu des programmes de déclaration aux Etats et des initiatives individuelles des hôpitaux pour réduire certaines infections.

Washington : GAO : 2008/09 : 78p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gao.gov/new.items/d08808.pdf>

Health-care-associated infections (HAI) are infections that patients acquire while receiving treatment for other conditions. Normally treated with antimicrobial drugs, HAIs are a growing concern as exposure to multidrug-resistant organisms (MDRO) becomes more common. Infections caused by MDROs, such as methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), lead to longer hospital stays, higher treatment costs, and higher mortality. In response to demands for more public information on HAIs, some states began to establish HAI public reporting systems. The federal Centers for Disease Control and Prevention (CDC) developed a system--the National Healthcare Safety Network (NHSN)--to collect HAI data from hospitals and some states have chosen to use it for their programs. In addition, some hospitals have adopted initiatives to reduce MRSA by routinely testing some or all patients and isolating those who test positive for MRSA from contact with other patients. GAO was asked to examine (1) the design and implementation of state HAI public reporting systems, (2) the initiatives hospitals have undertaken to reduce MRSA infections, and (3) the experience of certain early-adopt-

ing hospitals in overcoming challenges to implement such initiatives. GAO interviewed state officials, reviewed documents, and surveyed or conducted site visits at hospitals with MRSA-reduction initiatives. GAO identified 23 states that had established mandatory HAI public reporting systems through February 2008; most have used similar approaches to design their programs and address resource and technological challenges that affect their implementation. Most states have designed programs that focus on a few measures that were developed or endorsed by the CDC. Three states have chosen to collect information on hospital-associated MRSA infections. In addition, a majority of states have chosen to adopt the CDC's NHSN. Adopting NHSN allows states to minimize some of the resource and technological challenges that they confront in implementing HAI reporting systems including providing training for hospital staff in data collection and developing systems to collect HAI data that meet accepted infection control standards. GAO reviewed a sample of 14 hospitals (including several hospital systems) with MRSA-reduction initiatives that were selected to provide variation in location, teaching status, and population of metropolitan area. GAO found all use routine testing for MRSA, although they chose different patient populations to test and used various testing methodologies. Three hospitals tested all patients for MRSA, while the other hospitals almost universally tested patients in adult or neonatal intensive care units. The hospitals reported changing their general infection control policies or practices as part of their initiatives--all 14 made changes for hand hygiene and more than half made changes to their contact precautions or disinfection of environmental surfaces. The hospitals GAO reviewed reported needing varying levels of funding and staff resources to implement and operate their initiatives, but all hospitals that tracked MRSA infection rates reported a decline in MRSA infections as a result of their initiatives. Two hospital systems that GAO visited overcame a similar set of challenges in implementing MRSA-reduction programs. Both systems had to design and execute processes to put the elements of their MRSA-reduction initiatives into effect and promote compliance with those processes by hospital staff. In designing their systems, both hospital systems incorporated these processes as much as possible into the normal workflow of hospital staff and promoted staff compliance through a combination of concerted leadership and specific procedures designed to facilitate staff compliance reinforced through detailed feedback on their performance. However, the two hospital

systems took different approaches in obtaining resources for their initiatives. One directed substantial financial resources into its MRSA-reduction initiative to implement the initiative simultaneously for all patients at all three of its hospitals, while the other relied largely on existing resources and implemented its initiative more incrementally at selected hospitals and in selected units. GAO received technical comments from the Department of Health and Human Services and oral comments from the American Hospital Association on a draft of this report.

► Information des usagers

39129

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
WUBKER (An.), SAUERLAND (D.),
WUBKER (Ac.)

Does better information about hospital quality affect patients' choice? Empirical findings from Germany

Une meilleure information sur la qualité des soins à l'hôpital affecte-t-elle le choix des patients : recherches empiriques en Allemagne.

Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2008/05 : 27p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://mpr.ub.uni-muenchen.de/10479/1/MPR_paper_10479.pdf

Background: Economic theory strongly suggests that better information about the quality of care affects patients' choice of health service providers. However, we have little empirical evidence about the impact of information provided on provider's choice in Germany. Problem: In Germany, we recently find publicly available information about hospital quality. For example, 50 percent of the hospitals in the Rhine-Ruhr area do now publish their quality data voluntarily in a comprehensive, understandable and well prepared publication. Empirically, we see a strong demand for this publication. However, we do not have information so far, if – and how – this information affect patients' choice of hospitals. Data and methodology: We take cross sectional time series data from more than 700.000 patients in the Rhine-Ruhr area and in the Cologne-Bonn area (control group) for the time period 2003 to 2006, i.e. 16 quarters. We examine whether the publication of quality information affects market shares and number of cases of the hospitals as well as travelling distance that patients accept to get to the hospital of their

choice. In order to account for hospital-specific heterogeneity, we use fixed and random effects models. Results: First: Hospitals, which publish their quality data voluntarily, do attract more patients – compared to such hospital, that do not publish their quality data. Second: In the group of the publishing hospitals, hospitals with a higher than average quality slightly increased their market shares, whereas hospitals with a lower than average quality lost market shares. Conclusion: The provision of quality data has a significant impact on hospital choice: a higher quality leads to a higher demand. Based on these finding decision makers in hospitals have strong incentives (i) to make quality information publicly available and (ii) to keep their quality of care high.

► Organisation hospitalière

39552

OUVRAGE
LETEUTRE (H.), MALLEA (P.)

Performance et gouvernance hospitalières.

Paris : Berger Levrault : 2005 : 256p., fig.

Cote Irdes : A3796

http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/performance-et-gouvernance-hospitalieres-9782701314556_

Depuis la loi hospitalière de 1970 et parallèlement à une augmentation continue des dépenses de santé, la réglementation hospitalière a connu une croissance exponentielle. Dans un contexte de restrictions budgétaires sévères et de «juridicisation» accrue de son exercice, l'hôpital se trouve contraint de s'interroger sur sa performance et sur ses modes de gouvernance s'il veut optimiser ses prestations et améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur avec les moyens financiers et humains dont il dispose. C'est au moment précis où ces exigences d'efficacité hospitalière se font pressantes qu'Hervé Leteurtre et Patrick Malléa proposent, à partir des deux concepts émergents de performance et de gouvernance, un modèle d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital qui respecte la diversité de ses structures tout en offrant une méthode et des outils de management. À travers la présentation d'un modèle conceptuel, cet ouvrage donne des outils pratiques afin que vous puissiez maîtriser l'ensemble des processus d'optimisation des prestations hospitalières. Il est indispensable à ceux qui, soucieux de comprendre le management de l'hôpital, souhaitent participer à l'amélioration de son fonctionnement. L'ouvrage est à jour de l'ordonnance du 2 mai 2005.

40972

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service
Evaluation économique et santé publique.
Saint-Denis la Plaine. FRA

**Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport
d'évaluation.**

Saint-Denis La Plaine : HAS : 2009/03 :

116p., tabl., annexes

Cote Irdes : c, B6676

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/
application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_
hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf)

Ce rapport effectue un premier bilan de l'organisation de l'hôpital en Europe et de sa place dans le système de santé. Il a d'abord rappelé qu'il existait des définitions internationales normées sur l'hôpital. Les statuts, la taille des établissements hospitaliers et les modes de gouvernance sont très variables d'un pays à l'autre. La plupart des pays restreignent l'accès à l'hôpital pour le premier recours par un système d'orientation recommandé ou imposé, mais qui est souvent contourné. Il existe de multiples innovations organisationnelles, souvent spécifiques à un pays pour éviter les hospitalisations. Ce rapport s'est attaché à en dresser une typologie en distinguant les phases de prise en charge avant, à la place et après l'hospitalisation. Il en a présenté le rationnel, a fourni les principaux indicateurs d'évaluation, sans prétendre à l'exhaustivité. Ces innovations organisationnelles ont fait la plupart du temps l'objet d'évaluations multiples qui ont été analysées ensuite dans des revues Cochrane. Si certaines ne permettaient pas de conclure sur leur intérêt pour réduire le recours à l'hôpital (consultations de spécialistes hospitaliers en soins primaires, centres de soins de premier recours, tris des patients, maisons de soins infirmiers, coopératives de médecins), d'autres sont plus favorables (renforcement des plates-formes de services de soins primaires dans ou près de l'hôpital, unités hospitalières de soins infirmiers, hôpital local ou de communauté, chirurgie ambulatoire). Pour autant le système de santé dans lequel s'intègrent ces innovations est parfois très différent de celui rencontré en France. Il est donc nécessaire de poursuivre des études en complément des informations fournies dans ce rapport.

41032

RAPPORT

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

**Avis sur la situation des établissements de
santé adopté le 23 avril 2008.**

Paris : HCAAM : 2009/04/23 : 14p., tabl.,
graph.

Cote Irdes : B6678

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/
avis/hcaam_avis_230409.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_230409.pdf)

L'étude du HCAAM est centrée sur le secteur MCO. Le Haut conseil, présente, tout d'abord, l'hôpital comme une entreprise, dans laquelle s'impose la recherche de la performance dans toutes ses dimensions, humaine, médicale et économique. Et ajoute que la mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficacité et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent. A partir de là, l'équité dans la définition et la répartition des moyens, la pertinence dans l'organisation des soins, la responsabilité dans les prises de décision médicales et administratives sont autant de valeurs auxquelles le Haut Conseil entend, par ce rapport, exprimer son adhésion. Le HCAAM estime que l'amélioration du système de gouvernance des hôpitaux publics est nécessaire. Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE. La disponibilité et la qualité de l'offre expliquent l'importance de cette dépense qui renvoie aussi à des défauts dans l'organisation des soins (secteur MCO excessif dû à l'insuffisance du secteur aval et des alternatives à l'hospitalisation – chirurgie ambulatoire et HAD), et à des organisations ou processus insuffisamment productifs. L'offre hospitalière et son financement répondent très honorablement à l'attente des usagers avec une vraie égalité devant les soins et de hauts standards de qualité, estime l'avis. Cependant, l'information des usagers - et celle de leur médecin traitant - est insuffisante pour permettre une orientation vers le type de prise en charge le plus pertinent. Le niveau de prise en charge de l'hospitalisation reste – et c'est souhaitable - élevé mais comporte des défauts significatifs comme l'existence de reste à charge excessif, dont les dépassements. L'avis souligne également des défauts dans l'organisation de l'offre de soins qui pèsent sur la productivité des établissements. La réponse aux besoins de soins en amont et en aval du MCO n'est pas suffisamment connue. Ainsi, il faut encore progresser dans une meilleure connaissance des différentes modalités de

prise en charge d'une part, doter les ARS des moyens humains adéquats d'autre part. Les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient contribuer aux restructurations nécessaires. Le développement résolu du secteur médico-social est un enjeu capital. Enfin, le constat de disparités – non justifiées par la nature des charges – entre établissements permet de conclure qu'une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L'approche prudente des convergences tarifaires (les coefficients de transition doivent assurer l'ajustement jusqu'en 2012) pousse à leur mobilisation. Quant à l'ONDAM/MCO fixés ces dernières années, il l'a été à un niveau réaliste compte tenu du niveau du PIB et des prix, estime le Conseil.

► Planification hospitalière

40390

RAPPORT , INTERNET
HASS (S.), VIGNERON (E.)
Nouvelle Fabrique des Territoires. Paris. FRA
Dexia. Paris. FRA

10 ans de recomposition hospitalière : premiers résultats.

Paris La Défense : Dexia : 2009/01 : 16p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dexia-clf.fr/docs/fichiers/16790811CMDOCFSETUDE_RecompositionsHospitalieres_20090120.pdf

Dexia a confié en juillet 2007 à la Nouvelle Fabrique des Territoires une étude sur les re compositions hospitalières en France survenues au cours des dix dernières années. Cette étude livre des résultats qui viennent à point nommé dans l'actualité (Rapports Bur, Flageolet, Lar cher, Ritter et leurs suites, ARS, Commission Paul de l'Assemblée Nationale, Loi Hôpital, patients, santé et territoires en discussion). Elle repose sur la constitution d'une base de données qui retrace l'histoire des quelques 2 100 établissements hospitaliers français de court séjour ayant existé depuis 1994. Pour chaque établissement sont décrites les capacités de l'offre, en même temps que sont identifiées et qualifiées les opérations de re composition qui les ont affectées. L'étude permet ainsi de saisir plus d'un millier d'opérations de re composition (1 146 exactement) ayant eu lieu au cours des 12 années étudiées, et impliquant 1 251 établissements. Pour illustrer cette démarche de re constitution, prenons, comme dans le tableau suivant,

la génération des établissements de 1995 et suivons-en la destinée. Une note annexe décrit plus avant les sources d'information, la méthode d'élaboration des données mise en oeuvre, puis leurs techniques d'analyse

► Qualité des soins

40460

RAPPORT , INTERNET
SILBER (D.)
Institut Montaigne. Paris. FRA

Mesurer la qualité des soins.

Paris : Institut Montaigne : 2008 : 47p.

Cote Irdes : B6638

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

Il y a encore quelques années, les Français étaient convaincus de bénéficier du meilleur système de santé au monde. Aujourd'hui, leur sentiment est plus mitigé. En fait, ils sont incapables de se prononcer en toute objectivité. Et pour cause : l'évaluation de la qualité des soins, en France, n'en est encore qu'à ses balbutiements. Or les conséquences en termes de santé publique sont graves : erreurs de soins, prévention mal conçue, suivis négligés, accidents trop nombreux, décès évitables... Dans cette note de l'Institut Montaigne, Denise Silber, après avoir dressé un état des lieux aussi complet qu'alarmant de la situation, formule sept propositions concrètes pour mesurer efficacement la qualité des soins en France et pour en diffuser largement les résultats. En gardant à l'esprit que l'objectif n'est pas de clouer au pilori les professionnels de santé mais, au contraire, de les aider à progresser afin de satisfaire à un impératif majeur : soigner les Français le mieux possible.

► Réseau ville/hôpital

40455

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
GRENIER (C.), PAUGET (B.)
International Society for Research on Innovation and Change in Health Care Systems (I.S.R.I.C.H.). Augsburg. DEU

The Role of Relational Knowledge in the Structuring of Health-care Networks: a Methodological Contribution.

Le rôle de la connaissance relationnelle dans la structuration des réseaux de santé : une contribution méthodologique.

ISRICH Working Paper; 06
Ausborg : ISRICH : 2008 : 20p.
Cote Irdes : En ligne

http://www.andrassyuni.hu/deutsch/admin/data/00000004/_fix/00000000/_fix/00000004/_subpage/files/_0006grenier_pauget.pdf

A network is an organizational form for collective action whose main features rest on the variety and intensity of relations between actors. We rely on the work of Austrian sociologist Friedberg, for an integrated analysis of organization studies. Studying a healthcare network located in eastern France, we intend to understand how this organization has been built by an unsuccessful professional bureaucracy.

▮ Sondages

40870

RAPPORT , INTERNET
TNS-Sofres. Montrouge. FRA

Les Français et l'hôpital.

Montrouge : Tns - Sofres : 2009/02 : 24p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.tns-sofres.com/points-de-vue/2C577A9F399048DCA7E49AAE73CB1CCA.aspx>

http://www.tns-sofres.com/_assets/files/030309_hopital.pdf

Cette étude TNS Sofres-Logica, réalisée pour France Info, France 2, Le Parisien/Aujourd'hui en France et Eléphant & Cie, souligne le fort attachement des Français à l'hôpital public, montrant entre autres leur satisfaction à son égard et prenant sa défense dans plusieurs domaines (la qualité et la fiabilité des soins, l'importance du budget alloué...). Concernant la fermeture des petites structures au profit de grands centres plus éloignés mais mieux équipés, 76 % des français y sont défavorables. De plus, 69 % des sondés redoutent que les objectifs de rentabilité financière n'impactent la qualité de soins des établissements publics.

▮ Migrations internationales

39069

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
RUTTEN (M.)

World Bank. Washington DC. USA

Medical migration : what can we learn from the UK's perspective ?

Migration médicale : que peut-on apprendre de la perspective britannique ?

World Bank Policy Research Working Paper; 4593

Washington : Banque mondiale : 2008/04 : 44p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/04/15/000158349_20080415093650/Rendered/PDF/wps4593.pdf

This paper seeks to determine the macro-economic impacts of migration of skilled medical personnel from a receiving country's perspective. The resource allocation issues are explored in theory, by developing an extension of the Rybczynski theorem in a low-dimension Heckscher-Ohlin framework, and empirically, by developing a static computable general equilibrium model for the United Kingdom with an extended health sector component. Using simple diagrams, an expansion of the health sector by recruiting immigrant skilled workers in certain cases is shown to compare favorably to the (short-term) long-term alternative of using domestic (unskilled) workers. From a formal analysis, changes in non-health outputs are shown to depend on factor-bias and scale effects. The net effects generally are indeterminate. The main finding from the applied model is that importing foreign doctors and nurses into the United Kingdom yields higher overall welfare gains than a generic increase in the National Health Service budget. Welfare gains rise in case of wage protection.

39152

FASCICULE, INTERNET

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

Projet pour examen : Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

Genève : OMS : 2008 : 6p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.who.int/hrh/public_hearing/draft_code_fr.pdf

Les objectifs du présent Code sont les suivants : a) établir et promouvoir des principes, des normes et des pratiques librement consentis pour le recrutement international des personnels de santé ; b) servir d'instrument de référence pour aider les Etats Membres à élaborer ou améliorer le cadre juridique et institutionnel requis pour le recrutement international des personnels de santé et pour l'élaboration et la mise en œuvre de mesures appropriées ; c) fournir des indications qui puissent être utilisées le cas échéant pour l'élaboration et la mise en œuvre d'accords bilatéraux et autres instruments juridiques internationaux, contraignants ou non ; et d) faciliter et promouvoir le débat au niveau international et favoriser la coopération sur les questions liées au recrutement international des personnels de santé.

39498

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

Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE. Comment répondre à la crise imminente ?

Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé.
Paris : OCDE : 2008 : 104p., graph., tabl., ann.

Cote Irdes : A3791

<http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?k=5KZHFQ8SWBZQ&lang=fr>

Au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE seront confrontés à une demande croissante en médecins et infirmiers. Cette situation doit être appréhendée dans un environnement international qui est d'ores et déjà caractérisé par des flux migratoires importants que ce soit entre les pays de l'OCDE ou des pays en voie de développement vers la zone OCDE. Quelles ont été les politiques adoptées par les pays de l'OCDE en matière de ressources humaines et d'immigration ? Dans quelle mesure ces politiques sont-elles liées ? Comment les pays de l'OCDE peuvent-ils se doter d'effectifs viables de personnels de santé ? Quelles sont les conséquences de l'émigration des médecins et des infirmiers pour les pays d'origine ? Cet ouvrage présente des faits nouveaux sur chacune de ces questions et trace quelques pistes pour la marche à suivre dans l'avenir. Il résulte d'un projet conjointement mené par l'OCDE et l'OMS sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et des migrations internationales (4^eème de couv.)

D Modes de rémunération

39140

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
CHALKLEY (M.) , TILLEY (N.) , YOUNG (J.L.) , BONNETTI (D.) , CLARKSON (M.)
University of Dundee. Department of Economic Studies. Dundee. SCO

The Effect of Activity-Based Payment on Dentists' Activity: Evidence from a natural Experiment in the UK National Health Service.

Les effets du paiement à l'activité sur l'activité des dentistes : résultats d'une expérience au sein du NHS britannique.

Dundee Discussion Papers ; No. 217

Dundee : University of Dundee : 2008/09 : 21p.,fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dundee.ac.uk/econman/discussion/DDPE_217.pdf

The extent to which remuneration systems affect the behaviour of health care professionals is of considerable importance in the administration of publicly funded health care systems. Using data across two jurisdictions in the United Kingdom, in only one of which remuneration was changed, we compare the extent of measured dental activity at the dentist level in order to ascertain the impact of moving to activity-based remuneration. We find that there are large and statistically significant increases in activity as dentists moved to the activity-based system and that a dentist's previous form of contract is an important determinant of the magnitude of the effect. We also explore the extent to which dentists' professional attitudes can explain differences in their activity and find that some aspects of self-reported attitudes are associated with observable differences in activity.

40492

RAPPORT
CHAMBAUD (L.) , KHENNOUF (M.) , LANNELONGUE (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Tomes I et II.

Paris : La Documentation française : 2009/01 : 2 vol. (134+54p.), tabl., graph., annexes.

Cote Irdes : B6647

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000043/0000.pdf>

Par lettre du 28 février 2008, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a demandé à ce que soit réalisée une mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. Le premier objectif était d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération. Il s'agissait notamment d'étudier l'intérêt et la faisabilité d'une démarche de convergence des systèmes de rémunération des différents modes d'exercice, à partir des évolutions préconisées dans le rapport de la mission Larcher.

► Soins de longue durée

40888

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FUJISAWA (R.), COLOMBO (F.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

The long term-care workforce overview and strategies to adapt supply to a growing demand.

Les travailleurs du secteur des soins de longue durée : adapter l'offre à une demande croissante.

OECD Health Working Paper; 44
Paris : OCDE : 2009/03 : 62p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/\\$FILE/JT03261422.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/$FILE/JT03261422.PDF)

Dans le contexte du vieillissement des sociétés, l'importance des soins de longue durée va se développer dans tous les pays de l'OCDE. Ce document de travail présente une vue d'ensemble sur les travailleurs du secteur des soins de longue durée (SLD) et passe en revue les réponses des pays à l'accroissement de la demande de travailleurs des SLD.

► Bioproduction

39496

RAPPORT , INTERNET
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).
Paris. FRA, Genopole. Evry. FRA

Bioproduction 2008, état des lieux et recommandations pour l'attractivité de la France.

Paris : LEEM : 2008/10 : 119p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leem.org/leem-image/leem/document/1341.pdf>

L'étude conduite conjointement par le LEEM et Genopole met notamment en évidence la nécessité pour les industriels de prendre le virage de la bioproduction et pour les pouvoirs publics d'établir un environnement attractif pour favoriser l'implantation d'unités de production en France. Avec un marché biopharmaceutique en forte croissance, les besoins de production de molécules thérapeutiques sont grandissants. Entre 2008 et 2011, les capacités de bioproduction dans le monde augmenteront de 25 %. C'est aux Etats-Unis et en Europe du Nord (Pays-Bas, Irlande, Royaume-Uni et Danemark) que sont installées la plupart des unités de production de lots commerciaux. Pour que la France, qui accuse encore un large retard, puisse rester dans la course, elle devra pouvoir attirer les investissements nécessaires à la création d'unités de production.

► Industrie pharmaceutique

39772

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
HERRMANN (A.M.)
Max Planck Institute for the Studies of Societies. Cologne. DEU

Choosing and Successfully Sustaining Competitive Strategies in the European Pharmaceutical Industry.

Choisir et maintenir avec succès la concurrence au sein de l'industrie pharmaceutique européenne.

MPIfG Discussion Paper ; 08/9

Cologne : Max Planck Institute : 2008/10 : 32p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp08-9.pdf

It is a central claim of the national competitiveness literature that firms exploit the comparative advantages of their environment by choosing to pursue the product market strategy that is facilitated by national financial- and labour-market institutions. Otherwise, so goes the argument, firms are punished in that strategies receiving no institutional support are less successful and therefore not sustainable in the long run. My analyses of pharmaceutical firms in Germany, Italy and the United Kingdom challenge these arguments on the choice and success of competitive strategies. Given that different measures of strategy success do not indicate that the latter is in line with national institutional advantages, I develop an alternative explanation for the strategy choices of firms. On the basis of my qualitative interviews with managers, I argue that technological opportunities to transform inventions or imitations into marketable products are a primary concern when entrepreneurs choose their firm's strategy.

41086

RAPPORT

Pricewaterhousecoopers. Neuilly-sur-Seine.
FRA

***Pharma 2020 : Le marketing du futur ?
Quelle voie prendrez-vous ?***

Neuilly-sur-Seine : Pricewaterhousecoopers :
2009 : 28p., graph., tabl.

Cote Irdes : B6680

http://www.pwc.fr/pharma_20203.html

Dans les dix prochaines années, le rôle des équipes marketing et forces de vente de l'industrie pharmaceutique sera remodelé pour passer d'un modèle de vente en masse vers une approche plus ciblée de son marché. Cette industrie devrait se concentrer de plus en plus non plus sur la promotion en masse de comprimés mais sur la démonstration que ses produits et les services associés sont capables d'améliorer la santé et la qualité de vie et de réduire les frais de santé. Ainsi PwC prévoit que d'ici dix ans, le modèle fondé sur la mobilisation de nombreuses équipes de visiteurs médicaux, de budgets de milliards de dollars dédiés à la diffusion d'échantillons de médicaments gratuits, et de budgets de millions de dollars consacrés à la publicité télévisée et au démarchage des médecins et des patients sera sérieusement ébranlé.

► Innovation médicale

39030

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
EGAR (O.), HAMUSCH (H.), PYKA (A.)
University of Augsburg. Faculty of Business
and Economics. Augsburg. AUT, International
Society for Research on Innovation
and Change in Health Care Systems
(I.S.R.I.C.H.). INT

***Co-Evolutionary Innovation Patterns in the
Pharmaceutical Industry Since 1888.***

*Les modèles d'innovation co-évolutionnaires
dans l'industrie pharmaceutique depuis 1888.*

ISRICH Working Paper . 05

Augsburg : ISRICH : 2008 : 27p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://isrich.eu/images/isrich%2520wp05-eger.pdf>

This paper examines the relation between the innovation output from universities and the innovation output from industry on a historic-empirical data base in the pharmaceutical industry. We suggest a stable cross-country pattern of innovation output to exist where public funded universities act as a trigger for new scientific developments, opening the way for a new industry to emerge. Our results highlight the importance of publicly funded basic research for future socio-economic benefits.

39863

RAPPORT

Commission Européenne. (C.E.). Bruxelles.
BEL

***Pharmaceutical sector inquiry : preliminary
report.***

*Enquête sectorielle dans le domaine
pharmaceutique : rapport préliminaire.*

Bruxelles : Office des publications officielles
des Communautés européennes : 2008/11 :
426p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6601

[http://ec.europa.eu/competition/sectors/
pharmaceuticals/inquiry/preliminary_report.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/preliminary_report.pdf)

Le secteur pharmaceutique est vital pour la santé des citoyens européens. Les patients européens ont besoin d'un accès à des médicaments sûrs, innovants et abordables. Le marché des médicaments avec et sans ordonnance a une valeur de plus de €138 milliards au prix «sortie d'usine» et de € 214 milliards au prix au détail, ce qui se traduit en 2007 par une dépense au détail de € 430 pour chaque citoyen de l'Union européenne. En janvier

2008, la Commission européenne a lancé, dans le cadre des règles de la concurrence (articles 81 et 82 du Traité CE), une enquête sectorielle au sein des marchés pharmaceutiques de l'Union européenne en raison d'informations relatives aux médicaments innovants et génériques suggérant que la concurrence pourrait être restreinte ou faussée. Cela a été indiqué par un déclin dans l'innovation mesuré en fonction du nombre de nouveaux médicaments entrant sur le marché, ainsi que par des cas de retard dans l'entrée de médicaments génériques sur le marché en comparaison de ce qui pouvait être attendu. Ce rapport préliminaire confirme la baisse du nombre de nouvelles entités chimiques entrant sur le marché ainsi que les retards dans l'entrée des génériques sur le marché et en souligne certaines causes possibles. Le rapport préliminaire ne cherche pas à identifier les méfaits d'entreprises spécifiques ou à arriver à une conclusion sur le fait de savoir si certaines pratiques décrites dans le rapport enfreignent le droit européen de la concurrence. Le rapport fournit à la Commission des données factuelles lui permettant de décider si des actions supplémentaires sont nécessaires. L'enquête porte sur la période 2000 - 2007 et implique l'examen d'un échantillon de 219 médicaments.

40874

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
SANTERRE (R.E.)
University of Connecticut. Storrs CO. USA

The new drug offset effect: some national and international evidence.

L'effet de compensation financière des nouveaux médicaments : données nationales et internationales.

MPR Paper : 13628.

Storrs : University of Connecticut : 2009/02 : 29p., tab.

Cote Irdes : En ligne

http://d.repec.org/n?u=RePEc:pra:mprapa:13628&r=hea_

The new drug offset effect theory argues that new drugs pay for themselves by keeping people out of more expensive medical facilities. However, few studies have tested the new drug offset theory. This paper examines the impact of new drugs on aggregate medical care costs using data for the U.S. and some countries belonging to the Organization for Economic Cooperation and Development. The results from both tests imply a typical new drug slows the growth of overall medical care spending. Consequently, even health policy decision-makers

with limited time horizons should consider the harmful effects of drug price controls.

► Médicaments antibiotiques

39599

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FILIPPINI (M.), MASIERO (G.) , MOSCHETTI (K.)

Università della Svizzera italiana. Facoltà di scienze economiche. Lugano. ITA

Dispensing practices and antibiotic use.

Pratiques de dispensation et utilisation des antibiotiques.

Working paper; 08-08

Lugano : Università della Svizzera italiana : 2008/10 : 29p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,42,6,20081016104949-ZL/wp0808.pdf>

The regulation on prescribing and dispensing of antibiotics has a double purpose: to enhance access to antibiotic treatment and to reduce the inappropriate use of drugs. Nevertheless, incentives to dispensing physicians may lead to inefficiencies. We sketch a theoretical model of the market for antibiotic treatment and empirically investigate the impact of self-dispensing on the per capita outpatient antibiotic consumption using data from small geographic areas in Switzerland. We find evidence that a greater proportion of dispensing practices is associated with higher levels of antibiotic use. This suggests that health authorities have a margin to adjust economic incentives on dispensing practices in order to reduce antibiotic misuse.

► Politique du médicament

39484

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
KOHLENER (J.C.)

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (C.A.D.T.H.). Ottawa. ON. CAN

Drug Reimbursement Policies: An International Perspective and Synthesis of Recent Studies.

Politiques de remboursement des médicaments : perspective et synthèse internationales des études récentes.

Toronto : University of Toronto : 2008/10 : 110p.

Cote Irdes : B6571

The purpose of this study is to describe and analyse select pharmaceutical reimbursement schemes related for the most part to outpatient drug coverage. Pharmaceutical reimbursement policy have significant fiscal implications, primarily because health coverage as a whole has become more costly at the same time that public budgets have become more constrained. The OECD reported that the majority of OECD countries have seen pharmaceutical spending outpace total health spending between 1995 and 2007. This study focuses on thirteen uniquely different jurisdictions - nine national governments, three provincial governments, and one state government reviewed. In short, this study offers descriptions and some analysis about different models so decision-makers can determine how alike or unlike their system are and why, and to consider if reimbursement schemes are ensuring medicines for those in need.

Prescriptions

40351

RAPPORT
SCHWABE (U.), PAFFRATH (D.)

Arzneiverordnungsreport 2008.

Rapport sur la prescription pharmaceutique 2008.

Heidelberg : Springer Medizin Verlag : 2008 : 1129p., tabl., index

Cote Irdes : SE (ALL) 2008

Publiée annuellement, cette brochure rassemble toute une série d'informations sur les médicaments en Allemagne, pour l'année 2007. Ces données proviennent des remboursements effectués par la GKV (l'ensemble des caisses d'Assurance maladie obligatoire allemande). Cet ouvrage contient à la fois : des données chiffrées très détaillées - conditionnement par conditionnement, en termes de dépenses et de quantités évaluées en DDD ; des analyses du marché pharmaceutique de l'année - arrivée de nouveaux produits, analyse générale du marché de l'année et analyse détaillée par classe thérapeutique ; des analyses de l'évolution du marché en mettant en regard tous les événements institutionnels de l'année écoulée. Cet ouvrage constitue l'ouvrage de référence du marché pharmaceutique allemand ; l'analyse de chaque classe thérapeutique est confiée à une personne spécialiste de la classe concernée.

Prix

38875

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
MARINOSO (B.) , JELOVAC (I.) , OLIVELLA (P.)

Groupe d'Analyse et de Théorie Economique (G.A.T.E.). Ecully. FRA

External referencing and pharmaceutical price negotiation.

Prix de référence externe et négociation des prix des médicaments.

Documents de travail; WP 08-15

Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique : 2008/05 : 36p., fig., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/30/36/82/PDF/0815.pdf>

External referencing (ER) imposes a price cap for pharmaceuticals based on prices of identical products in foreign countries. Suppose a foreign country (F) negotiates prices with a pharmaceutical firm while a home country (H) can either negotiate independently or implement ER based on the foreign price. We show that country H always prefers ER if (i) it can condition ER on the drug being subsidized in the foreign country and (ii) copayments are higher in H than in F. H's preference is reinforced when the difference between country copayments is large and/or H's population is small. External referencing by H always harms F if (ii) holds, but less so if (i) holds.

39028

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
TIZUKAL (T.)

Aoyama Gakuin University. Graduate School of International Management. Aoyama. JAP

The Economics of Pharmaceutical Pricing and Physician Prescribing in Japan.

L'économie du prix des médicaments et la prescription médicale au Japon.

Aoyama : Aoyama Gakuin University : 2008/07 : 13p., 6 fig.

Cote Irdes : En ligne

A country's pharmaceutical policy is unique, just like its culture. Japan is no exception. Japan has employed a unique dynamic price-control rule that updates regulated retail prices based on the previous period's transaction prices. At the same time, separation of prescribing and dispensing has historically been weak, and the doctor can both purchase and sell a drug

to his patient. These policies allowed the physician to earn the price-cost markup, and this appears to have affected physician prescribing. After discussing these features in more detail, I review two recent studies that empirically investigated their impacts on physician prescribing. Ongoing changes in pharmaceutical policy and their expected impacts are also discussed.

39114

DOCUMENT DE TRAVAIL
GRANDFILS (N.)

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

Drug price setting and regulation in France.

*Fixation et régulation des prix des médicaments
en France.*

Document de travail Irdes ; 16

Paris : Irdes : 2008/09 : 24p.

Cote Irdes : DT16

[http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/
WorkingPapers/DT16DrugPriceSettingRegulation
France.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT16DrugPriceSettingRegulationFrance.pdf)

In France, drug prices have historically been regulated but approaches to setting and regulating prices have been evolving in recent years. In 2003, the prices of new outpatient drugs, which had hitherto been entirely regulated, were semi-liberalised, with drug companies setting prices in line with those in neighbouring countries; and in parallel with this in 2004, the prices of expensive drugs and/or drugs qualifying for reassignment must now also be set in line with European prices. In addition to this, price/volume regulation has recently been introduced. This document describes the price setting rules applicable to each drug category and discusses different measures for regulating drug price, particularly the conventional policies implemented under successive framework agreements. The regulatory path for medicines and the different actors involved are presented in an Appendix.

39410

OUVRAGE
PARIS (V.)

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

***Pharmaceutical pricing policies in a global
market.***

*Les prix des médicaments sur un marché
global : politiques et enjeux.*

OECD Health policy studies.

Paris : OCDE : 2008 : 215p., tabl., fig.

Cote Irdes : A3784, A3784bis

This report assesses how pharmaceutical pricing and reimbursement policies have contributed to the achievement of certain health policy objectives. It examines the national and transnational effects of these policies, in particular, their implications for the availability of medicines in other countries, the prices of these medicines, and innovation in the pharmaceutical sector. This publication presents an analysis of comparative price levels, making use of a unique dataset to construct the most comprehensive pan-OECD pharmaceutical price index to date. It also draws upon original case studies of pharmaceutical pricing and reimbursement policies in six OECD countries to provide specific examples of the impacts of policies on health system performance. The latest comparable data and trends on different aspects of the performance of health systems in OECD countries.

39443

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
CAPRIOLI (S.) , LEVAGGI (R.)

Università degli Studi di Brescia. Dipartimento
di Scienze Economiche. Brescia . ITA

Drug pricing and risk sharing agreements.

*Prix du médicament et accords de partage des
risques.*

Working Paper; 0810

Brescia :Università degli Studi di Brescia. :
2008/06 : 6p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.unibs.it/on-line/dse/Home/Inevidenza/
PaperdelDipartimento/articolo5662.html](http://www.unibs.it/on-line/dse/Home/Inevidenza/PaperdelDipartimento/articolo5662.html)

In the recent past some forms of risk sharing agreements have been used in some countries in drug pricing. In this note we present a specific risk sharing agreement on effectiveness and show how such mechanism is going to affect the market in the long run. In particular, we will show how the regulator may create a trade off between expected efficacy and the number of patients to be treated using the pricing formula.

► Régulation

39199

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

Measuring welfare and the effects of regulation in a government-created market : the case of medicare part D plans.

Mesurer l'impact de la population protégée et les effets de la régulation dans un marché créé par le gouvernement : le cas de la partie D de Medicare.

NBER Working Paper Series ; n° 14296
Cambridge : NBER : 2008/09 : 31p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14296>

Medicare's prescription drug benefit (Part D) has been its largest expansion of benefits since 1965. Since the implementation of Part D, many regulatory proposals have been advanced to improve this government-created market. Among the most debated are proposals to limit the number of options, in response to concerns that there are «too many» plans. In this paper we study the welfare impacts of limiting the number of Part D plans. To do this, we first provide evidence that consumers view Medicare Part D plans as differentiated products. In doing so, we determine how much Medicare beneficiaries value the plans' various features -- an important measurement not only for our analysis, but also because these features are heavily dictated by policy. Second, using our demand- and supply-side estimates, we conduct several policy experiments to understand the implications of reducing the number of plans. Specifically, we assess the effects on equilibrium premia and welfare from removing plans that cover «the gap,» reducing the maximum number of plans each firm can offer per region, and, for validation purposes, the impact of a recent major merger. Our counterfactuals regarding removal of plans provide an important assessment of the losses to consumers (and producers) resulting from government limitations on choice. These costs must be weighed against the widely discussed expected gains from limiting options (due to expected reductions in consumer search costs) when considering new restrictions on the number of plans that can be offered. We find that the search costs should be at least two thirds of the average monthly premium in order to justify a regulation that allows only two plans per firm, and that this number would be sub-

stantially lower if the limitation in the number of plans is coupled with a decrease in product differentiation (e.g., by removing plans that cover «the gap»).

40397

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
DAVID (G.), MARKOWITZ (S.), RICHARDS (S.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

The Effects of Pharmaceutical Marketing and Promotion on Adverse Drug Events and Regulation.

Les effets du marché pharmaceutique et de la promotion des médicaments sur les effets indésirables des médicaments et la régulation.

NBER Working Paper Series ; 14634.
Cambridge : NBER : 2009/01 : p., fig., tabl.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w14634>

This paper analyzes the relationship between postmarketing promotional activity and reporting of adverse drug events by modeling the interaction between a welfare maximizing regulator (the FDA) and a profit maximizing firm. In our analysis demand is sensitive to both promotion and regulatory interventions. Promotion-driven market expansions enhance profitability yet may involve the risk that the drug would be prescribed inappropriately, leading to adverse regulatory actions against the firm. The model exposes the effects of the current regulatory system on consumer and producer welfare. Particularly, the emphasis on safety over benefits distorts the market allocation of drugs away from some of the most appropriate users. We then empirically test the relationship between drug promotion and reporting of adverse reactions using an innovative combination of commercial data on pharmaceutical promotion and FDA data on regulatory interventions and adverse drug reactions. We provide some evidence that increased levels of promotion and advertising lead to increased reporting of adverse medical events for certain conditions.

► **Australie**

38826

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GOODALL (S.) , SCOTT (A.)
Melbourne Institute of Applied Economics
and Social Research. Melbourne. AUS

***Is Hospital Treatment in Australia
Inequitable? Evidence from the HILDA
Survey***

*Le traitement à l'hôpital est-il inéquitable en
Australie ? Données issues de l'enquête HILDA.*

Melbourne Institute Working; 5/08

Melbourne : Melbourne Institute of Applied
economics and social research : 2008 : 36p.,
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://melbourneinstitute.com/wp/wp2008n05.pdf>

The pursuit of equity is a key objective of many health care systems, including Australia's Medicare. Using the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) survey, we measured the extent of inequity in the utilisation of hospital services. We used methodology developed by the ECuity project for measuring horizontal inequity indices. We examine income-related health care inequities in both inpatient and day patient access and utilisation, whilst controlling for morbidity, demographic and socio-economic variables. The probability of hospital inpatient admission appeared equitable, but the probability of a day patient visit demonstrated a pro-rich distribution. Even more pronounced were the findings on the quantity of visits. The positive horizontal inequality indices indicate a degree of inequity favouring the rich, especially for inpatient utilisation. The pro-rich distribution of the probability of a day patient visit was associated with whether individuals held private health insurance. These results suggest that in Australia, which has a universal and comprehensive health system, the rich and poor are not treated equally according to need. Further research should investigate whether the causes of inequities lie in the preferences of individuals or the preferences of health care providers.

39778

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
Australian Government. Department of Health
and Ageing. Canberra. AUS

***Towards a National Primary Health Care
Strategy. A Discussion Paper from the
Australian Government.***

*Vers une stratégie nationale de soins de santé
primaire. Un avant-projet du gouvernement
australien.*

Canberra : Commonwealth of Australia :
2008 : 49p., fig., photos.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/\\$File/DiscussionPaper.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/$File/DiscussionPaper.pdf)

This Discussion Paper is intended to provide a broad framework and basic information on key issues impacting on primary health care. Its purpose is to stimulate input and comment to assist in the development of the Strategy. This Paper proposes 10 elements which could underpin a future primary health care system and for each one provides a snapshot of:

- What happens now?
- What does this mean for the community and health consumers?
- What does this mean for health professionals?
- Where could changes be made?

► **Belgique**

38709

RAPPORT, INTERNET
SCHOKKAERT (E.) , GUILLAUME (J.C.) ,
LECLUYSE (A.) , AVALOSSE (H.) ,
CORNELIS (K.) , DE GRAEVE (D.) ,
DEVRIESE (S.) , VANOVERLOOP (J.) , VAN
DE VOORDE (C.)

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

***Évaluation des effets du maximum à facturer
sur la consommation et l'accessibilité
financière des soins de santé.***

Bruxelles : KCE : 2008/07 : 169p., tabl., fig.,
ann.

Cote Irdes : En ligne

http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=11240

Le système de soins de santé belge repose historiquement sur la combinaison de quotes-parts personnelles relativement élevées associée à une politique de protection sociale des

groupes sociaux plus faibles. Le Maximum à Facturer (MàF), instauré en 2002, est une de ces mesures structurelles qui recherche un compromis entre la protection sociale des groupes plus faibles de notre société et la responsabilité individuelle. Le maximum à facturer a pour intention de limiter le montant que chaque famille consacre aux dépenses de soins de santé nécessaires et couverts par l'assurance maladie et ce en fonction des revenus du ménage. Depuis sa création, le maximum à facturer s'est fortement élargi. Ainsi en 2008, le maximum à facturer a été étendu aux implants et aux maladies chroniques. D'après certains, le maximum à facturer est un contrepois nécessaire aux contributions personnelles élevées dans notre système de soins de santé. Pour d'autres, le maximum à facturer menace de faire exploser les dépenses de l'assurance maladie ou encore, il accroît la sélectivité de notre système de soins qui entraîne que ceux qui le financent le plus en bénéficient le moins. Cette étude a pour objectif d'évaluer la performance du maximum à facturer. Le MàF est-il la manière la plus adéquate d'offrir un certain niveau de protection sociale ? Quels groupes cibles sont atteints ? Certains groupes sociaux sont-ils encore laissés pour compte ? Le MàF induit-il des changements de comportement des patients ou des prestataires de soins ? De quelle manière les effets redistributifs du MàF correspondent-ils aux caractéristiques structurelles du système ? Le MàF est-il cohérent avec les principes globaux de ce système ? Les résultats de cette étude nous permettent également d'estimer le coût et les effets redistributifs de réformes politiques fondamentales telles que la suppression de l'intervention majorée ou du MàF social.

40709

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
GUNGOR (K.)
Université Libre de Bruxelles. Bruxelles. BEL

Long-term care: regional disparities in Belgium.

Soins de longue durée : disparités régionales en Belgique.

Munich : MRPA : 2009 : 55p.

Cote Irdes : En ligne

http://mpr.a.ub.uni-muenchen.de/13394/1/MPR_A_paper_13394.pdf

This paper analyzes the problem of population ageing in terms of non-medical care needs of persons who are dependent or have lost their autonomy, in order to provide the various public and private administrations active

in these fields with some food for thought. The anticipated increase in dependency poses significant challenges in terms of needs evolution and financing. Using administrative data on the Belgian population to build indicators on the prevalence of dependency at home in the three regions in 2001, it finds that the likelihood of a sustained increase in the Flemish prevalence rates ultimately amplifies the magnitude of the financing problems that the Flemish dependency insurance scheme has experienced since its first years of operation. Results also show that the smaller increases or the decreases (according to the scenario selected) expected in Wallonia and Brussels are likely to mitigate concern about the sustainability of any long-term care insurance in Wallonia and therefore to facilitate its eventual introduction.

40711

RAPPORT , INTERNET
GALLEZ (C.)
Secrétaire d'Etat à la Solidarité. Bruxelles.
BEL

L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique.

Paris : La documentation Française : 2009 : 91p.

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000074/0000.pdf>

En raison d'un problème récurrent en France du manque de structures adaptées pour certaines pathologies du handicap ainsi que pour la prise en charge de la dépendance, des personnes âgées et des personnes handicapées de nationalité française, souvent originaires des régions frontalières, sont accueillies dans des établissements en Belgique, surtout en Wallonie. A partir d'une étude de terrain, ce rapport analyse le phénomène et propose des pistes de réflexion et des propositions concrètes auxquelles le ministère pourra se référer pour définir une politique d'action.

Canada

39211

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
MULVALE (G.) , ABELSON (J.) , GOERING
(P.)

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

Mental Health Service Delivery in Ontario, Canada : How Do Policy Legacies Shape Prospects for Reform ?

*L'offre de soins en santé mentale en Ontario,
Canada. Dans quelle mesure les politiques
passées façonnent-elles les perspectives de
réforme ?*

Chepa working paper series ; 07-02

Hamilton : McMaster University : 2007 : 33p.,
tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.chepa.org/Research-Products/Working-Papers.aspx>

Mental health policy-making in Ontario has a long history of frustrated attempts to move from a hospital and physician-based tradition to a coordinated system with greater emphasis on community-based mental health care. This study examines policy legacies associated with the introduction of psychiatric hospitals in the 1850s and the introduction of public health insurance (medicare) in the 1960s in Ontario; and their effect on subsequent mental health reform initiatives using a qualitative case study approach. Following Pierson (1993) we capture the resource/incentive and interpretive effects of prior policies on three groups of actors: government elites, interests and mass publics. Data is drawn from academic and policy literature, and key informant interviews. The findings suggest that psychiatric hospital policy resulted in important policy legacies which were reinforced by medicare. These legacies explain the traditional difficulty in achieving mental health reform, but are less helpful in explaining recent promising developments that support community-based care. Current reform of the Ontario health system features the introduction of regionalized service delivery and new models of interdisciplinary team-based primary care delivery and presents an opportunity to overcome several of these legacies. The analysis suggests a pressing need to link these two initiatives to overcome system fragmentation.

Comparaisons internationales

39082

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GOHMANN (S.)

University of Louisville. Department of
Economics. Louisville. USA

A Comparison of Health Care in Canada and the US – The Case of Pap Smears.

*Comparaison des systèmes de soins canadien
et américain. Exemple du frottis cervical.*

Louisville : University of Louisville : 2008/08 :
32p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1259875

This study compares the Canadian and US health care systems on the provision of Pap smears for women. Probit estimates show that American women are more likely to receive the screening. A question arises as to whether differences in the estimated probability of the Pap smear are the result of differences in the demographics between Canadian and American women or differences in the estimated coefficients. A Blinder/Oaxaca type decomposition yields estimates of the influence of each. The decomposition shows that the differences between the Canadian and US women mostly occur because of differences in coefficients and not the distributions. One coefficient driving this difference is age. Older Canadian women have a lower average predicted probability of a Pap smear.

Espagne

39425

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
HERNANDEZ QUEVEDO (C.)

University of York. Health - Econometrics and
Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

A comparison of the health status and health care utilisation patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey.

*Comparaison de l'état de santé et des schémas
d'utilisation des services de santé entre la
population née en Espagne et les étrangers :
nouveaux résultats issus de l'enquête nationale
santé espagnole.*

HEDG Working Paper; 08/22

York : HEDG : 2008/09 : 37p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_22.pdf

The reduction of inequalities in health and in the access to health services is one of the main objectives in any health care system. Various studies have analysed the existence of inequalities in health and in the use of health care for the Spanish population. However, the empirical evidence for the immigrant collective on this issue is as yet insufficient. This working paper aims to provide evidence on inequalities in health and in the access to health services for the immigrant population living in Spain, relative to that of the autochthonous population, by using the 2003 and 2006 Spanish National Health Survey. After using a pooled ordered probit for a measure of self-assessed health and pooled probit models for several utilisation variables, our results show that there are different patterns in health status and utilisation of health care between nationals and immigrants in Spain. Immigrants report better levels of health status than Spaniards, although they face barriers of entry to health care services. Health policies should focus on reducing legal, cultural and administrative barriers to access health services.

■ Estonie

39401

OUVRAGE, INTERNET
KOPPEL (A.)

VAN GINNEKEN (E.) / éd.

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

Estonia : health system review.

Estonie : point sur le système de santé.

Copenhague : Bureau régional de l'Europe :
2008 : XXI+227p., ill.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.euro.who.int/document/e91372.pdf>

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

Principal health care reforms. 8. Assessment of the health system. 9. Conclusions. 10. Appendices.

■ États-Unis

38986

DOCUMENT DE TRAVAIL
CEBUL (R.D.), REBITZER (J.B.), TAYLOR
(L.J.), VETRUBA (M.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

Organizational Fragmentation and Care Quality in the U.S. Health Care System.

Le système de santé américain : fragmentation de l'organisation des soins et qualité des soins.

NBER Working Paper Series ; 14212

Cambridge : NBER : 2008/08 : 37p., tabl., graph.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14212>

Many goods and services can be readily provided through a series of unconnected transactions, but in health care close coordination over time and within care episodes improves both health outcomes and efficiency. Close coordination is problematic in the US health care system because the financing and delivery of care is distributed across a variety of distinct and often competing entities, each with its own objectives, obligations and capabilities. These fragmented organizational structures lead to disrupted relationships, poor information flows, and misaligned incentives that combine to degrade care quality and increase costs. This paper illustrates its argument with examples taken from the insurance and the hospital industries, and discuss possible responses to the problems resulting from organizational fragmentation.

39144

DOCUMENT DE TRAVAIL
GARBER (A.M.) , SKINNER (J.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Is American Health Care uniquely inefficient?

Le système de santé nord-américain est-il particulièrement inefficace ?

NBER Working Paper Series ; n° 14257

Cambridge : NBER : 2008/08 : 40p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14257>

The U.S. health system has been described as the most competitive, heterogeneous, inefficient, fragmented, and advanced system of care in the world. In this paper, we consider two questions: First, is the U.S. health care system productively efficient relative to other wealthy countries, in the sense of producing better health for a given bundle of hospital beds, physicians, nurses, and other factor inputs? Second, is the U.S. allocatively efficient relative to other countries, in the sense of providing highly valued care to consumers? For both questions, the answer is most likely no. Although no country can claim to have eliminated inefficiency, the U.S. has fragmented care, high administrative costs, and stands out with regard to heterogeneity in treatment because of race, income, and geography. The U.S. health care system is also more likely to pay for diagnostic tests, treatments, and other forms of care before effectiveness is established and with little consideration of the value they provide. A number of proposed reforms that are designed to ameliorate shortcomings of the U.S. health care system, such as quality improvement initiatives and coverage expansions, are unlikely by themselves to reduce expenditures. Addressing allocative inefficiency is a far more difficult task but central to controlling costs.

39781

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
PUFFER (F.), PITNEY SEIDLER (E.)
College of the Holy Cross. Department of
Economics. Worcester. USA

The Effect of Managed and Traditional Care Insurance Plans on Horizontal Inequity in Access to Health Care in the United States.

Les effets du Managed care et des plans d'assurance santé traditionnels sur l'équité dans l'accès aux soins de santé aux États-Unis.

Worcester : College of the Holy Cross :
2008/11 : 37p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.holycross.edu/departments/economics/RePEc/Seidler_HealthCare.pdf

This study examines income inequity in access to health care in the United States. Given the predominant and growing presence of managed care organizations as a source of medical insurance and care in both the private and public settings, replacing traditional indemnity plans as a lower cost prophylactic alternative, we speculate that the presence of

Managed Care Organizations would reduce, if not eliminate, any pro wealthy bias in access to health care for the insured population in the U.S. We rely on previously developed methodology from the EcuityII project, incorporating the health inequity index (HIWV), to estimate income inequity in traditional indemnity and managed care plans. Our results are surprisingly counterintuitive to the expected result that managed care was designed to have on access to care. The calculated HIWV indicates a relatively greater pro wealthy bias in the managed care group. This result has important and direct policy implications as public insurance programs in the U.S. contract with managed care organizations as a lower cost alternative for Medicaid and Medicare beneficiaries.

40463

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
CAREY (D.) , HERRING (B.) , LENAIN (P.)
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Health care reform in the United States

La réforme du système de santé aux États-Unis.

Economics Department working papers; 665
Paris : OCDE : 20089/02 : 42p., tabl., fig.,
annexes

Cote Irdes : en ligne

[http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000B6A/\\$FILE/JT03259332.PDF](http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000B6A/$FILE/JT03259332.PDF)

Malgré certains progrès, les États-Unis ne sont pas très bien placés parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est de diverses mesures des résultats de la santé. Or, les dépenses de santé y sont sensiblement plus élevées que dans tout autre pays de l'OCDE. Cette situation contradictoire amène à penser qu'il est possible d'améliorer le système de santé du pays tout en réduisant, ou du moins en n'augmentant pas, les dépenses. Le présent papier examine plus particulièrement deux facteurs qui contribuent à la divergence entre les résultats et les dépenses en matière de santé aux États-Unis : accès inéquitable aux services médicaux et inefficience des subventions pour la souscription de polices d'assurance privées ; manque d'efficacité de l'assurance de santé publique. Il propose ensuite deux séries de réformes propres à améliorer le système de santé des États-Unis. La première est un ensemble de mesures destinées à assurer la couverture universelle de l'assurance-maladie. La deuxième concerne les méthodes de paiement et les décisions de prise en charge

au sein du programme Medicare et vise à réaligner les incitations et à renforcer l'évaluation économique des différents actes médicaux.

► Europe

39031
RAPPORT , INTERNET
HOGSTEDT (C.) , MOBERG (H.) ,
LUNDGREN (J.D.) , BACKHANS (M.)
Swedish National Institute of Public Health.
(S.N.I.P.H.). Stockholm. SWE

Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries.

La santé pour tous ? Analyse critique des politiques de santé publique dans huit pays européens.

Stockholm : Swedish National Institute of Public Health : 2008 : 356p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.fhi.se/PageFiles/4171/R200821_Health_for_all_komp0809.pdf

Ce document présente une analyse des politiques de santé publique mises en place dans huit pays européens en mettant l'accent sur la question de l'équité. Les pays choisis représentent différentes parties de l'Europe : du Nord (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), en passant par l'Ouest (Angleterre et Pays-Bas) aux pays plus au Sud (Italie et Espagne).

39150

RAPPORT , INTERNET
KHOMAN (E.) , WEALE (M.)
European Network of Economic Policy
Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.). Bruxelles.
BEL

Development of Scenarios for Health and Long-Term Care Expenditure in the European Union Member States.

Développement de scénarii concernant la santé et les dépenses de soins de longue durée dans les Etats membres de l'Union Européenne.

Bruxelles : ENEPRI : 2007/12 : 117p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://shop.ceps.be/downfree.php?item_id=1700

Over the next fifty years, the size and age structure of Europe's population will experience major changes due to low fertility rates, continuous increases in life expectancy due to medical advances and the retirement of the

baby boom generation. The main output of this work package is a model which allows the construction of scenarios for health and long-term care expenditure based on the premise that health spending is driven by a number of demographic, economic, social and institutional variables. The projections computed in this study are not forecasts but are instead intended to provide an indication on the potential timing and scale of budgetary challenges that could result from Europe's ageing population.

39411

FASCICULE, INTERNET
DAWSON (D.) , MOUNTFORD (L.)
Office of Health Economics. (O.H.E.).
Londres. GBR

Health Care Services and the Single European Market

Services de santé et marché unique Européen.

Londres : OHE: 2008/09 : 32p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ohe.org/lib/liPublications/616/OHE_Briefing_Dawson_Mountford.pdf

This paper considers, first of all, the scope of Community Law vis-à-vis health care delivery, including treaty provisions beyond the internal market rules. The glossary at the end of the paper sets out key elements of the Articles most often referred to in Court judgements. The paper explores the likely impact of ECJ judgements and how these have been translated into the draft Directive on patients' rights in cross border health care. Will they require, or result in, an increased reliance on market mechanisms and competition in health care, and will they, as many Member States have claimed, weaken their ability to organise their national health care systems. The paper goes on to explore what evidence exists for basing health care delivery on the competitive paradigm underlying the European Project. It considers whether the economic growth objectives of the internal market and the solidarity objectives of Member States' health systems are compatible, concluding that there are real tensions between the two. It scrutinises the available evidence concerning the impact of increased competition in its various aspects on efficiency, quality and access to health services, including the efficacy of relying on patient choice as a means of promoting competition. The central point here is that where there is extensive market failure, as in health services, competition is not unambiguously good and the application of Treaty articles to

health systems may therefore simply be unhelpful and counter-productive. What does the evidence have to say about the success or otherwise of attempts to introduce competition into health services, under what conditions, and how does this compare with other, non-market, policy instruments on which Member States may also rely when organising their health care systems? Finally, we take the opportunity to comment on the implications of current English Department of Health (DH) policies for the scope of the application of EU law, Competition Law in particular, and for the risk of legal challenge.

40453

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
ECKARDT (M.)

International Society for Research on
Innovation and Change in Health Care
Systems (I.S.R.I.C.H.). Augsburg. DEU

Regulatory Competition between European Health Systems as an Engine of Change?

La compétition réglementaire au sein des systèmes de santé européens : un moteur de changement ?

ISRICH Working Paper; 02

Augsburg : ISRICH : 2008 : 32p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.andrassyuni.hu/deutsch/admin/data/00000004/_fix/00000000/_fix/00000004/_subpage/files/_0002eckardt.pdf

The health care systems of EU member states suffer from a variety of problems, making health policy reforms a permanent item on the political agenda. Since intrajurisdictional political competition shows a lot of wellknown problems, with agency problems due to imperfect and asymmetric information being prominent leading to policy blockades. This paper asks whether regulatory competition between the EU member states might work as an engine of reform for national health care systems. For yardstick competition, locational competition and regulatory rule competition we analyze the potential impact on improving resource allocation, controlling rentseeking activities and generating innovations. We find that so far none of these three types of regulatory competition is intense. However, within an appropriate framework, regulatory competition could exhibit an overall positive effect on national health policy reforms.

► Italie

40391

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
LOZZI (M.)

Banca d'Italia. Roma. ITA

L'assistenza ospedaliera in Italia.

Le système hospitalier italien.

Occasional Papers : Questioni di Economia e Finanza ; 28..

Roma : Banca d'Italia : 2008/09 : 40p.,

Cote Irdes : En ligne

http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest_ecofin_2/qef_28/QEF_28.pdf

Over the last decade two reforms have affected the Italian hospital system, one introducing market mechanisms, the other concerning the tools of planning and expense control assigned to the regional governments. The paper summarizes these institutional changes and describes the evolution of the structure and the activity of the hospital system, with a focus on the differences between regions. It highlights the following: (1) the reduction in the number of hospitals and hospital beds and the gap between regions in terms of hospital beds per capita; (2) the growth in personnel compared with the number of hospital beds; (3) the stationarity of admissions since the end of the nineties and the growth in the share of those in day hospital; (4) the greater number of admissions in southern regions, especially for inappropriate or less complex treatment, and the high level of migration towards northern hospitals; (5) with reference to costs, increasing returns to scale up to a given hospital size, which is larger, the more complex the courses of treatment provided; (6) the differences between regions in costs which are affected by the size of facilities and their type of specialization.

► Lettonie

39402

OUVRAGE, INTERNET
TRAGAKES (E.)

AVDEEVA (O.) / éd., SCHAFFER (M.) / 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

Latvia : health system review.

Lettonie : point sur le système de santé.

Copenhague : Bureau régional de l'Europe : 2008 : XXI+251p., ill.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.euro.who.int/Document/E91375.pdf>

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

► Norvège

40282

INTERNET , RAPPORT

OXMAN (A.D.), BJERNDAL (A.), FLOTTERP (S.), LEWIN (S.), LINDHAL (A.K.)

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. (N.K.C.H.S.). Oslo. NOR

Integrated Health Care for People with Chronic Conditions.

Les soins de santé intégrés pour les malades souffrant de maladies chroniques.

Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services : 2008/12 : 152p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/5114.cms>

Health services research. in the same way that clinical research is essential for informing how best to care for patients clinically, health services research is essential to inform decisions about how best to organise, finance and govern our healthcare system. This policy brief is a good example of both the potential for health services research to inform healthcare policies and management, and an example of the limitations of health services research to inform decisions. There is a lot of evidence about strategies that are effective or promising, including many of the elements of the Chronic Care Model. There is also lots of uncertainty about the effects of many strategies. Where there is evidence of effects they are mostly small or moderate effects, but important. Where there is lack of evidence, this means that more research is needed. We must, however, also remember that lack

of evidence does not mean evidence for the lack of effects. As part of the development of the Integrated Health Care Reform, this report was prepared to inform deliberations among policymakers and stakeholders regarding how best to reform the Norwegian healthcare system to improve the coordination or integration of health care for people with chronic conditions.

► Pays-Bas

39135

OUVRAGE

WESTERT (G.P.) / éd., JABAALJ (L.) / éd., SCHELLEVIS (F.G.) / éd.

BORST-EILERS (E.) / préf.

Morbidity, performance and quality in primary care : Dutch general practice on stage.

Morbidité, performance et qualité dans les soins de santé primaire : Mise en scène de la pratique néerlandaise en médecine générale.

Oxford : Radcliffe Publishing : 2006 : 10-396p., tabl., index

Cote Irdes : A3776

This book is based on the findings of a nationwide study, the aim of which was to analyse general practitioners' performance as gatekeepers of the Dutch healthcare system. The study was undertaken along six themes: the health of the population; inequalities in health; utilisation of care; quality of care; communication; organisation and workload. The international interest in the Dutch situation is reflected in several chapters, where experts from all over the world put Dutch general practice into an international perspective.

39492

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
BIJLSMA (M.), MEIJER (A.), SHESTALOVA (V.)

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.). La Hague. NLD

Vertical relationships between health insurers and healthcare providers

Relations verticales entre les assureurs en santé et les fournisseurs de soins.

CPB Document; 167

La Hague : CPB : 2008/08 : 70p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/document/167/doc167.pdf>

The current institutional reforms in the Dutch healthcare sector may increase the extent of vertical relations (such as vertical contracts and vertical integration) between insurers and healthcare providers. Vertical relations may have both welfare increasing and welfare reducing effects. In this study, we focus on the latter, in particular on anticompetitive foreclosure. We distinguish three possible mechanisms that may lead to anticompetitive foreclosure, called respectively 'exclusivity', 'sabotage', and the 'waterbed effect'. We discuss under which conditions they come into play and which policy measures can prevent them.

► Pays scandinaves

38987

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
LUNDBERG (O.), ABERG YNGWA (M.),
KOLEGARD STJARNE (M.), BJORK (L.),
FRITZELL (J.)
Stockholm University/Karolinska Institutet.
Centre for Health Equity Studies.
(C.H.E.S.S.). Stockholm. SWE

The Nordic Experience: Welfare States and Public Health.

L'expérience nordique : le système de protection sociale et la santé publique.

Health Equity Studies ; 12
Stockholm : CHESS : 2008/08 : 229p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.chess.su.se/content/1/c6/04/65/23/NEWS_Rapport_080819.pdf

The issue of welfare state characteristics and their potential impact on public health is as large and multi-faceted as it is important. This report is a first serious attempt to combine expertise, insights and data from research into social policy and welfare states with corresponding expertise, insights and data from public health research.

► Royaume-Uni

39420

RAPPORT , INTERNET
DONALDSON (L.)
Department of Health. (D.H.). London. GBR

Health is global : a UK Government strategy 2008-13.

Santé globale : propositions pour une stratégie gouvernementale au Royaume-Uni pour les années 2008-2013.

Londres : Department of Health : 2008 : 38p.+ ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088702

Health is global is the first cross-government strategy to highlight the breadth of challenges that face us in the area of global health. The strategy outlines a set of principles and actions that the UK Government will focus on over the next five years to improve the health of people across the world, including the UK. The strategy highlights the importance of coherence and consistency in government policy and identifies ways to work even more effectively with our partners to deliver better health outcomes.

► Suède

38997

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
BENGTSSON (T.) , SCOTT (K.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. DEU

Workplace, Human Capital and Ethnic Determinants of Sickness Absence in Sweden, 1993–2001

Lieu de travail, capital humain et déterminants ethniques des arrêts de travail pour maladie en Suède.

Bonn : The Institute for the Study of Labor : 2008/08 : 30p., tabl., fig.
Cote Irdes : C, En ligne
<http://ftp.iza.org/dp3672.pdf>

This study charts the differences between the sickness absence of immigrants and Swedes during a period when a flourishing labour market in the beginning of the 1990s turned into a tense and problematic one. We consider not only human capital factors for various immigrant groups and natives, but also workplace conditions and macro level factors. Using register based information on 100,000 individuals for the period 1992-2001, we find large differences in sickness absence between natives and several immigrant groups and that these differences persist after controlling for human capital, workplace factors, and macro economic factors.

39186

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
HALL (C.)
Institute for Labour Market Policy Evaluation.
(I.F.A.U.). Uppsala. SWE

Do interactions between unemployment insurance and sickness insurance affect transitions to employment?

Les interactions entre l'assurance chômage et l'assurance maladie affectent-elles les transitions vers l'emploi ?

Working paper ; 2008-18

Uppsala : Institute for Labour Market Policy Evaluation. : 2008 : 41p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ifau.se/upload/pdf/se/2008/wp08-18.pdf>

Previous research suggests that there are substantial interactions between the unemployment insurance (UI) and the sickness insurance (SI) in Sweden. Moral hazard arises in the interplay between these two social insurance systems, since by reporting sick an unemployed person can postpone the UI expiration date and sometimes also receive considerably higher benefits. This paper examines whether these interactions affect the transition rate from unemployment to employment. To study this question I utilize a reform which greatly reduced the incentives for unemployed persons to transfer to the SI. While there is evidence that this reform substantially lowered the incidence of sick reports among the unemployed, I find no evidence suggesting that the reduced sick report rate in turn affected the transition rate to employment.

► Roumanie

39149

RAPPORT , INTERNET
VLADESCU (C.) , SCINTEE (G) ,
OLSAVSZKY (V.)
ALLIN (S.) /éd. , MLADOVSKY (P.) / 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

Romania: Health Systems Review.

Roumanie : point sur le système de santé.

Health Systems in Transition (HIT) ; Vol 10;
N°3

Copenhague : Bureau régional de l'Europe :

2008 : 181p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, Bc6584

<http://www.euro.who.int/Document/E91689.pdf>

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

PRÉVISION - ÉVALUATION

► Microsimulation

37073

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
LEGARE (J.) , DECARIE (Y.)
Social and Economic Dimensions of an Aging
Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. ON. CAN

***Using Statistics Canada LifePaths
Microsimulation Model to Project the Health
Status of Canadian Elderly.***

*Utilisation du modèle de microsimulation
«LifePaths», élaboré par Statistique Canada
pour prévoir l'état de santé des personnes
âgées canadiennes.*

Hamilton : SEDAP : 2008/01 : 19p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/pl/sedap227.pdf>

Complex population projections usually use microsimulation models; in Canada, Statistics Canada has developed a global dynamic microsimulation model named LifePaths in the Modgen programming language to be used in policy research. LifePaths provides a platform to build on for our research program, jointly with Dr Janice Keefe from Mount Saint Vincent University, on projections of the Canadian chronic homecare needs for the elderly up to 2031 and of the human resources required. Beside marital status, family networks and living arrangements, future health status of the elderly is a key variable, but an intricate one. Since health status transitions were previously conditioned only on age and sex, we will use

here the current disability module of LifePaths with longitudinal data from Canada's National Population Health Survey (NPHS). These new health status transitions are considering other significant explicative variables like marital status, education etc. We will then present projections of future Canadian elderly by health status and a comparison with nine European countries for the Future Elderly Living Conditions in Europe (FELICIE) Research Program which has used the same approach. Our previous researches have shown the importance of future disability level for the management of an elderly society. The main output of the present paper would first produce, with new health scenarios, new estimates for Canada of elderly in poor health, for those aged 75 and over. Secondly, it would produce an interesting comparative analysis, useful especially for implementing new policies for the well-being of the Canadian elderly.

► Psychothérapie

41020

OUVRAGE
FISCHMAN (G.) / dir.

L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse : fondements et enjeux.

Paris : Elsevier-Masson : 2009 : 286p., index
Cote Irdes : A3861

<http://www.decitre.fr/livres/L-evaluation-des-psychotherapies-et-de-la-psychanalyse.aspx/9782294083372>

Depuis la parution du rapport Inserm sur l'évaluation des psychothérapies, la polémique initiale a laissé place à un débat de grand intérêt clinique et épistémologique dont ce livre se fait l'écho. L'objectif est d'enrichir ce débat en proposant au lecteur une analyse approfondie des logiques et des méthodologies à l'oeuvre dans l'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Les auteurs interrogent les postulats et les méthodes: comment la subjectivité pourra-t-elle être mesurée afin de déterminer quantitativement les effets d'une psychothérapie? Quelles sont les recherches réalisées en psychanalyse et l'évolution actuelle des investigations sur les psychothérapies? La recherche prônée par l'evidence based medicine peut-elle établir la norme d'une psychothérapie fondée sur la science? Le livre s'intéresse également aux enjeux politiques et culturels qui sous-tendent ce débat: les résultats issus du calcul de l'efficacité deviendront-ils le seul standard pour faire face à la singularité des individus? L'idéal de l'expertise biomédi-

cale servira-t-il une politique visant à réduire la complexité de l'humain à des considérations gestionnaire? Georges Fischman a ainsi réuni dans ce livre polyphonique des cliniciens et des chercheurs qui dépassent leurs divergences théoriques. Ils proposent de nouveaux axes de réflexion sur un sujet dont les enjeux sont fondamentaux pour notre société

► QALY

37926

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
PINTO PRADES (J.L.) , LOOMES (G.) ,
BREY (R.)

University Pablo de Olavide. Department of Economics. Seville. ESP

Trying to estimate a monetary value for the QALY.

Essayer de donner une valeur monétaire à l'indicateur QALY (Années de vie pondérées par la qualité de vie).

WP ECON 08 09

Seville : University Pablo de Olavide : 2008 : 24p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.upo.es/serv/bib/wps/econ0809.pdf>

In this paper we study the possibility of estimating a monetary value for the QALY. Using two different surveys of the Spanish population (n=900), we try to establish whether willingness to pay (WTP) is (almost) proportional to the health gains measured in QALYs. We also explore whether subjects' responses are prone to any biases. We find that the monetary value of the QALY is higher the smaller the health gain, pointing to insensitivity in WTP. We also find two clear biases. One is the existence of sequencing effects. The other is the insensitivity of WTP to the duration of the period of payment. All these effects translate into a large variation in estimates of the monetary value of the QALY. We conclude that in order to be able to obtain consistent and stable estimates, we should try to understand better the causes of these problems with a view to developing ways of mitigating them.

► Analyse de survie

41045

OUVRAGE

CLEVES (M.), GUTIERREZ (R.), GOULD (W.), MARCKENKO (Y.)

An introduction to survival analysis using Stata.

Une introduction à l'analyse de survie avec Stata.

Texas : Stata Press : 2008 : 372p., graph., index

Cote Irdes : Ug3

This book is the ideal tutorial for professional data analysts who want to learn survival analysis for the first time or who are well versed in survival analysis but not as dexterous in using Stata to analyze survival data. This text also serves as a valuable reference to those who already have experience using Stata's survival analysis routines. The second edition has been updated for Stata 10, containing a new chapter on power and sample-size calculations for survival studies and sections that describe how to fit regression models (stcox and streg) in the presence of complex survey data. Other enhancements include discussions about nonparametric estimation of mean/median survival, survival graphs with embedded at-risk tables, better hazard graphs through the use of boundary kernels, and concordance measures for assessing the predictive accuracy of the Cox model, as well as an expanded discussion of model building strategies including the use of fractional polynomials. Survival analysis is a field of its own requiring specialized data management and analysis procedures. Toward this end, Stata provides the st family of commands for organizing and summarizing survival data. The authors of this text are also the authors of Stata's st commands. This book provides statistical theory, step-by-step procedures for analyzing survival data, an in-depth usage guide for Stata's most widely used st commands, and a collection of tips for using Stata to analyze survival data and present the results. This book develops from first principles the statistical concepts unique to survival data and assumes only a knowledge of basic probability and statistics and a working knowledge of Stata. The first three chapters of the text cover basic theoretical concepts: hazard functions, cumulative hazard functions, and their interpretations; survivor functions; hazard models; and a comparison of nonpara-

metric, semiparametric, and parametric methodologies. Chapter 4 deals with censoring and truncation. The next three chapters cover the formatting, manipulation, stsetting, and error checking involved in preparing survival data for analysis using Stata's st analysis commands. Chapter 8 covers nonparametric methods, including the Kaplan–Meier and Nelson–Aalen estimators, and the various nonparametric tests for the equality of survival experience. Chapters 9–11 discuss Cox regression and include various examples of fitting a Cox model, obtaining predictions, interpreting results, building models, and model diagnostics. The next four chapters cover parametric models, which are fit using Stata's streg command. These chapters include detailed derivations of all six parametric models currently supported in Stata and methods for determining which model is appropriate, as well as information on obtaining predictions, stratification, and advanced topics such as frailty models. The final chapter is devoted to power and sample-size calculations for survival studies.

41046

OUVRAGE

BLOSSFELD (H.P.), GOLDSCH (K.), ROHWER (G.)

Event history analysis with Stata.

Analyse de survie avec Stata.

New York : Lawrence Erlbaum Associates : 2007 : 300p., tab., graph., fig., index

Cote Irdes : Ug4

This book presents survival analysis from a social science perspective. Introducing the mathematics and statistics of survival analysis, along with substantive discussions of social science data-specific issues, the authors give examples throughout using Stata (version 9) and data from the German Life History Study. The text covers both basic and advanced topics, from an introduction to life tables to fitting parametric models with unobserved heterogeneity. The authors aptly illustrate the entire research path required in applying event history analysis, from the initial problems of recording event-oriented data, to data organization, to software applications, to interpreting results. Chapters 1 and 2 introduce event history data, discussed substantively, and the data structures used to contain them. Chapter 3 introduces nonparametric descriptive methods including life tables, product-limit estimation of the survivor function, and comparison of survivor functions. Chapters 4–8 focus on estimation using parametric survival functions.

This section discusses not the usual exponential, Weibull, etc., models but rather issues such as period-specific effects, qualitative and quantitative covariates, time-dependent covariates, and multiepisode data. Chapter 9 discusses the Cox proportional hazards model, whereas chapter 10 covers problems with parametric model specification, including unobserved heterogeneity. The book has a parametric model focus, which for some readers will be a strength and for others, a weakness. For the latter group, the weakness is minimal because the coverage of the Cox model is adequate given the foregoing discussion. Event History Analysis with Stata is aimed at the professional social scientist but could also serve as a graduate-level text. A web site providing supporting materials for the book, including the dataset files and do-files, is available at <http://web.uni-bamberg.de/sowi/soziologie-i/eha/stata>.

► Analyse spatiale

40174

OUVRAGE
SANDERS (L.) / dir.

Modèles en analyse spatiale.

Paris : Hermès science ; Paris : Lavoisier :
2001 : 333p., tab., graph., index
Cote Irdes : A3817

<http://www.lavoisier.fr/fr/livres/index.asp?texte=2746203200&select=isbn&from=Hermes>

Cet ouvrage offre un panorama relativement large des familles de modélisation qui existent en analyse spatiale et des différents états d'esprit qui leur sont associés. Les modèles présentés proviennent de questionnements sur les principes d'organisation de l'espace, sur les logiques de localisation, sur la forme des interactions spatiales et leur rôle dans la dynamique de l'espace. Les spécialités des auteurs sont variées du point de vue thématique (géographie, économie, hydrologie, écologie) et méthodologique (mathématiques, statistiques, informatique, physique), plusieurs auteurs se situent à l'interface de différentes disciplines. Ce volume contient deux types de chapitres, les uns proposant un regard sur l'analyse spatiale à partir d'une discipline privilégiée, les autres s'attachant à un concept clé ou à un champ méthodologique particulier de l'analyse spatiale. Dans les deux cas, la règle du jeu était de proposer un état de la question relativement large mais aussi d'appuyer l'exposé sur des exemples d'applications concrètes. Un système de lectures croisées a permis

des échanges entre les auteurs et a facilité la complémentarité entre les chapitres.

► Évaluation contingente

38874

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
CARRERE (M.O.) , HAVET (N.) , MORELLE (M.) , REMONNAY (R.)
Groupe d'Analyse et de Théorie Economique (G.A.T.E.). Ecully. FRA

Analyzing the determinants of willingness-to-pay values for testing the validity of the contingent valuation method. Application to home care compared to hospital care.

Analyse des déterminants des valeurs de la propension à payer pour tester la validité de la méthode d'évaluation contingente. Application comparée des soins à domicile aux soins hospitaliers.

Documents de travail; WP 08-20

Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique : 2008 : 32p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/30/37/25/PDF/0820.pdf>

The contingent valuation (CV) method is an attractive approach for comparing home care to hospital care in which the only difference is patients' well-being during the treatment process and not health outcomes. We considered the empirical situation of blood transfusion (BT) in cancer patients and collected willingness to pay (WTP) values among BT users. Our main objective was to test the validity of the CV method, namely its ability to elicit true preferences. Firstly, possible determinants of WTP values and their expected influences were identified, from both economic and non economic literature and from the findings of a pilot study. Secondly, they were compared to predicted influences resulting from appropriate econometric analysis of WTP values elicited by a bidding process. From the health economics literature it appeared that the double-hurdle model is the most appropriate approach to account for zero values and protest responses. However, because the number of protest responses was too small, we used a truncated regression model. None of the 7 hypothesized influences was invalidated by econometric results. The anchoring bias hypothesis was confirmed. The WTP for home BT compared to hospital BT increased with household income, with previous experience of home care, with living far from the hospital and with low quality

of life. Conversely, it was lower for advanced-stage (palliative or terminal) than for early-stage (curative) patients. We conclude that the CV approach is acceptable to severely ill patients. Moreover, WTP values demonstrate good validity given that influences predicted by our model are consistent with expected determinants.

► Modélisation

38768

DOCUMENT DE TRAVAIL
BASU (A.), POLSKY (D.), MANNING (W.G.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Use of propensity scores in non-linear response models : the case for health care expenditures.

Utilisation de scores de propension dans des modèles de réponses non-linéaires : le cas des dépenses de santé.

NBER Working Paper Series ; n° 14086
Cambridge : NBER : 2008/06 : 53p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

<http://www.nber.org/papers/w14086>

Under the assumption of no unmeasured confounders, a large literature exists on methods that can be used to estimating average treatment effects (ATE) from observational data and that spans regression models, propensity score adjustments using stratification, weighting or regression and even the combination of both as in doubly-robust estimators. However, comparison of these alternative methods is sparse in the context of data generated via non-linear models where treatment effects are heterogeneous, such as is in the case of healthcare cost data. In this paper, we compare the performance of alternative regression and propensity score-based estimators in estimating average treatment effects on outcomes that are generated via non-linear models. Using simulations, we find that in moderate size samples ($n=5000$), balancing on estimated propensity scores balances the covariate means across treatment arms but fails to balance higher-order moments and covariances amongst covariates, raising concern about its use in non-linear outcomes generating mechanisms. We also find that besides inverse-probability weighting (IPW) with propensity scores, no one estimator is consistent under all data generating mechanisms. The IPW estimator is itself prone to inconsistency due to misspecification of the model for estimating propensity

scores. Even when it is consistent, the IPW estimator is usually extremely inefficient. Thus care should be taken before naively applying any one estimator to estimate ATE in these data. We develop a recommendation for an algorithm which may help applied researchers to arrive at the optimal estimator. We illustrate the application of this algorithm and also the performance of alternative methods in a cost dataset on breast cancer treatment.

40456

INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
LAHIRIA (R.), RICHARDSONA (E.W.)
Queensland University of Technology.
(Q.U.T.). School of Economics and Finance.
Brisbane. AUS

Public and Private Expenditures on Health in the Presence of Inequality and Endogenous Mortality: A Political Economy Perspective.

Dépenses de santé publiques et privées en présence d'inégalités et de mortalité endogène : une perspective d'économie politique.

Discussion paper and Working paper Series ; 240

Brisbane : Queensland University of Technology : 2008/12 : 38p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.bus.qut.edu.au/faculty/schools/economics/documents/discussionPapers/2008/240Lahiri.pdf>

In this paper, we study an overlapping-generations model in which agents' mortality risks, and consequently impatience, are endogenously determined by private and public investment in health care. The proportion of revenues allocated for public health care is also endogenous, determined as the outcome of a voting process. Higher substitutability between public and private health is associated with a "crowding-out" effect which leads to lower public expenditures on health care in the political equilibrium. This in turn impacts on mortality risks and impatience leading to a greater persistence in inequality and long run distributions of wealth that are bimodal.

41019

OUVRAGE

HESKETH (S.), SKRONDAL (A.)

Multilevel and longitudinal modeling using Stata.

Modélisation longitudinale et multiniveau avec Stata.

Texas : Stata Press : 2008 : 562p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : Ug2

Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata, by Sophia Rabe-Hesketh and Anders Skrondal, looks specifically at Stata's treatment of generalized linear mixed models, also known as multilevel or hierarchical models. These models are «mixed» because they allow fixed and random effects, and they are «generalized» because they are appropriate for continuous Gaussian responses as well as binary, count, and other types of limited dependent variables. Beginning with the comparatively simple random-intercept linear model without covariates, Rabe-Hesketh and Skrondal develop the mixed model from principles, thereby familiarizing the reader with terminology, summarizing and relating the widely used estimating strategies, and providing historical perspective. Once the authors have established the mixed-model foundation, they smoothly generalize to random-intercept models with covariates and then to random-coefficient models. The middle chapters of the book apply the concepts for Gaussian models to models for binary responses (e.g., logit and probit), ordinal responses (e.g., ordered logit and ordered probit), and count responses (e.g., Poisson). The authors then consider models with multiple levels of random variation and models with crossed (nonnested) random effects. In its examples and end-of-chapter exercises, the book contains real datasets and data from the medical, social, and behavioral sciences literature. The book has several applications of generalized mixed models performed in Stata. Rabe-Hesketh and Skrondal developed gllamm, a Stata program that can fit many latent-variable models, of which the generalized linear mixed model is a special case. With the release of version 9, Stata introduced the xtmixed command for fitting linear (Gaussian) mixed models. Stata users can use gllamm and xtmixed in conjunction with the rest of the xt suite of commands to perform comparative mixed-model analyses for various response families. The type of models fit by these commands sometimes overlap; when this happens, the authors highlight the differences in syntax, data organization, and

output for the two (or more) commands that can be used to fit the same model. The authors also point out the relative strengths and weaknesses of each command when used to fit the same model, based on considerations such as computational speed, accuracy, and available predictions and postestimation statistics. The book delineates the relationship between gllamm and xtmixed, clearly showing how they complement one another.

► Revues systématiques

40520

INTERNET , GUIDE

University of York. Center for Reviews and Dissemination. York. GBR

Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care

Les revues systématiques : guide du CRD pour leur mise en oeuvre dans le domaine de la santé.

York : Center for Reviews and

Dissemination : 2009 : 281p., index, ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews_.pdf

This guide focuses on the methods relating to use of aggregate study level data. Although discussed briefly in relevant sections, individual patient data (IPD) metaanalysis which is a specific method of systematic review, is not described in detail. The basic principles are outlined in Appendix 1 and more detailed guidance can be found in the Cochrane Handbook and specialist texts. Similarly, other forms of evidence synthesis including prospective meta-analysis, reviews of reviews, and scoping reviews are beyond the scope of this guidance but are described briefly in Appendix 1.

► Sociologie de la santé

41246

OUVRAGE

PAPERMAN (P.) / dir., LAUGIER (S.) / dir.

Le souci des autres : éthique et politique du care.

Paris : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales : 2005 : 348p.

Cote Irdes : A3867

<http://www.amazon.fr/souci-autres-Ethique-politique-care/dp/2713220718>

Les perspectives féministes connaissent depuis une vingtaine d'années un développement considérable dans le champ académique anglo-saxon. Si les analyses en termes de genre sont désormais connues du public français, l'idée de care - mot habituellement traduit par soin, attention, sollicitude - n'a pas trouvé un accueil aussi évident. Les publications américaines sur l'éthique du care et ses rapports avec l'éthique de la justice ayant été comparées, non sans quelque sarcasme, à une véritable industrie, l'indifférence des milieux académiques et des féminismes français vis-à-vis d'un mouvement intellectuellement aussi important est étrange. Le moment semble donc venu de présenter l'éthique du care, et de mettre en évidence les raisons d'une telle résistance. C'est bien la dimension provocatrice de l'idée même d'une éthique du care qui la rend difficilement assimilable, et vulnérable. En réintégrant dans le champ des activités sociales significatives des pans entiers de l'activité humaine négligés par la théorie sociale et morale, ces approches ébranlent la partition entre des registres habituellement disjoints. Les questions triviales posées par le care -qui s'occupe de quoi, comment ? -font appel à une anthropologie différente comprenant dans un même mouvement la vulnérabilité, la sensibilité, la dépendance. Elles mettent en cause l'universalité de la conception libérale de la justice, installée en position dominante dans le champ de la réflexion politique et morale, et transforment la nature même du questionnement moral.

▮ Vignettes

40707

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
DATTÀ GUPTA (N.), KRISTENSEN (N.),
POZZOLI (D.)

Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

External Validation of the Use of Vignettes in Cross-Country Health Studies;

Validation externe de l'utilisation des vignettes dans les études internationales sur la santé.

Discussion Paper; 3989

Bonn : The Institute for the Study of Labor :
2009/02 :

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp3993.pdf>

Cross-country comparisons of subjective assessments are rendered difficult if not impossible because of sub-population specific response style. To correct for this, the use of

vignettes has become increasingly popular, notably within cross-country health studies. However, the validity of vignettes as a means to re-scale across sample populations critically rests on the assumption of «response consistency» (RC): that vignettes and self-assessments are evaluated on the same scale. In this paper, we seek to test this assumption by applying objective measures of health along with subjective measures and vignettes. Our results indicate that the assumption of RC is not innocuous and that our extended model relaxing this assumption improves the fit and significantly changes the cross-country rankings of health vis-à-vis the standard Chopit model.

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

▮ Théorie économique

41245

OUVRAGE

MUNCK (J. de) / dir., ZIMMERMANN (B.) / dir.

La liberté au prisme des capacités : Amartya Sen au-delà du libéralisme.

Paris : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales : 2008 : 333p.

Cote Irdes : A3866

<http://www.lcdpu.fr/livre/?GCOI=27000100445780>

L'« approche par les capacités », élaborée par Amartya Sen, est un programme de recherche désormais important en sciences sociales. Elle propose une nouvelle économie politique qui fait des droits humains réels une valeur cardinale et accorde à la question des institutions une importance décisive. Elle éclaire des problèmes aussi divers que ceux des indicateurs macro-économiques, de la pauvreté, des rapports de genre, du sous-développement. Elle préconise un mode d'évaluation du bien-être social centré sur la situation singulière des personnes. Et, concernant le processus de démocratisation, elle recommande de focaliser l'attention sur la participation des groupes les plus vulnérables. Il y a assurément là matière à bousculer les acceptions établies de la liberté en économie. Ce volume est consacré à la présentation et à la discussion des principes et des concepts de cette approche. Une réflexion critique est menée sur leur cohérence et leur pertinence dans diverses problématiques. A l'appui de cette réflexion sont présentées des applications dans différents domaines. La question des indicateurs du développement est mise en discussion, en

tenant compte de la spécificité du contexte européen. Des objets d'enquête empirique comme les politiques publiques, le travail ou les directives sociales sont convoqués comme lieux de mise à l'épreuve des principes et des concepts de ce programme.

RÉGLEMENTATION

► Droit de la Sécurité sociale

39133

OUVRAGE
DUPEYROUX (J.J.), BORGETTO (M.),
LAFORE (R.)

Droit de la Sécurité sociale.

Paris : Dalloz : 2008 : 1276p., graph., tabl.

Cote Irdes : Ud68 (2008)

Ce Précis présente de façon exhaustive le système français de Sécurité sociale en rendant compte non seulement des règles juridiques qui régissent son fonctionnement, mais aussi du contexte social et économique, national et international qui détermine son organisation. La présente édition intègre l'ensemble des réformes survenues au cours des dernières années qui ont modifié : mise en oeuvre, parfois avec des inflexions, des réformes des retraites et de l'assurance maladie, refonte des régimes indépendants, adaptation des régimes spéciaux, réaménagement des droits des cotisants, élaboration d'une nouvelle convention de l'assurance chômage, etc.

► Handicap

39603

OUVRAGE
SCHWEITZER (L.) / dir., BROCA (A. de) / dir.

Code du handicap 2009.

Paris : Dalloz ; Paris : FNATH ; Paris :
HALDE : 2009 : 857p.

Cote Irdes : Ud558

<http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/code-du-handicap-2009-9782247081110>

En France, une personne sur dix connaît une situation de handicap. En 2005, une loi ambitieuse a réformé en profondeur la législation mettant l'égalité de traitement et l'accessibilité au coeur de son dispositif. Les personnes handicapées bénéficient, bien entendu, des mêmes droits que l'ensemble des citoyens,

sous réserve de dispositions spécifiques jusque-là éparpillées dans de nombreux textes juridiques souvent très techniques. Ce code, rédigé essentiellement par des professionnels de terrain de la FNATH (Association des accidentés de la vie) et de la HALDE (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité), traite de l'ensemble des thématiques de la vie quotidienne : scolarité, emploi, services, transports, logement, ressources, compensation, accès aux soins, indemnisation, protection juridique, loisirs. Grâce aux conseils pratiques et aux nombreuses coordonnées, l'ouvrage apporte au lecteur des réponses précises aux questions concrètes de la vie quotidienne : comment obtenir la prestation de compensation ou l'AAH ? Sous quelles conditions bénéficier d'une rente accident du travail-maladie professionnelle ? Que faire en cas de discrimination à l'embauche ? Quel recours possible en cas de refus d'inscription à l'école ? L'objectif est de mieux comprendre ses droits et de les faire appliquer. L'ouvrage s'adresse aux personnes handicapées, à leurs familles, mais aussi aux travailleurs sociaux, associatifs, responsables et personnels de maisons départementales des personnes handicapées ou d'établissements médico-sociaux, afin que le droit soit véritablement appliqué par tous, pour que l'insertion des personnes handicapées devienne une réalité.

► Obligation alimentaire

39482

DOCUMENT DE TRAVAIL
Sénat. Paris. FRA

L'obligation alimentaire envers les ascendants.

Législation comparée; LC 189

Paris : Sénat : 2008/10 : 27p.

Cote Irdes : B6570

<http://www.senat.fr/lc/lc189/lc189.pdf>

Les interrogations relatives à la place respective de l'obligation alimentaire et de l'aide sociale dans la prise en charge des personnes âgées en France amènent à s'interroger sur la situation des pays étrangers. L'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, les Pays Bas et le Royaume-Uni, dont les systèmes sociaux reposent sur des principes forts différents, ont été retenus. Pour chacun des pays, les points suivants ont été analysés : l'existence d'une obligation alimentaire envers les ascendants; la prise en compte de l'obligation alimentaire par la législation sociale, notamment les textes qui régissent les établissements d'accueil des personnes âgées.

► **Index des auteurs**

A

| | |
|--|----------------|
| ABELSON (J.) | 84 |
| ABERG YNGWA (M.) | 90 |
| Académie Nationale de Médecine | 61 |
| AGENOR (P.R.) | 58 |
| AIACH (P.) | 56 |
| ALEGRIA (M.) | 44 |
| ALLIN (S.) | 59, 91 |
| ALLONIER (C.) | 53 |
| AMBROISE-THOMAS (P.) | 61 |
| ANDREXS (G.J.) | 61 |
| ANDREYEVA (T.) | 48 |
| Aoyama Gakuin University | 79 |
| ARRIGHI (Y.) | 64 |
| ASLAN (A.) | 36 |
| Assemblée Nationale. (A.N.) | 17, 18, 23, 31 |
| Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.) | 27, 30, 32 |
| Australian Government | 82 |
| AVALOSSE (H.) | 82 |
| AVDEEVA (O.) | 88 |
| AVITABILE (C.) | 25 |

B

| | |
|--|--------|
| BACKHANS (M.) | 87 |
| BAGUELIN (O.) | 46 |
| Banca d'Italia | 88 |
| BARBIER (J.C.) | 27 |
| BARTOLI (F.) | 27 |
| BASTIAENS (H.) | 65 |
| BASU (A.) | 95 |
| BATAILLE (P.) | 56 |
| BATIFOULIER (P.) | 64 |
| BAZIN (G.) | 66 |
| BECK (F.) | 40, 41 |
| BEIER SORENSEN (O.) | 30 |
| Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.) | 65, 82 |
| BELOGEY (J.M.) | 53 |
| BENGTSSON (T.) | 90 |
| BERCOT (R.) | 66 |
| BERNIER (M.) | 18 |
| BETTIA (F.) | 69 |
| BIJLSMA (M.) | 89 |
| BJERNDAL (A.) | 89 |
| BJORK (L.) | 90 |
| BJORNBERG (J.) | 19 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| BLANC (A.) | 52 |
| BLANCHET (D.) | 48 |
| BLOSSFELD (H.P.) | 93 |
| BOLIN (K.) | 47 |
| BONNETTI (D.) | 75 |
| BONTEMPS (G.) | 66 |
| BORGETTO (M.) | 98 |
| BORST-EILERS (E.) | 89 |
| BOUHIA (R.) | 55 |
| BOUND (J.) | 48 |
| BRAS (P.L.) | 61 |
| BREY (R.) | 92 |
| BROCA (A. de) | 98 |
| BRODATY (H.) | 34 |
| BUHL (O.) | 30 |
| Bureau Régional de l'Europe | 20 |
| BUSSE (R.) | 20 |
| BUSTILLO RAFAEL (M. de) | 53 |

C

| | |
|--|----------------|
| Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.) | 23 |
| Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.) | 51 |
| Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (C.A.D.T.H.) | 78 |
| Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.) ... | 18 |
| CAPRIOLI (S.) | 80 |
| CAREY (D.) | 86 |
| CARRERE (M.O.) | 94 |
| CARRIER (S.) | 51 |
| CASTRA (L.) | 68 |
| CAWLEY (J.) | 42 |
| CEBOLLA (B.) | 19 |
| CEBUL (R.D.) | 85 |
| CECCHI-TENERINI (R.) | 22 |
| Center for Health Economics and Policy Analysis. (C.H.E.P.A.) | 24, 26, 59, 84 |
| Center for Studies in Economics Studies and Finance. (C.S.E.F.) | 25 |
| Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.) | 46 |
| Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé... .. | 65, 82 |
| Centre For Growth & Business Cycle Research. (C.G.B.C.R.) | 58 |
| Centre for Health Economics Research and Evaluation. (C.H.E.R.E.) | 34, 35 |
| Centre for Health Equity Studies. (C.H.E.S.S.) | 90 |
| Centre National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.) | 24 |

| | |
|--|--------|
| Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.) | 38 |
| CHALKLEY (M.) | 68, 75 |
| CHAMBAUD (L.) | 75 |
| CHATTERJI (P.) | 44 |
| CHEN (K.) | 32 |
| CHENOWETH (L.) | 34 |
| CHETTY (R.) | 26 |
| CLARKSON (M.) | 75 |
| CLEVES (M.) | 93 |
| COLDEFY (M.) | 60 |
| Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.) | 17 |
| College of the Holy Cross | 86 |
| COLOMBO (F.) | 76 |
| Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.) | 67 |
| Commission chargée des Affaires Européennes | 31 |
| Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales | 18, 23 |
| Commission des Affaires Européennes | 31 |
| Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.) | 39 |
| Commission Européenne. (C.E.) | 77 |
| COM-RUELLE (L.) | 69 |
| CONEUS (K.) | 42 |
| Conseil de l'Europe | 29 |
| Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.) | 63 |
| CONSTABLE (G.) | 64 |
| CORNELIS (K.) | 82 |
| COSTA-FONT (J.) | 37, 43 |
| COSTES (J.M.) | 40 |
| COURTEMANCHE (C.) | 67 |
| COUTURIER (Y.) | 51 |
| COUTY (E.) | 22 |
| COYTE (P.C.) | 49 |
| CROOKS (V.A.) | 61 |
| CUFF (C.) | 24 |
| CULLEN (M.R.) | 27 |

D

| | |
|------------------|----------------|
| DAMBERG (C.) | 19 |
| DANIELS (N.) | 28 |
| DATTA GUPTA (N.) | 97 |
| DAVER (C.) | 66 |
| DAVID (G.) | 81 |
| DAWSON (D.) | 87 |
| DEBRAND (T.) | 43, 46, 48, 53 |

| | |
|--|------------|
| DECARIE (Y.) | 91 |
| DE CONINCK (F.) | 66 |
| DE GRAEVE (D.) | 82 |
| DE LOOPER (M.) | 57 |
| DENTON (F.T.) | 35 |
| Department of Health. (D.H.) | 90 |
| DEVAUX (M.) | 54 |
| DEVRIESE (S.) | 82 |
| D'HOORE (W.) | 65 |
| DIECKHOENER (C.) | 28 |
| DIONNE (L.) | 19 |
| Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.) | 52, 57, 76 |
| Direction des Risques Professionnels. (D.R.P.) | 23 |
| Direction Générale de la Santé. (D.G.S.) | 51 |
| Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.) | 30, 80 |
| DJAOUI (E.) | 50 |
| DOHNER (H.) | 50 |
| DONALDSON (L.) | 90 |
| DOOR (J.P.) | 23 |
| DORAN (C.) | 39 |
| DORMONT (B.) | 36, 38 |
| DOUGUET (F.) | 44 |
| DOURGNON (P.) | 27, 58 |
| DROUIN (A.) | 27 |
| DUCHESNES (C.) | 65 |
| DUHAMEL (G.) | 61 |
| DUPEYROUX (J.J.) | 98 |
| DWORKIN (R.) | 29 |

E

| | |
|--|--------|
| ECKARDT (M.) | 88 |
| Ecole Polytechnique | 24 |
| EGAR (O.) | 77 |
| EGGLESTEN (K.) | 68 |
| EINAV (L.) | 27 |
| Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.C.) | 30 |
| EPSTEIN (A.) | 63 |
| ERNST (K.) | 20 |
| Ernst & Young | 45 |
| ESMAIL (N.) | 21 |
| ETHERIDGE (F.) | 51 |
| European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.) | 87 |
| European Observatory on Health Systems and Policies | 20, 49 |

F

| | |
|--|----|
| FABBRI (D.)..... | 43 |
| Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales | 43 |
| FAIRLIE (R.W.)..... | 25 |
| FANG (B.)..... | 65 |
| FARRAR (S.)..... | 68 |
| FASQUELLE (D.)..... | 31 |
| FASSIN (D.)..... | 56 |
| FEAVER (C.H.)..... | 35 |
| FEVANG (E.)..... | 49 |
| FILIPPINI (M.)..... | 78 |
| FINDLEY (P.A.)..... | 36 |
| FINKELSTEIN (A.)..... | 27 |
| Finnish Centre for Pensions | 45 |
| FISCHMAN (G.)..... | 92 |
| FLOTTERP (S.)..... | 89 |
| FOGEL (R.W.)..... | 35 |
| Fordham University | 36 |
| FRANC (C.)..... | 29 |
| Fraser Institute..... | 21 |
| FRITZELL (J.)..... | 90 |
| FUJISAWA (R.)..... | 76 |

G

| | |
|---|--------|
| GADREAU (M.)..... | 64 |
| GALLEZ (C.)..... | 83 |
| GARBER (A.M.)..... | 85 |
| GEERTS (C.)..... | 65 |
| GEMMILL (M.)..... | 37 |
| Genopole | 76 |
| GEOFFARD (P.Y.)..... | 27 |
| German Institute for Economic Research. (D.I.W.)..... | 33, 42 |
| GIL (J.)..... | 43 |
| GLYCOPANTIS (D.)..... | 66 |
| GOERING (P.)..... | 84 |
| GOHMANN (S.)..... | 84 |
| GOLSCH (K.)..... | 93 |
| GOODALL (S.)..... | 82 |
| GOODWIN (N.)..... | 49 |
| GOULD (R.)..... | 45 |
| GOULD (W.)..... | 93 |
| GRAMAIN (A.)..... | 46 |
| GRANDFILS (N.)..... | 80 |
| GREGORY (S.)..... | 64 |
| GRENIER (C.)..... | 73 |
| GRIGNON (M.)..... | 59 |

Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

| | |
|------------------------|--------|
| (G.A.T.E.)..... | 79, 94 |
| GUILLAUME (J.C.)..... | 82 |
| GUILLEMARD (A.M.)..... | 27 |
| GUNGOR (K.)..... | 83 |
| GUTIERREZ (R.)..... | 93 |

H

| | |
|---|------------------------|
| HAAS (M.)..... | 34 |
| HALL (C.)..... | 91 |
| HALL (J.)..... | 35 |
| HAMUSCH (H.)..... | 77 |
| HARTWIG (J.)..... | 33 |
| HASS (S.)..... | 73 |
| Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.)..... | 22 |
| Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.)..... | 72 |
| Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)..... | 53, 72 |
| HAVET (N.)..... | 94 |
| Health Consumer Powerhouse..... | 20 |
| Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.)..... | 20, 25, 33, 37, 49, 84 |
| Health Economics Research Unit. (H.E.R.U.)..... | 68 |
| Health Foundation | 19 |
| HEBERT (C.)..... | 56 |
| HERNANDEZ QUEVEDO (C.)..... | 84 |
| HERRING (B.)..... | 86 |
| HERRMANN (A.M.)..... | 76 |
| HESKETH (S.)..... | 96 |
| HIRSCH (M.)..... | 27 |
| HIRTZLIN (I.)..... | 42 |
| HOGSTEDT (C.)..... | 87 |
| HURLEY (J.)..... | 24, 26, 59 |

I

| | |
|---|--|
| ILMARINEN (J.)..... | 45 |
| Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)..... | 22, 61, 75 |
| Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.)..... | 18 |
| Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)..... | 18, 29, 43, 46, 48, 53, 54, 55, 58, 60, 80 |
| Institute for Labour Market Policy Evaluation. (I.F.A.U.)..... | 91 |

| | |
|--|----------------------------|
| Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.)..... | 25, 28, 32, 49, 54, 90, 97 |
| Institut Montaigne | 73 |
| Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)..... | 55 |
| Institut National de Prevention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.) | 40 |
| Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.)..... | 59 |
| Institut National du Cancer. (I.N.C.A.) | 40 |
| International Osteoporosis Foundation. (I.O.F.)..... | 43 |
| International Society for Research on Innovation and Change in Health Care Systems (I.S.R.I.C.H.)..... | 42, 73, 77, 88 |

J

| | |
|---------------------------|------------|
| JABAAIJ (L.)..... | 89 |
| JARVISALO (J.)..... | 45 |
| JELOVAC (I.)..... | 79 |
| JENSEN (P.H.) | 62 |
| JEONG (Y.H.) | 34 |
| JIMENEZ-MARTIN (S.) | 47 |
| JOHNS (A.M.)..... | 49 |
| JOSE-IGNACIO (A.)..... | 53 |
| JURGES (H.)..... | 55 |
| JUSOT (F.)..... | 54, 55, 58 |

K

| | |
|----------------------------|--------|
| KAMINSKI (M.)..... | 56 |
| KAPTEYN (A.)..... | 48 |
| KENNY (P.)..... | 35 |
| KERVASDOUE (J. de)..... | 5, 21 |
| KETCHAM (J.D.)..... | 38, 63 |
| KHENNOUF (M.)..... | 75 |
| KHOMAN (E.)..... | 87 |
| KING (M.) | 34, 35 |
| KOFAHL (C.) | 50 |
| KOHLER (J.C.)..... | 78 |
| KOLEGARD STJARNE (M.)..... | 90 |
| KOPPEL (A.) | 85 |
| KOSALI (S.)..... | 38 |
| KOSKINEN (S.)..... | 45 |
| KRISTENSEN (N.)..... | 97 |
| KVERNDOKK (S.)..... | 49 |

L

| | |
|---|--------|
| LAFORE (R.)..... | 98 |
| LAFORTUNE (G.)..... | 57 |
| LAHIRIA (R.)..... | 95 |
| LAMBRELLI (D.)..... | 33 |
| LAMOUREUX (P.) | 40 |
| LANGE (F.)..... | 32 |
| LANG (T.)..... | 56 |
| LANNELONGUE (C.) | 75 |
| LAPORTE (A.)..... | 49 |
| LAUGIER (S.)..... | 96 |
| LE CHAFFOTEC (A.) | 42 |
| LECLERC (A.)..... | 56 |
| LECLUYSE (A.)..... | 82 |
| LEGARE (J.)..... | 91 |
| LEGLYE (S.) | 40, 41 |
| LENAIN (P.)..... | 86 |
| LE NAZET (O.) | 41 |
| LE NEZET (O.) | 40 |
| LENGAGNE (P.) | 43 |
| LEONETTI (J.)..... | 17 |
| Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.)..... | 76 |
| LETEUTRE (H.)..... | 71 |
| LEVAGGI (R.)..... | 80 |
| LEWIN (S.) | 89 |
| LH2 Opinion..... | 17 |
| LIMA (L.)..... | 27 |
| LIM (Y.W.)..... | 19 |
| LINDGREN (A.)..... | 47 |
| LINDGREN (B.) | 47 |
| LINDHAL (A.K.)..... | 89 |
| LONDON (R.A.)..... | 25 |
| London School of Health Economics. (L.S.E.) | 56, 66 |
| LOOMES (G.)..... | 92 |
| LORANT (V.)..... | 65 |
| LOZZI (M.)..... | 88 |
| LUCARELLI (C.)..... | 81 |
| LUCAS-GABRIELLI (V.) | 53, 60 |
| LUNDBERG (O.) | 90 |
| LUNDBORG (P.)..... | 47 |
| LUNDGREN (J.D.)..... | 87 |
| LUSCOMBE (G.)..... | 34 |

M

| | |
|---|--------------------|
| MA (A.)..... | 68 |
| MACINTOSH-MURRAY (A.)..... | 19 |
| MAGAZZINI (L.)..... | 37 |
| Mairie de Paris..... | 41 |
| MALLEA (P.)..... | 71 |
| Mannheim Research Institute for the Economic of Aging. (M.E.A.)..... | 55 |
| MANNING (W.G.)..... | 95 |
| MARCKENKO (Y.)..... | 93 |
| MARINOSO (B.)..... | 79 |
| MARKOWITZ (S.)..... | 81 |
| MARPSAT (M.)..... | 59 |
| MARTIN (J.P.)..... | 30 |
| MASIERO (G.)..... | 78 |
| MATTKE (S.)..... | 19 |
| Max Planck Institute for the Studies of Societies..... | 76 |
| MCGRATH (T.)..... | 59 |
| MCKEE (M.)..... | 20 |
| McMaster University..... | 24, 26, 59, 84 |
| MEIJER (A.)..... | 89 |
| MEIJER (E.)..... | 48 |
| Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research..... | 62, 82 |
| MENARD (C.)..... | 42 |
| MESTELMAN (S.)..... | 24 |
| Michigan Retirement Research Center (M.R.R.C.).... | 48 |
| MILLER (N.H.)..... | 65 |
| Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)..... | 22, 28, 39, 51, 66 |
| Mission d'Évaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.S.) . | 23 |
| Mission d'Information sur l'Offre de soins sur l'Ensemble du Territoire..... | 18 |
| MITRA (S.)..... | 36 |
| MLADOVSKY (P.)..... | 91 |
| MOBERG (H.)..... | 87 |
| MONTERRAT (G.)..... | 24 |
| MORAN (J.R.)..... | 42 |
| MORELLE (M.)..... | 94 |
| MOSCHETTI (K.)..... | 78 |
| MOUNTFORD (L.)..... | 87 |
| MULLINS (C.)..... | 64 |
| MULVALE (G.)..... | 26, 84 |
| MUNCK (J. de)..... | 97 |
| Munich School of Management..... | 63 |
| MUNOZ (J.)..... | 44 |
| MURILLO - ZAMORANO (L.R.)..... | 64 |

N

| | |
|--|--|
| NAIDITCH (M.)..... | 69 |
| National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.)..... | 26, 27, 35, 38, 40, 42, 44, 47, 63, 65, 68, 81, 85, 95 |
| NEIDELL (M.J.)..... | 40 |
| Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.)..... | 89 |
| NICHOLSON (S.)..... | 63 |
| NIEWIADOMSKI (C.)..... | 56 |
| NORMAN (R.)..... | 34 |
| Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. (N.K.C.H.S.)..... | 89 |
| Nouvelle Fabrique des Territoires..... | 73 |

O

| | |
|---|------------------------------------|
| Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé..... | 20, 49, 85, 88, 91 |
| Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)..... | 40, 41 |
| O'DONNELL (O.)..... | 57 |
| O'DONNELL (O.)..... | 33 |
| Office of Health Economics. (O.H.E.)..... | 68, 87 |
| OLIVEIRA MARTINS (A.)..... | 36 |
| OLIVELLA (P.)..... | 79 |
| OLIVER (A.)..... | 56 |
| OLSAVSKY (V.)..... | 91 |
| Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)..... | 30, 45, 52, 57, 58, 75, 76, 80, 86 |
| Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)..... | 20, 31, 32, 49, 69, 74, 85, 88, 91 |
| OR (Z.)..... | 55 |
| OXLEY (H.)..... | 52 |
| OXMAN (A.D.)..... | 89 |

P

| | |
|---------------------|--------|
| PAFFRATH (D.)..... | 79 |
| PALIER (B.)..... | 23, 27 |
| PAMMOLLI (F.)..... | 37 |
| PAPERMANN (P.)..... | 96 |
| PARIS (V.)..... | 80 |
| PAUGET (B.)..... | 73 |

| | |
|-----------------------------|--------|
| PAUL (C.)..... | 18 |
| PEICHL (A.)..... | 28 |
| PELGRIN (F.)..... | 36 |
| PEREMANS (L.)..... | 65 |
| PERRONNIN (M.)..... | 29 |
| PETRIE (D.)..... | 39 |
| PIERRE (A.)..... | 29, 53 |
| PIETRAGLIA (C.)..... | 64 |
| PINGUET (J.)..... | 24 |
| PINTO PRADES (J.L.)..... | 92 |
| PITNEY SEIDLER (E.)..... | 86 |
| PLOTZKE (M.R.)..... | 67 |
| POLSKY (D.)..... | 95 |
| PORCELLATO (C.)..... | 19 |
| POZZOLI (D.)..... | 97 |
| Pricewaterhousecoopers..... | 77 |
| PRINCE (J.)..... | 81 |
| PUFFER (F.)..... | 86 |
| PYKA (A.)..... | 77 |

Q

| | |
|--|----|
| Queensland University of Technology. (Q.U.T.)..... | 95 |
| Quest for Quality and Improved Performance. (Q.Q.I.P.)..... | 19 |

R

| | |
|---|--------|
| Rand Corporation..... | 48 |
| REBITZER (J.B.)..... | 85 |
| Régime Social des Indépendants. (R.S.I.)..... | 51 |
| REMMEN (R.)..... | 65 |
| REMONNAY (R.)..... | 94 |
| RICCABONI (M.)..... | 37 |
| RICE (N.)..... | 20, 49 |
| RICHARDSONA (E.W.)..... | 95 |
| RICHARDS (S.)..... | 81 |
| RIZZO (J.A.)..... | 65 |
| ROBERTS (J.)..... | 49 |
| ROBONE (S.)..... | 20 |
| ROED (K.)..... | 49 |
| ROHWER (G.)..... | 93 |
| ROSS BAKER (G.)..... | 19 |
| RUBERT (G.)..... | 37 |
| RUTTEN (M.)..... | 74 |
| RYSSAERT (L.)..... | 65 |

S

| | |
|---|------------|
| SAEZ (E.)..... | 26 |
| SAINT-JEAN (O.)..... | 51 |
| SALINOS (G.)..... | 69 |
| SALM (M.)..... | 54 |
| SAMBAMOORTHY (U.)..... | 36 |
| SANDERS (L.)..... | 94 |
| SANSON-FISHER (R.)..... | 39 |
| SANTERRE (R.E.)..... | 78 |
| SANTOS-EGGIMANN (B.)..... | 18 |
| SAUERLAND (D.)..... | 71 |
| SAUWENS (D.)..... | 65 |
| SCHAFFER (M.)..... | 88 |
| SHELLEVIS (F.G.)..... | 89 |
| SCHMITZ (H.)..... | 33 |
| SCHOKKAERT (E.)..... | 82 |
| SCHUMACHER (P.)..... | 63 |
| SCHURER (S.)..... | 62 |
| SCHWABE (U.)..... | 79 |
| SCHWEITZER (L.)..... | 98 |
| SCINTEE (G.)..... | 91 |
| SCOTT (A.)..... | 62, 82 |
| SCOTT (K.)..... | 90 |
| SCOTT (T.)..... | 68 |
| Secrétaire d'Etat à la Solidarité..... | 83 |
| Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité..... | 17 |
| Sénat..... | 31, 45, 98 |
| SERMET (C.)..... | 54, 58 |
| SETHI (D.)..... | 31 |
| SHAKESHAFT (A.)..... | 39 |
| SHEKELLE (P.G.)..... | 19 |
| SHEN (Y.C.)..... | 68 |
| SHESTALOVA (V.)..... | 89 |
| SILBER (D.)..... | 73 |
| SILVA (J.)..... | 58 |
| SIMON (K.)..... | 81 |
| SIMON (K.I.)..... | 42 |
| SIRVEN (N.)..... | 18, 46 |
| SIVEY (P.)..... | 62 |
| SKINNER (J.)..... | 85 |
| SKRONDAL (A.)..... | 96 |
| SMITH (P.C.)..... | 20 |
| Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.)..... | 35, 91 |
| SOMME (D.)..... | 51 |
| SPAGNOLI (J.)..... | 18 |
| SPENCER (B.G.)..... | 35 |
| SPIESS (C.K.)..... | 42 |
| SPIILKA (S.)..... | 40, 41 |
| SRIVASTAVA (D.)..... | 20 |

| | |
|---|----|
| SRIVASTAVA (P.)..... | 25 |
| STAROPOLI (C.) | 42 |
| STAVROPOULOU (C.)..... | 66 |
| STEIN-PARBURY (J.)..... | 34 |
| Stockholm University/Karolinska Institutet..... | 90 |
| SUHRCKE (M.)..... | 36 |
| SUSSEX (J.)..... | 68 |
| SUTTON (M.) | 68 |
| Swedish National Institute of Public Health. (S.N.I.P.H.)..... | 87 |
| Swiss Federal Institute of Technology. (E.T.H.) | 33 |

T

| | |
|--------------------------|----|
| TABUTEAU (D.)..... | 27 |
| TAKEUCHI (D.)..... | 44 |
| TARRICONE (R.)..... | 69 |
| TAYLOR (L.J.) | 85 |
| TILLEY (N.)..... | 75 |
| Tinbergen Institute..... | 57 |
| TIZUKAL (T.)..... | 79 |
| TNS-Sofres..... | 74 |
| TRAGAKES (E.) | 88 |
| TSOUROS (A.D.) | 69 |
| TUBEUF (S.) | 54 |

U

| | |
|---|-------|
| United States General Accounting Office. (G.A.O.).... | 70 |
| Università degli Studi di Brescia | 80 |
| Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia..... | 69 |
| Università degli Studi di Verona..... | 37 |
| Università della Svizzera italiana | 78 |
| Universitat de Barcelona | 43 |
| Universitat Pompeu Fabra..... | 47 |
| Université Libre de Bruxelles..... | 83 |
| University of Aberdeen | 68 |
| University of Augsburg..... | 77 |
| University of Connecticut..... | 78 |
| University of Dundee | 39,75 |
| University of East Anglia..... | 62 |
| University of Erciyes | 36 |
| University of Hamburg..... | 50 |
| University of Louisville..... | 84 |
| University of Manchester | 58 |
| University of Munich | 53,63 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| University of Naples..... | 25 |
| University of North Carolina..... | 67 |
| University of Technology..... | 34,35 |
| University of York..... | 20,25,33,37,49,62,84,96 |
| University Pablo de Olavide | 92 |

V

| | |
|---------------------------|----|
| VAN DE VOORDE (C.)..... | 82 |
| VAN DOORSLOER (E.)..... | 57 |
| VAN GINNEKEN (E.)..... | 85 |
| VAN KIPPERSLUIS (H.)..... | 57 |
| VAN OURT (T.) | 57 |
| VANOVERLOOP (J.)..... | 82 |
| VENTELOU (B.) | 64 |
| VETRUBA (M.) | 85 |
| VIAL (M.) | 51 |
| VIDEAU (Y.)..... | 64 |
| VIGNERON (E.)..... | 73 |
| VILAPLANA (C.)..... | 47 |
| VLADESCU (C.)..... | 91 |
| VLADYCHENKO (A.)..... | 29 |

W

| | |
|-----------------------|----|
| WAIMANN (T.) | 48 |
| WALKER (M.) | 21 |
| WANG (L.) | 59 |
| WEALE (M.)..... | 87 |
| WESTERT (G.P.)..... | 89 |
| WHITEHOUSE (E.) | 30 |
| WISMAR (M.) | 20 |
| World Bank | 74 |
| WUBKER (Ac.) | 71 |
| WUBKER (An.)..... | 71 |

Y

| | |
|--------------------|----|
| YI (D.) | 68 |
| YILMAZ (E.)..... | 55 |
| YOUNG (J.L.) | 75 |

Z

| | |
|------------------------|----|
| ZECKHAUSER (R.J.)..... | 65 |
| ZHAO (X.)..... | 25 |
| ZIMMERMANN (B.)..... | 97 |

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

▶ **A.I.S.S. (Association Internationale de la Sécurité Sociale)**

Centre de documentation
Case postale 1
CH 1211 Genève 22
Suisse
Tél. : 00 41 22 799 75 55
Fax : 00 41 22 799 85 09
Email: issa@ilo.org
<http://www.issa.int>

▶ **Academie Nationale de Médecine**

16, rue Bonaparte
75272 Paris cedex 06
Tél. : 01 42 34 57 70
Fax : 01 40 46 87 55
<http://www.academie-medecine.fr>

▶ **Aoyama Gakuin University**

4-4-25 Shibuya Shibuya Ku
Tokyo
150-8366
Japon
<http://www.aoyama.ac.jp/en/index.html>

▶ **Ashgate Publishing Company**

Wey Court East
Union Road
Farnham
Surrey
GU9 7PT
Royaume-Uni
<http://www.ashgate.com/>

▶ **Assemblée Nationale**

126, rue de l'Université
75007 Paris
Tél. : 01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

B

▶ **Banca d'Italia**

Via Nazionale, 91
00184 Rome
Italie
http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest_ecofin_2

▶ **Banque Mondiale / World Bank**

1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Etats-Unis
Tél. : 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.E.E. (Centre d'Etude de l'Emploi)**

Immeuble Le Descartes 1
29, promenade Michel-Simon
93166 Noisy-Le-Grand cedex
Tél. : 01 45 92 68 97
Fax : 01 49 31 02 44
<http://www.cee-recherche.fr>

▶ **C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)**

10, villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>

▶ **C.G.B.C.R. (Centre For Growth & Business Cycle Research)**

University of Manchester
PO Box 88,
Manchester, M60 1QD
Royaume-Uni
<http://www.socialsciences.manchester.ac.uk/cgbc/>

- ▶ C.H.E.R.E. (Centre for Health Economics Research and Evaluation)**
 University of Technology
 PO Box 123
 Broadway NSW 2007
 Level 2, block D, building 5
 1-59 quay Street Haymarket NSW 2000
 Sydney
 Australie
 Tél. : 61 2 95 15 4720
 Email : mail@chere.uts.edu.au
<http://www.chere.uts.edu.au>
- ▶ C.N.A.M.T.S. (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)**
DRP (Direction des Risques Professionnels)
 26-50, avenue du Professeur André Lemierre
 75986 Paris cedex 20
 Tél. : 01 72 60 15 19
- ▶ C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)**
 180, bd Haussman
 75008 Paris
 Tél. : 01 53 89 32 00
 Fax : 01 53 89 32 01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>
- ▶ C.P.B. Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis**
 CPB Library
 P.O. Box 80510
 2508 GM The Hague
 Pays-Bas
 Tél.: +31-70-3383425
 Email : bibliotheek@cpb.nl
<http://www.cpb.nl/eng/>
- ▶ Cambridge University Press**
 The Edinburgh Building
 Cambridge CB2 1RP
 Royaume-Uni
<http://www.cambridge.org/>
 ou
 100 Brook Hill Drive
 West Nyack, NY 10994-2133
 Etats-Unis
- ▶ Center for Reviews and Dissemination**
 University of York
 York, UK
 YO10 5DD
 Royaume-Uni
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/index.htm>
- ▶ Centre for Health Equity Studies (C.H.E.S.S.)**
 Karolinska Institutet
 171 77 Stockholm Nobels väg 5,
 Solna (besöksadress)
 Suède
<http://www.chess.su.se/>
- ▶ College of the Holy Cross**
 Department of Economics
 Box 45A Worcester, Massachusetts
 Etats-Unis
<http://www.holycross.edu/departments/economics/website>
- ▶ (Commonwealth) Department of Health and Ageing**
 Australian government
 GPO Box 9848,
 Canberra ACT 2601
 Australie
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-central.htm>
- ▶ Conseil de l'Europe**
 Division des Editions
 Palais de l'Europe
 67075 Strasbourg cedex
 Tél. : 03 88 41 25 81
 Fax : 03 88 41 39 10
 Email : publishing@coe.int
<http://book.coe.int/FR/index.php?PAGEID=10&lang=FR>

D

▶ **D.I.W. Berlin (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung / German Institute for Economic Research)**

Mohrenstraße 58
10117 Berlin (Mitte)
Allemagne
Tél. : 00 49 30 897 89 0
Fax : 00 49 30 897 89 200
<http://www.diw.de>

▶ **D.O.H. (Department of Health)**

Customer services
Richmond House
79 Whitehall
London SW1A 2NS
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 020 7210 4850
Email : dhmail@dh.gsi.gov.uk
<http://www.doh.gov.uk/>

▶ **Dexia Credit Local**

1, passerelle des reflets
Tour Dexia la Défense 2
TSA 92202
92919 La Défense cedex
Tél. : 01 58 58 77 77
<http://www.dexia-clf.fr>

▶ **Documentation Française (La)**

Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
Tél. : 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

▶ **Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)**

124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
Tél. : 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

E

▶ **E.H.E.S.S. (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) éditions**

131, bd Saint-Michel
75005 Paris
Tél. : 01 40 46 70 80
Fax : 01 44 07 08 89
Email editions-vente@ehess.fr
<http://www.editions.ehess.fr/>

▶ **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
info@enepri.org
<http://www.enepri.org/>

▶ **École Polytechnique**

Laboratoire d'économétrie
1 rue Descartes
75005 Paris
Tél. : 01 55 55 82 15
<http://ceco.polytechnique.fr/>

▶ **Éditions Berger-Levrault**

5, rue Auguste Comte
75006 Paris
Tél. : 01 40 46 70 30
Fax : 01 44 07 15 25
<http://www.berger-levrault.fr/>

▶ **Éditions Hermès**

Catalogue : <http://www.hermes-science.fr/fr/>
Commandes : Lavoisier
14 rue de Provigny
94236 Cachan Cedex
Tél. : 01 47 40 67 00
Fax : 01 47 40 67 02
Email : livres@lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>
Librairie : Librairie Lavoisier (magasin)
11, rue Lavoisier
75008 Paris
Tél. : 01 42 65 39 95
Fax : 01 42 65 02 46
Email : magasin@Lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>
<http://www.hermes-science.com/fr/>

▶ **Éditions La Découverte et Syros**

9 bis, rue Abel Hovelacques
75013 Paris
Tél. : 01 44 08 84 00
Fax : 01 44 08 84 17
Email : ladecouverte@ladecouverte-syros.com
<http://www.editionsladecouverte.fr>

▶ **Éditions de l'O.C.D.E. (Les)**

Les éditions sont localisées 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.oecdbookshop.org>

Documents en ligne :

<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne

Autres diffuseurs...

Monographies

Documentation Française (La)
Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
Tél. : 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
Tél. : 00 44 1767 604 800
Fax : 00 44 1767 601 640
<http://www.turpin-distribution.com/turpinweb/content/home.aspx>

Consultation des documents : à la

Documentation Française

Éditions Dalloz-Sirey

31-35 rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
Tél. : 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
Email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.fr>

▶ **Éditions de santé**

49, rue Galilée
75116 Paris
Tél. : 01 40 70 16 15
<http://www.editionsdesante.fr/>

▶ **Éditions Elsevier / Masson**

62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
Tél. 01 71 16 55 00
<http://www.em-consulte.com/>

▶ **Éditions Harmattan (L')**

5-7, rue de l'École-Polytechnique
75005 Paris
Tél. : 01 43 54 79 14
Fax : 01 43 29 86 20
<http://www.editions-harmattan.fr>

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

29 rue d'Ulm
75230 Paris cedex
Tél. : 01 44 32 29 70
Fax : 01 44 32 36 82
Email : ulm-editions@ens.fr
<http://www.pressens.fr>

▶ **EurofamCare**

Co-ordination Centre
University of Hamburg
University Medical Center Hamburg-Eppendorf
Department of Medical Sociology
Working Group Social Gerontology
Martinstraße 52
D-20246 Hamburg
Allemagne
<http://www.uke.de/extern/eurofamcare/>

F

▶ **F.N.A.T.H. (Association des accidentés de la vie)**

38 boulevard Saint-Jacques
75014 Paris
Tél. : 04.77.49.42.42
<http://www.fnath.org/?action=index>

► **Finnish centre for Pensions**

Kirjurinkatu 3, Helsinki
FIN-00065 Eläketurvakeskus
Finlande
Tél. : 00 358 10 7511
Fax : 00 358 9 148 1172
<http://www.etk.fi>

► **Fordham University. Department of Economics**

(Fifth Floor, Dealy Hall)
Fordham University
441 East Fordham Road
Bronx, NY 10458
Etats-Unis
http://www.fordham.edu/academics/programs_at_fordham_/economics/index.asp

► **Fraser Institute (The)**

Head Office
4th Floor
1770 Burrard Street
Vancouver BC
Canada V6J 3G7
Tél. : 00 1 604 688-0221
Fax: 00 1 604 688-8539
<http://www.fraserinstitute.org/>

G

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

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

► **Groupe d'Analyse et de Théorie Economique**

93 chemin des Mouilles – BP 167
69131 Ecully Cedex

H

► **H.A.L.D.E. (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité)**

11, rue du Saint Georges
75009 Paris
<http://www.halde.fr/>

► **H.A.S. (Haute Autorité de santé)**

2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : 01 55 93 70 00
Fax : 01 55 93 74 00
Email : contact.presse@has-sante.fr (contact presse)
Email : contact.revues@has-sante.fr (contact revues)
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5

► **H.C.A.A.M**

Adresse postale :
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
14 avenue Duquesnes
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 56 00
Fax 01 40 56 59 55
Locaux HCAAM:
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
7 rue Saint-Georges - 5ème étage
75009 Paris
<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/hcaam.htm>

► **H.E.D.G. (Health, Econometrics and Data Group)**

C.H.E. (Centre for Health Economics)
University of York
York A010 5DD
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1904 431438
Fax : 00 44 1904 431454
<http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/index.htm>

▶ **Harvard University Press**

79 Garden Street
Cambridge Ma 02138
Etats-Unis
Tél. : 00 1 617 495 2480
<http://www.hup.harvard.edu/>

▶ **Health Consumer Powerhouse**

Brussels office
Rue Fossé aux Loups 34, boîte 2,
1000 Bruxelles
Belgique
Tél. : 00 32 2 218 7393
Fax : 00 32 2 218 7384
Email : brussels@healthpowerhouse.com
<http://www.healthpowerhouse.com>

▶ **Health Foundation**

90 Long Acre
London WC2E 9RA
Tél. : 020 7257 8000
Royaume-Uni
<http://www.health.org.uk>

I

▶ **I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé) / C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information)**

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Canada
Tél. : 00 1 613 241 7860
Fax : 00 1 613 241 8120
<http://www.cihi.ca>

▶ **I.F.A.U. (Institute for Labour Market Policy Evaluation)**

Kyrkogardsgatan 6
Box 513
S-751 20
Uppsala
Suède
Email : ifau@ifau.uu.se
<http://www.ifau.se>

▶ **I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques)**

133, boulevard Davout
75020 Paris cedex
Tél. : 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 21 99
<http://www.ined.fr>

▶ **I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)**

42, Bd de la Libération
93203 St Denis cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
<http://www.inpes.sante.fr>

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

18, boulevard Adolphe-Pinard
75675 Paris cedex 13
Tél. : 01 41 17 50 50
<http://www.insee.fr>
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
Tél. : 01 41 17 66 11 / 0825 889 452
Fax : 01 53 17 88 09
http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm

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

Service Editions Librairie
101, rue de Tolbiac
75013 Paris
Tél. : 01 44 23 60 82
Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de recherche de l'Inserm)
Fax : 01 45 85 68 56
<http://www.inserm.fr>
<http://bir.inserm.fr/>

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

(ex CREDES)
Service Publication-Diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
Tél. : 01 53 93 43 17
Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>

▶ **I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)**

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9
PO Box 7240
53072 Bonn
Allemagne
Tél. : 00 49 228 3894 0
Fax : 00 49 228 3894 510
Email : iza@iza.org
<http://www.iza.org/>

▶ **INCa (Institut National du Cancer)**

Publication/Diffusion
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
diffusion@institutcancer.fr
<http://www.e-cancer.fr/>

▶ **Institut Montaigne**

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris
Tél. : 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28
Email : info@institutmontaigne.org
<http://www.institutmontaigne.org/site/page.php>

▶ **International Osteoporosis Foundation (I.O.F.)**

9, rue Juste-Olivier
CH-1260 Nyon
Suisse
Tél. : +41 22 994 0100
Fax +41 22 994 0101
<http://www.iofbonehealth.org/home.html>

▶ **International Society for Research on Innovation and Change in Health Care Systems (I.S.R.I.S.H.)**

Andrássy University
Pollack Mihály tér 3
H-1088 Budapest
Hongrie
<http://www.isrich.eu/>

K

▶ **KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé)**

Centre Administratif du Botanique, Door Building (10e étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
1000 Bruxelles
Belgique
Email : info@kce.fgov.be
http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228

L

▶ **L.E.E.M. (Les Entreprises du Médicament)**

(Ex SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)
88, rue de la Faisanderie
75016 Paris
Tél. : 01 45 03 88 88
<http://www.leem.org>

▶ **L.S.E. (London School of Economics and Political Science)**

Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 20 7405 7686
<http://www.lse.ac.uk/>

▶ **L2 H Opinion**

46 rue de l'échiquier
75010 Paris
Tél. : 01 55 33 20 65

▶ **Lawrence Erlbaum Associates**

Taylor & Francis Group, LLC.
325 Chestnut Street, Suite 800
Philadelphia, PA 19106
Etats-Unis
<http://www.leaonline.com/>

▶ **Longwoods Publishing**

260 Adelaide Street East, No. 8,
Toronto ON M5A 1N1
Canada
E-mail: bmarshall@longwoods.com
<http://www.longwoods.com/home.php>

M

▶ **M.E.A. (Mannheim Research Institute for the Economic of Aging)**

L13, 17
University of Mannheim
68131 Mannheim
Allemagne
<http://www.mea.uni-mannheim.de/>

▶ **Ministère chargé de la santé**

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
Tél. : 01 40 56 60 00
<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

▶ **Ministère chargé de la santé**

Direction de la Sécurité Sociale
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)
Tél. : 01 40 56 73 63 (secrétariat)
<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

▶ **Max Planck Institute**

Hofgartenstr. 8
80539 München
Allemagne
<http://www.mpg.de/english/portal/index.html>

▶ **McMaster University**

Centre for Health Economics and Policy Analysis (C.H.E.P.A.)
Health Sciences Centre 3H1
McMaster University
1200 Main Street West
Hamilton, Ontario
Canada
L8N 3Z5
<http://www.chepa.org/Home.aspx>

▶ **Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research**

Alan Gilbert Building
The University of Melbourne Parkville
Victoria 3010
Australie
Tél. : +61 3 8344 2100
Fax: +61 3 8344 2111
<http://www.melbourneinstitute.com>

▶ **Michigan Retirement Research Center**

University of Michigan
P.O. Box 1248
Ann Arbor, MI 48104
Etats-Unis
<http://www.mrrc.isr.umich.edu/>

▶ **Munich Personal RepeCH Archive**

Munich University Library
Geschwister-Scholl-Platz 1
D-80539 Munich
Allemagne
<http://mpira.ub.uni-muenchen.de/>

▶ **Munich School of Management**

University of Munich
Ludwig-Maximilians-Universität München
Geschwister-Scholl-Platz 1
80539 München
Allemagne
<http://epub.ub.uni-muenchen.de/view/subjects/04.html>

N

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

1050 Massachusetts Avenue
Cambridge MA 02138
Etats-Unis
Tél. : 001 617 588 0315
Fax : 001 617 441 3895
<http://www.nber.org>

▶ **Norwegian Knowledge Center for the Health Services**

PO Box 7004
St. Olavs plass
N-0130 Oslo
Norvege
<http://www.kunnskapssenteret.no>

▶ **Nouveaux débats publics**

19 Rue Vineuse
75116 Paris 16
<http://www.nouveaux-debats-publics.com/>

O

▶ **O.F.D.T. (Office Français des Drogues et des Toxicomanies)**

3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Email : information@ofdt.fr
<http://www.drogues.gouv.fr>

▶ **O.H.E. (Office of Health Economics)**

12 Whitehall
London SW1A 2DY
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 20 7747 8850
Fax : 00 44 171 747 1419
<http://www.ohe.org/page/index.cfm>

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

Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague
Danemark
Tél. : 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>

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

Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse
Tél. : 00 41 22 791 21 11
<http://www.who.int/en/>
<http://bookorders.who.int/bookorders/index.htm>
(diffuseurs en France)

▶ **Office des Publications Officielles des Communautés Européennes**

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
Tél. : 00 352 29 29 1
Fax: 00 352 29 29 44619
Email : info@publications.europa.eu
http://publications.europa.eu/index_fr.htm
Réseau d'agents de vente : http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm =>
France

P

▶ **Perrin (éditions)**

11 rue de Grenelle
75007 Paris
Tél. : 01 53 63 50 10
Fax : 01 53 63 50 13
<http://www.editions-perrin.fr/main.php>

▶ **Presses de l'EHESP**

CS 74312
35043 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

▶ **Presses de Sciences Po**

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 83 64
Fax : 01 45 49 83 34
Email : info.presses@sciences-po.fr
<http://www.pressdesciencespo.fr/>

▶ **Presses Universitaires de France (PUF)**

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
Tél.: 01 58 10 31 00
Fax : 01 58 10 31 82
<http://www.puf.com/>

▶ **Presses Universitaires de Grenoble**

BP 47
38040 Grenoble cedex 9
Tél. : 04 76 82 56 51 - 52
Fax : 04 76 82 78 35
Email : pug@pug.fr
<http://www.pug.fr/index.asp>

▶ **PricewaterHouseCoopers**

63, rue de Villiers
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. : 01 56 57 58 59
Fax : 01 56 57 58 60

Q

- ▶ **Queensland university of Technology**
School of Economics
Level 6, Colin Clark Building (39)
St Lucia
Brisbane Qld 4072
Australie
<http://www.uq.edu.au/economics/>

R

- ▶ **Radcliffe Publishing**
18, Marcham Road
Abingdon
Oxford OX14 1AA
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1235 528 820
Fax : 00 44 1235 528 830
Email : contactus@radcliffemed.com
<http://www.radcliffe-oxford.com/>
- ▶ **Rand corporation**
Publications customer services
1776 Main Street
PO Box 2138
Santa Monica CA 90407-2138
Etats-Unis
Tél. : 00 1 310 451 7002
Fax : 00 1 412 802 4981
Email : order@rand.org
<http://www.rand.org>

S

- ▶ **S.E.D.A.P. (Social and Economic Dimensions of Aging Population)**
Hall, Room 426
McMaster University
Hamilton, Ontario
Canada L8S 4M4
Fax : 00 1 905 521 8232
Email: sep@mcmaster.ca
<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/>

- ▶ **Sénat**
15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
Tél. : 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 Paris
Tél. : 01 42 34 21 21
Email : espace-librairie@senat.fr
<http://www.senat.fr>

- ▶ **Springer-Verlag**
PO-Box 14302
Heidelberger Platz 3
D-14197 Berlin
Allemagne
<http://www.springer.com>

- ▶ **Social Science Electronic Publishing**
2171 Monroe Avenue, Suite 3
Rochester, NY 14618
Etats-Unis
<http://www.ssrn.com/>

- ▶ **Stata Press**
4905 Lakeway Drive
College Station
USA

- ▶ **Swedish National Institute of Public Health**
Distribution
SE-120 88 Stockholm
Suède
Email : fhi@strd.se
<http://www.fhi.se>

- ▶ **Swiss Federal Institute of Technology**
ETH Zurich
KOF Swiss Economic Institute
WEH D 4
Weinbergstrasse 35
8092 Zurich
Suisse
Email : kof@kof.ethz.ch
<http://www.kof.ethz.ch>

T

- ▶ **Taylor Nelson Sofrès**
138, avenue Marx Dormoy
92129 Montrouge Cedex
Tél. : 01 40 92 66 66
Fax : 01 42 53 91 16
<http://www.tns-sofres.com/>
- ▶ **Tinbergen Institute Amsterdam**
Roetersstraat 31
1018 WB Amsterdam
Pays-Bas
Tél.: +31(0)20 551 3500
Fax: +31(0)20 551 3555
<http://www.tinbergen.nl/>
- ▶ **Università degli Studi di Brescia**
Dipartimento di Scienze Economiche
Via S. Faustino, 74/B
25122 Brescia
Italie
<http://www.unibs.it/on-line/dse/Home.html>

U

- ▶ **Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**
Dipartimento di Economia Politica
Via Berengario, 51
41100 Modena,
Italie
<http://www.dep.unimore.it/EN/index.asp>
- ▶ **Universitat de Barcelona**
Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales
Espai de Recerca en Economia
Av. Diagonal, 690
08034 Barcelona
Espagne
Tél. : 00 34 93 403 72 42
Fax : 00 34 93 403 72 42
<http://www.ub.edu/ere/>
- ▶ **Universitat Pompeu Fabra**
Department of Economics
Ramon Trias Fargas, 25-27
08005 Barcelone
Espagne
Tél. : +34 93 542 1766
<http://www.econ.upf.edu/en/>
- ▶ **Université de Lugano**
Faculté des Sciences Economiques
Via G. Buffi
13 CH-6900 Lugano
Suisse
<http://www.eco.unisi.ch>
- ▶ **University Pablo de Olavide**
Department of economics
Ctra. de Utrera, km. 1
41013 Seville
Espagne
<http://www.upo.es/index.html>
- ▶ **Université de Paris 10**
200, avenue de la République
92001 Nanterre
Tél. : 01 40 97 78 19
<http://www.u-paris10.fr>
- ▶ **Université de Vérone**
Department of Economics
Polo Zanotto,
Viale dell'Università, 4
37129 Verona,
Italie
- ▶ **University of Connecticut**
School of Business
2100 Hillside Road, Unit 1041
Storrs, Connecticut 06269
Etats-Unis
<http://www.business.uconn.edu/healthcare/working%20papers.html>
- ▶ **University of Dundee**
Department of Economic Studies
Dundee
DD1 4HN
UK
Ecosse

▶ **University of Louisville**

Department of Economics
Louisville, KY 40291
<http://business.louisville.edu>

▶ **University of Naples**

Department of Economics
Center for Studies in Economics Studies and
Finance
Via Cintia
Monte S. Angelo
80126 Naples
Italy
<http://www.csef.it/>

▶ **University of Toronto**

Faculty of Pharmacy
144 College Street
Toronto, Ontario
Canada

▶ **University of York**

Department of economics and related studies
York
Y010 5DD
Royaume-Uni
Tél. : (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2009

| UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION | FRANCE | | ÉTRANGER / CEE | | TARIF ÉTUDIANT |
|--|---------------|--------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| | <i>Normal</i> | <i>Institution</i> | <i>Normal</i> | <i>Institution</i> | |
| Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N ^{os}) <i>Journal of Forensic Medicine</i> | 239 € | 298 € | 286 € | 346 € | 148 € |
| <i>Nouvelle revue : Médecine sexuelle</i> (4 N ^{os}) | 54 € | 79 € | 64 € | 84 € | — |
| Journal d'Économie Médicale (8 N ^{os}) | 185 € | 229 € | 221 € | 269 € | 114 € |
| Journal International de Bioéthique (4 N ^{os}) <i>International Journal of Bioethics</i> | 134 € | 167 € | 161 € | 193 € | — |

Adresse de paiement à l'ordre de / Please, send your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, France

Les abonnements sont mis en service dans un délai maximum de quatre semaines après réception de la commande et du règlement /
Subscriptions begin 4 weeks following receipt of payment.

Les abonnements partent du premier numéro de l'année / *Subscriptions begin with the first issue for calendar year.*

Les réclamations pour les numéros non reçus doivent parvenir dans un délai maximum de six mois / *Claims may be submitted to the publisher for missing issues for a period of six months after publication of each individual issue.*

Numéros séparés de l'année et volumes antérieurs / *Back issues and volumes*
(jusqu'à épuisement du stock) :

Éditions ESKA
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS, France
Tél. 01 42 86 55 73 – Fax 01 42 60 45 35



BULLETIN D'ABONNEMENT 2009 / SUBSCRIPTION FORM 2009

Nom / *Name* Prénom / *First name*

Adresse / *Address*

Code postal / *Zip Code* Ville / *Town* Pays / *Country*

Je désire m'abonner à la revue de / *I wish to subscribe to*

« **Journal de Médecine Légale Droit Médical** »

« **Médecine sexuelle** »

« **Journal d'Économie Médicale** »

« **Journal International de Bioéthique** »

Nombre d'abonnements
Number of subscriptions

Ci-joint la somme de / *Please find enclosed the sum of* €
à l'ordre des Éditions ESKA / *made payable to Éditions ESKA*

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(*An invoice will be sent to you to acknowledge payment.*)

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE

■ Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en économie de la santé

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

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'Irdes
10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Heures d'ouverture :
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

| | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Directrice de la publication | Chantal Cases |
| Rédactrice en chef | Marie-Odile Safon |
| Rédactrices adjointes | Suzanne Chriqui - Véronique Suhard |
| Promotion-diffusion | Sandrine Béquignon - Anne Evans |
| Mise en page | Franck-Séverin Clérembault |
