

Quoi de neuf, Doc ?

Mars-avril/March-April 2012, n° 2

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qnd/QuoiNeufDoc2012MarsAvril.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

Publication Director

Editor-in-Chief

Associate Editors

Layout Template

Page Setting

Distribution

Yann Bourgueil

Marie-Odile Safon

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Franck-Séverin Clérembault

Damien Le Torrec

Sandrine Béquignon, Anne Evans

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

Directeur de la publication

Rédactrice en chef

Rédactrices adjointes

Maquette

Mise en page

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, doc ?
mars-avril 2012, n° 2

Table of contents (in English).....7

Présentation ----- 2

Comment lire une notice10

Index des auteurs.....155

Carnet d'adresses des éditeurs.....169

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 13

Choix des priorités.....	13
Démocratie sanitaire.....	14
Don d'organes.....	14
Ethique.....	15
Expertise.....	15
Handicap.....	16
Maladies chroniques.....	16
Performance.....	17
Planification sanitaire.....	18
Psychiatrie.....	19
Réforme.....	19
Sécurité sanitaire.....	20
Sociologie de la santé.....	22
Sondages d'opinion.....	23
Usagers de la santé.....	24

► PROTECTION SOCIALE..... 25

Accidents du travail.....	25
Aide médicale d'Etat.....	25
Arrêts maladie.....	26
Assurance maladie.....	27
Etudes d'ensemble.....	28
Financement.....	28
Politique familiale.....	29
Politique sociale.....	29
Prestations sociales.....	29
Protection complémentaire.....	31
Régime local d'Alsace-Moselle.....	32
Retraite.....	33

► PREVENTION 34

Cancer.....	34
Education thérapeutique.....	34
Etudes d'ensemble.....	35
Mammographies.....	36
Médecine scolaire.....	36
Obésité.....	37
Sécurité routière.....	38
Tabagisme.....	38

► ECONOMIE DE LA SANTE 40

Accidents du travail.....	40
Biologie médicale.....	40
Dépenses de santé.....	41
Etudes d'ensemble.....	42
Financement.....	42
Régulation.....	44
Reste à charge.....	44

► ETAT DE SANTE 46

Bien-être.....	46
Diabète.....	47
Obésité.....	48
Panorama d'ensemble.....	48
Santé environnementale.....	49
Tabagisme.....	50
Toxicomanie.....	50
Travail et santé.....	51
Vieillesse.....	55

PERSONNES AGEES	56	Soins intégrés.....	89
Aidants.....	56	HOPITAL	90
Dépendance	57	Certification	90
EHPAD	58	Chirurgie ambulatoire	90
Etude d'ensemble	58	Comptabilité hospitalière	90
Filières de soins	59	Etudes d'ensemble	91
Gériatrie.....	59	Financement	91
Hébergement temporaire.....	60	Gouvernance	92
Politique du vieillissement	60	Grippe H1N1	92
Prestations dépendance.....	61	Hôpitaux privés.....	93
Qualité de vie	62	Hôpitaux publics.....	93
Retraite.....	63	Hospitalisation à domicile	94
Soins de longue durée	63	Hospitalisation évitable	95
Soutien à domicile	65	Performance	95
Travail des séniors	65	Politique hospitalière	97
Vieillesse démographique.....	66	Santé mentale	97
INEGALITES DE SANTE.....	67	Tarification hospitalière	98
Agriculteurs.....	67	PROFESSIONS DE SANTE	100
Effets contextuels	67	Démographie médicale	100
Inégalités sociales de santé.....	68	Infirmiers.....	100
Enfants	72	Migration internationale.....	100
Migrants.....	72	Pharmaciens d'officine	101
Non-recours	73	MEDICAMENTS	102
Pauvreté	75	Antidépresseurs	102
Prisonniers	76	Benzodiazépines.....	102
GEOGRAPHIE DE LA SANTE	77	Brevets.....	103
Démographie médicale	77	Classification.....	103
Ile-de-France	77	Conflits d'intérêt.....	104
Languedoc-Roussillon	78	Dossier pharmaceutique.....	104
Milieu urbain	79	Etudes d'ensemble	104
Milieu rural	80	Médicaments génériques.....	105
Pays-de-la-Loire.....	80	Marché.....	106
Rhône	80	Politique du médicament	106
Synthèses des connaissances	81	Pharmacovigilance	108
Système d'information géographique	81	Prescription	109
SOINS DE SANTE PRIMAIRES	83	Prix	110
Convention nationale	83	TECHNOLOGIES MEDICALES	111
Etudes d'ensemble	83	Communication	111
Formation professionnelle	84	Innovation.....	111
Incitations.....	84	Prescription électronique	112
Listes d'attente	85	Radiothérapie	112
Maisons de santé.....	85	Télé santé.....	113
Optique.....	86		
Pratique médicale	86		
Relations médecin-malade.....	87		
Rémunération.....	87		

► SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS.... 114

Australie	114
Autriche	114
Canada	115
Hongrie	115
Etats-Unis	116
Etude d'ensemble	117
Europe	117
Italie	118
Pays industrialisés	118
Royaume-Uni.....	119
Russie.....	120
Suisse	121

► PREVISION-EVALUATION 124

Evaluation des pratiques professionnelles	124
Evaluation économique	125
Hébergement d'urgence	125
Marché du travail	126
Performance	126
Politique publique	126
Politiques sociales	127
Recommandations médicales.....	128
Sociologie	128

► METHODOLOGIE-STATISTIQUES 130

Analyse des données.....	130
Bibliographie.....	130
Comptes de la santé	131
Demande de santé	131
Econométrie	132
Enquêtes	133
Epidémiologie.....	134

Gestion du risque.....	134
Handicap	135
Inégalités de santé.....	136
Médecine fondée sur les preuves	136
Planification sanitaire	137
Recherche.....	137
Recommandations.....	138
Systèmes d'information.....	138

► DEMOGRAPHIE-MODES DE VIE 140

Espérance de vie	140
Migrants.....	140

► ECONOMIE GENERALE 141

Crise économique	141
Croissance	141
Etude d'ensemble	142
Pauvreté	142
Travail	143

► DOCUMENTATION..... 145

Annuaire	145
Bibliométrie	145
Dictionnaires	146
Economie de la santé.....	146
Gestion des ressources humaines.....	146
Institutions	147
Internet.....	147
Sources statistiques	148

► REGLEMENTATION..... 150

Données de santé.....	150
Dossier médical.....	150
Droits des malades.....	150
Etablissements sanitaires.....	151

Prochain numéro : fin juillet 2012

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?
March-April 2012, n°2

Presentation	2
Reading a notice	10
Author index	155
Publishers address book.....	169

Bibliographical references

HEALTH POLICY	10	PREVENTION	34
Priority setting	13	Cancer	34
Health democracy.....	14	Disease management	34
Organ donation	14	Global studies.....	35
Ethics.....	15	Mammography.....	36
Expertise	15	School health service	36
Disability.....	16	Obesity.....	37
Chronic diseases	16	Road safety.....	38
Performance.....	17	Smoking.....	38
Health planning	18	HEALTH ECONOMICS.....	40
Psychiatry	19	Occupational injuries	40
Reform.....	19	Medical biology.....	40
Patient safety.....	20	Health expenditures.....	41
Sociology of health	22	Global studies.....	42
Opinion Polls	23	Financing.....	42
Patients	24	Regulation	44
SOCIAL PROTECTION	25	Out-of pocket spending.....	44
Occupational injuries.....	25	HEALTH STATUS.....	46
Free medical aid	25	Well-being	46
Sickness absence.....	26	Diabetes	47
Health insurance.....	27	Obesity.....	48
Global studies	28	Health at glance	48
Financing	28	Environmental health.....	49
Family policy.....	29	Smoking.....	50
Social policy.....	29	Addiction.....	50
Social security benefits.....	29	Occupational health.....	51
Supplementary health insurance.....	31	Ageing.....	55
Local sickness fund of Alsace-Moselle.....	32		
Retirement schemes	33		

▶ ELDERLY56	▶ HOSPITAL..... 90
Informal care56	Certification 90
Dependency57	Ambulatory surgery..... 90
Home for the aged.....58	Hospital accountancy 90
Global study.....58	Global studies 91
Healthcare organisations.....59	Financing 91
Geriatrics.....59	Governance 92
Temporary housing60	Influenza H1N1..... 92
Ageing policy60	Private hospitals..... 93
Dependency allowances61	Public hospitals 93
Quality of life.....62	Home-based hospital 94
Retirement63	Avoidable hospitalisation 95
Long-term care.....63	Performance 95
Home care65	Hospital policy 97
Labor market for older workers65	Mental health 97
Population ageing.....66	Hospital payment system..... 98
▶ HEALTH INEQUALITIES.....67	▶ HEALTH PROFESSIONS 100
Farmers67	Medical demography 100
Neighbourhood effects.....67	Nurses..... 100
Social health inequalities.....68	International migration..... 100
Children72	Pharmacists 101
Migrants72	
Non take-up.....73	▶ PHARMACEUTICALS 102
Poverty75	Antidepressants..... 102
Prisoners.....76	Benzodiazepines..... 102
	Patents..... 103
▶ GEOGRAPHY OF HEALTH77	Classification..... 103
Medical demography.....77	Conflicts of interest 104
Ile-de-France77	Pharmaceutical record 104
Languedoc-Roussillon78	Global studies 104
Urban area.....79	Generic drugs 105
Rural area80	Market..... 106
Pays-de-la-Loire80	Drug policy 106
Rhône.....80	Drug safety..... 108
Synthesis of knowledge.....81	Prescription 109
Geographic information system.....81	Pricing 110
▶ PRIMARY HEALTH CARE83	▶ MEDICAL TECHNOLOGIES 111
National collective agreement83	Communication 111
Global studies83	Innovation..... 111
Life-long training84	Electronic prescription..... 112
Incentives.....84	Radiotherapy 112
Waiting lists85	Telehealth..... 113
Medical homes85	
Eye care86	
Medical practice86	
Physician-patient relationships.....87	
Payment.....87	
Integrated care.....89	

▶ FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS	
.....	114
Australia	114
Austria	114
Canada.....	115
Hungary.....	115
United States.....	116
Global study.....	117
Europe.....	117
Italy	118
Developed countries	118
United Kingdom	119
Russia.....	120
Switzerland	121
▶ PREVISION-EVALUATION	124
Professional practices evaluation	124
Economic evaluation.....	125
Emergency shelter	125
Labor market	126
Performance.....	126
Public policy.....	126
Social policies	127
Medical recommandations	128
Sociology	128
▶ METHODOLOGY-STATISTICS.....	130
Data analysis.....	130
Bibliography.....	130
Health accounts	131
Health demand.....	131
Econometrics	132
Surveys	133
Epidemiology.....	134
Risk management.....	134
Disability	135
Health inequalities.....	136
Evidence based medicine.....	136
Health planning	137
Research	137
Recommandations	138
Information systems	138
▶ DEMOGRAPHY-LIVING CONDITIONS	
.....	140
Life expectancy	140
Migrants.....	140
▶ ECONOMY	141
Economic crisis	141
Growth	141
Global study	142
Poverty.....	142
Labor	143
▶ DOCUMENTATION.....	145
Directories	145
Bibliometrics.....	145
Dictionaries	146
Health economics	146
Human resource management	146
Institutions	147
Internet.....	147
Statistical sources	148
▶ LAW	150
Health data.....	150
Medical record.....	150
Patient rights.....	150
Hospitals.....	151

Next issue: End of July 2012

**Reading
a notice****Comment lire
une notice ?**

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

**Meaning of
abbreviations****Signification
des abréviations**

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

Références bibliographiques

Bibliographic notices

Politique de santé/Health policy

Choix des priorités Priority setting

49536

OUVRAGE

DREUX (C.) / dir., MATTEI (J.F.) / dir.

Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé.

Paris : Springer : 2012 : 325p.
Cote Irdes : A4320

Les progrès scientifiques et technologiques parfois mal maîtrisés deviennent pour certains une fin en soi, faisant oublier le sens de l'humain qui devrait prévaloir dans toutes nos actions. De même, l'accroissement constant des dépenses de santé, fait de l'économie de la santé la pièce maîtresse des plans de nos dirigeants. L'automatisation, l'informatisation, la robotisation, la restructuration pour rationaliser ces dépenses, ont des conséquences sur le comportement des professionnels et la prise en charge personnalisée des patients. C'est aux professionnels de santé de prendre ce tournant humaniste - sans renier pour autant les progrès des sciences biomédicales - à travers une prise en compte globale (médicale, psychologique et sociale) pour mieux aider chaque homme et chaque femme à acquérir, conserver et rétablir une qualité de vie la meilleure possible où la santé joue un rôle essentiel. C'est la raison pour laquelle les auteurs ont introduit la notion d'humanisme actif. Dans cette recherche, une attention particulière doit être portée aux personnes en état de précarité, qu'elle soit économique ou psychique. Dans cet ouvrage, plusieurs personnalités éminentes ayant œuvré ou œuvrant à une approche plus humaniste de la santé ont formulé - à partir de leurs expériences et de leur vécu - des recommandations susceptibles de faire réfléchir les décideurs de notre pays sur les

réformes à entreprendre. Sept grands thèmes alimentent leur réflexion : l'humanisme médical à réinventer, la formation des personnels de santé, la santé responsable et citoyenne, la prise en charge personnalisée, la mobilisation contre les inégalités, humaniser la santé de la naissance à la mort, la réforme nécessaire de l'hôpital. Une synthèse des recommandations est proposée en conclusion de cet ouvrage afin de nourrir la réflexion de tous ceux, et notamment de nos dirigeants, qui veulent vraiment aider à préserver, et si possible améliorer, la qualité de la vie (4e de couverture).

49361

INTERNET, RAPPORT

DAEL (T.) / prés.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Avis du 16 décembre 2011 portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011- 2025 (Conférence nationale de santé).

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011 : 23p.
Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_politique_nat_sante_1612_relu_2.pdf

Ce rapport réalisé dans le cadre de la Conférence nationale de santé dégage les priorités en santé pour la période 2011-2025. Les finalités proposées pour la politique nationale de santé sont : promouvoir l'égalité devant la santé (qui inclut la politique interministérielle pour une prise en compte de tous les déterminants de santé) ; développer la capacité d'autonomie de chacun en la soutenant collectivement ; consolider le niveau global de santé face aux évolutions des enjeux sanitaires, avec deux exigences fondamentales : efficacité et solidarité. Les orientations sont en cohérence avec celles déjà données en région.

48915

RAPPORT, INTERNET

LOPEZ (A.)

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

Les conditions d'élaboration et de mise en oeuvre de la politique nationale de santé.

Paris : La documentation française : 2010 : 2 vol.
(82:43p.)

Cote Irdes : B7079

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000661/index.shtml>

Comment préparer une politique nationale de santé pertinente et efficace ? Quel processus faut-il engager pour dérouler cette méthode de fabrication ? Sur ces sujets, les prescriptions manquent. Le présent rapport veut répondre à ces questions, dans le cadre d'une mission commandée par les ministres de la santé et du travail. Dans une première partie, sont analysés les problèmes de construction que pose, en général, l'élaboration d'une politique de santé. La seconde partie décrit succinctement la situation française que l'annexe 1 détaille, avec des éléments de comparaison sur les expériences constatées dans d'autres pays. Enfin la troisième partie de ce rapport est consacrée aux propositions.

Démocratie sanitaire
Health democracy

47929

OUVRAGE

NEWMAN (J.) / éd., TONKENS (E.) / éd.

Participation, responsibility and choice : summoning the active citizen in Western European Welfare States.

Participation, responsabilité et choix : la démocratie sanitaire dans les Etats-Providence de l'Europe occidentale.

Amsterdam : Amsterdam University Press : 2011 : 241p., index

Cote Irdes : A4221

Faced with budget problems and an aging population, European governments in recent years have begun reconsidering the structure and extent of the welfare state. Guarantees and directives have given way to responsibilities and choice. This volume analyzes the effect of this change on the citizens of Germany, Finland, Norway, the Netherlands, France, Italy and the United Kingdom. It traces the emergence of new discourses around social movements for greater independence, power, and control, and the way these discourses serve to reframe the struggle at hand. Making use of ethnographic research and policy analysis, the authors analyze the cultural transition, tensions, and trajectory of this call toward active citizenship.

Don d'organes
Organ donation

49138

OUVRAGE

CAILLE (Y.) / dir., DOUCIN (M.) / dir., HERVE (C.) / préf.

Don et transplantation d'organes au Canada, aux Etats-Unis et en France : réflexions éthiques et pratiques comparées.

Paris : L'Harmattan : 2011 : 299p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : A4286

Alors qu'aux Etats-Unis et au Canada en 2008, 40 % des transplantations rénales étaient des greffes avec donneur vivant, elles n'étaient que 7 % en France. Nos cousins d'Amérique, réputés pourtant individualistes, sont-ils plus solidaires que nous devant l'épreuve ? Cet ouvrage cherche à comprendre les raisons menant à des choix différents concernant les règles essentielles gouvernant le prélèvement d'organes : accès à la liste d'attente de greffe, règles de répartition des organes, donneurs décédés, dons du vivant...

Ethique
Ethics

48869
OUVRAGE
BRUGERE (F.)

L'éthique du care.

Paris : Presses Universitaires de France : 2011 :
127p.
Cote Irdes : A4274

Le care est un concept jeune, mis au point dans les années 1980 aux États-Unis. Il est d'abord une éthique : à visage humain, contextuelle et renouvelée dans l'approche de la raison et des sentiments, une attention aux autres, des formes de responsabilisation. Le fondement théorique est une anthropologie de la vulnérabilité, la possibilité de rendre audible une voix des femmes et des fragiles. Cette éthique est enracinée dans des débats issus de la psychologie morale, puis une philosophie pratique, une sociologie et une politique. Aujourd'hui, le passage de l'éthique à la politique se fait grâce à la revendication du care comme philosophie sociale. C'est pour faire face à un cycle politique de dérégulations et à la crise de nos États providence que les philosophies du care appréhendent par les vies ordinaires liées au soin, ces armées de populations rendues invisibles et marginalisées dans la structure actuelle du marché. Le care, ou comment comprendre l'interdépendance et les dépendances aujourd'hui.

Expertise
Expertise

47808
OUVRAGE
DURAND-ZALESKI (I.), CAMPION (M.D.)
TEISSEIRE (B.) / dir.

L'expert dans le domaine de la santé.

Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; Paris :
Institut d'Etudes Politiques : 2003 : 70p.
Cote Irdes : A4218

L'expertise fait partie de ces sujets émergents dans le domaine de la santé. Nous constatons en effet au sein du monde contemporain un accroissement marqué des besoins en expertise dans le domaine sanitaire. Les crises se sont multipliées au cours des dernières années, de l'affaire du sang contaminé au débat sur les OGM (Organismes génétiquement modifiés), en passant par les problèmes liés aux hormones de croissance, l'encéphalopathie spongiforme bovine ou l'amiante. Ces différentes affaires ont suscité un accroissement des besoins en expertise. Parallèlement, les agences de sécurité sanitaire ont été créées et font largement appel aux experts. Elles sont de plus en plus sollicitées par les pouvoirs publics, en amont de nouvelles initiatives législatives. Par exemple, la loi du mois de mars 2002 sur les droits des malades a posé le problème de l'indemnisation des accidents médicaux et suscité l'élaboration d'expertises dans ce domaine. Le problème de l'expertise dans le domaine de la santé revêt, donc, une dimension nouvelle tant à l'échelle nationale qu'internationale (4e de couverture).

47706
OUVRAGE
GOT (C.)

L'expertise en santé publique.

Paris : Presses Universitaires de France : 2005 :
127p.
Cote Irdes : A4209

En vingt ans, la notion de sécurité sanitaire a été profondément remise en question par une série d'insuffisances d'expertise et de gestion.

Face aux bouleversements de la notion de responsabilité des pouvoirs publics, l'expertise en santé publique s'est développée. Cet ouvrage en propose une vision très concrète, explique les rôles, ce qu'on peut en attendre et ce que doit être son éthique.

Handicap Disability

49339

RAPPORT

CHOSSY (J.F.)

Premier Ministre. Paris. FRA, Ministère chargé des Affaires Sociales. Paris. FRA

Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées - Passer de la prise en charge... à la prise en compte.

Paris : La Documentation française : 2011/11 : 127p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rappports-publics//114000695/0000.pdf>

Ce rapport est le résultat du travail de la mission visant à faire évoluer les mentalités et changer le regard de la société sur les personnes handicapées. Il s'intéresse tout d'abord aux mots employés à leur égard, souvent stigmatisants ou blessants, et propose de les remplacer par d'autres termes pour insister sur leur capacité de participation active et d'implication - même modeste - dans la société. Avec l'objectif de passer d'une logique de prise en charge à une logique de prise en compte, il étudie successivement tous les aspects liés à la situation des personnes en situation de handicap : apports de la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; rôle des institutions ; manifestation des différentes solidarités (Ecole, travail, logement, accueil, etc.) ; vie quotidienne ; regards sur l'autisme, les maladies psychiques et le polyhandicap ; vie

affective et sexuelle ; accessibilité ; sensibilisation de la situation des personnes handicapées à travers les médias

Maladies chroniques Chronic diseases

49128

INTERNET, RAPPORT

ANDERSON (G.), TAYLOR (R.), PLOCHG (T.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Health reform : meeting the challenge of ageing and multiple morbidities.

Réforme de la santé : Relever le défi du vieillissement et des pathologies multiples

Paris : OCDE : 2011 : 221p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/51/36/49151107.pdf>

The ageing of our societies is at the same time one of our greatest achievements and one of our biggest challenges. A longer lifespan is something few people would spurn and it opens up great opportunities in our personal, social and economic lives; yet in practice it is often accompanied by living with disease. Indeed, increasingly people – and the health systems that serve them – have to cope with more than one chronic disease at a time, a situation known as multimorbidity. How to reorient health systems to meet the challenge of multimorbidity was the theme of a conference held by the OECD and the Business and Industry Advisory Committee (BIAC) to the OECD as part of the OECDs 50th anniversary celebrations. This present volume contains five of the papers prepared for this conference, along with a sixth, on measuring quality in the presence of multimorbidity, on a topic which there was not enough time to address.

Performance
Performance

49464

OUVRAGE, CONGRES

GRAND (A.), SURLES (D.), MANSION (S.),
COMBIER (M.), CORVEZ (A.), LANCRY (P.J.),
BRAS (P.L.), AUBERT (J.M.)
BAIL (J.N.) / coord., BARNAY (T.) / coord.,
DAURES (J.P.) / coord., LE PEN (C.) / coord.,
PARIS (V.) / coord., POUVOURVILLE (G. de) /
coord.

**Régionalisation & performance du
système de santé.**

11e Journée d'économie de la santé. : Paris,
Paris : John Libbey Eurotext : 2010 : 124p.
Cote Irdes : A4306

Cet ouvrage rassemble les communications données aux **11e journées d'économie de la santé** sur le thème de la régionalisation et de la performance du système de santé. Ces communications se rassemblent autour de trois axes : la promotion de la santé en région, **l'organisation des soins en région, les outils régionaux de régulation**. Sur le premier axe, Alain Grand expose son point de vue sur les objectifs de santé à fixer au sein des Agences régionales de santé. Dominique Surles s'est appuyée sur son expérience pour décrire les moyens d'action et de mobilisation des usagers afin de peser sur les orientations de politique de santé au niveau régional. Enfin, Sylvie Mansion a présenté les outils dont sa région peut disposer pour mener ces politiques de santé publique. Sur le deuxième axe, Michel Combiér a développé les nombreuses attentes des médecins. Pour Alain Corvez, l'inscription dans la durée est extrêmement importante. Pierre-Jean Lancry a présenté son expérience sur le terrain en évoquant les responsabilités d'un directeur d'ARS, les moyens dont il dispose et sa priorité : la permanence des soins. Sur le dernier axe, Gérard de Pouvourville est intervenu sur les aspects internationaux en s'appuyant sur l'exemple du Royaume-Uni. Pierre-Louis Bras a montré les nouvelles conditions de la régulation pour l'hôpital. Enfin, Jean-Marc Aubert s'est attaché à montrer comment s'articule précisément la

transmission et la répartition des rôles entraînées par la création des ARS et a montré que les ARS ne seront pas juste un moyen de rapprocher la ville de l'hôpital, mais aussi un moyen progressif de rapprocher les logiques de planification et de régulation.

48175

OUVRAGE, CONGRES

POIROT-MAZERES (I.) / dir.
Théorie des Actes et des Contrôles des
Institutions Publiques. (T.A.C.I.P.). Toulouse.
FRA

**L'accès aux soins : principes et
réalités.**

Actes du colloque. Toulouse, 2009/11/19-20
Toulouse : Université Toulouse 1 ; Paris Librairie
LGDJ : 2011 : 286p.
Cote Irdes : A4231
[http://www.lgdj.fr/colloques-etudes-
rapports/232777/acces-soins-principes-realites](http://www.lgdj.fr/colloques-etudes-rapports/232777/acces-soins-principes-realites)

Il y a dix ans, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'hésitait pas à qualifier notre système de meilleur du monde. Les avancées médicales spectaculaires du siècle écoulé, comme la coexistence de deux secteurs public et privé, **garantie d'un efficace maillage du territoire, l'ensemble soutenu par un financement collectif et solidaire, semblaient faire de l'accès de tous à des soins de qualité et en tous points du pays, un objectif réaliste. Le droit aux soins, l'un de ces droits consacrés il y a plus de soixante ans comme paradigme des nouveaux rapports de l'Etat et des citoyens, pouvait être garanti sans remettre en cause la liberté de tous et de chacun, celle du patient comme celle du praticien. Toutefois, cet équilibre, déjà acrobatique dans une société en pleine expansion, ne pouvait qu'être affecté par la dégradation des conditions économiques et sociales conjugué au vieillissement de la population et à l'augmentation continue des dépenses de santé. Aux lendemains de l'entrée en vigueur de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, au coeur des différents débats sur la réforme de la psychiatrie, sur l'irréductibilité des inégalités, le coût réel de la santé et des questionnements sur la prise en charge future de la dépendance, il est apparu utile d'arrêter un moment le défilé d'images et de pré-**

conisations, pour interroger à nouveau ce thème, largement évoqué et jamais épuisé, de **l'accès aux soins. En premier lieu sur le plan conceptuel et normatif, en en rappelant les origines historiques, les sources et manifestations textuelles, les liens consubstantiels avec le service public, autant de préalables à l'analyse de ses « traductions singulières », notamment au travers des « urgences populationnelles » (détenus, étrangers et migrants, malades mentaux,...).** Dans un second temps, la mesure de l'effectivité de ce droit imposait de réfléchir à ses conditions concrètes, à l'accessibilité des soins, contrainte territoriale certes mais nécessité financière aussi. Toutes ces questions sont depuis longtemps débattues, elles sont loin d'être closes. La pertinence des réponses qui leur seront apportées, cela fut dit à de multiples reprises lors de nos travaux, s'appréciera dans la capacité des pouvoirs publics à ne jamais perdre de vue l'ultime référence, la finalité première : le soin, à tous égards, du patient (4e de couverture).

47789
OUVRAGE

MANNION (R.), DAVIES (H.T.O.),
MARSHALL (M.N.)

Cultures for performance in health care.

Cultures de la performance dans le système de soins.

Berkshire : Open University Press : 2005 :
12p.+292p., tabl.
Cote Irdes : A4213

There is increasing international interest in the potential of managing organisational culture as a lever for health care improvement. No-where is this interest in organisational culture more apparent than in the United Kingdom National Health Service. The latest NHS reforms as set out in the NHS Plan and Shifting the Balance of Power documentation make clear that cultural change needs to be wrought alongside structural and procedural reform if the anticipated benefits to the organisation are to be realised. This book offers evidence-based research on ways in which NHS managers can

implement cultural change to improve performance. Detailed case studies of both high and low performing hospital trusts and primary care trusts are used to explore the links between organisational culture and performance (4e de couverture).

Planification sanitaire
Health planning

49720
OUVRAGE

JOURDAIN (A.) / dir., BRECHAT (P.H.) / dir.

La nouvelle planification sanitaire et sociale.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2012 : 252p.
Cote Irdes : A4328

La décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé ont généré un modèle de planification par plans et schémas qui s'est étendu progressivement à tout le champ sanitaire et social : de l'hôpital à la prévention en passant par l'urgence sociale et la gérontologie. Les avantages de ce modèle sont nombreux : il s'intéresse aux besoins de la population, il a le souci de l'efficacité économique, sa démarche est rationnelle et volontariste, il favorise la transversalité de l'action ainsi que le renforcement de la coordination entre acteurs et institutions. Ses applications ne vont pourtant pas sans difficultés. La multiplication des schémas ne conduit-elle pas irrémédiablement à un éparpillement de l'action ? Comment améliorer par exemple la cohérence entre plan gérontologique, schéma hospitalier d'organisation des soins et plan régional de santé publique ? Comment construire un continuum d'offres sociales, médico-sociales, de soins et de prévention par priorités, comme la prise en charge des besoins des personnes âgées ? Le temps est donc venu d'interroger la genèse de ce type d'action publique et les formes qu'elle emprunte aujourd'hui, en repartant de quelques questions fondamentales : pourquoi

planifier ? comment ? pour quoi faire ? Les réponses des auteurs - issus du milieu académique, des services de l'Etat, du management d'établissement et du-secteur associatif - empruntent aux disciplines fondamentales (économie, sociologie, gestion...) et à l'analyse des pratiques des différents secteurs : social, personnes âgées, psychiatrie, hôpital, prévention (4e de couverture).

Psychiatrie Psychiatry

49276

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010.

Paris : Cour des Comptes : 2011 : 206p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000731/index.shtml>

Avec plus d'un million de prises en charge chaque année, les pathologies relevant de la psychiatrie arrivent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France. Le coût économique et social de ces pathologies est évalué au total à quelque 107 Mds € par an, dont 13 Mds € à la charge du seul régime général d'assurance maladie. Cet enjeu majeur de santé publique a fait l'objet au cours des dernières années de multiples rapports aux recommandations généralement convergentes. Un plan « psychiatrie et santé mentale » a été mis en oeuvre par les pouvoirs publics à compter de 2005. Afin d'en établir un bilan et d'examiner les leçons à en tirer, la Cour a procédé à une enquête approfondie en 2011. Une évaluation du même plan a été concomitamment réalisée par le Haut conseil de la santé publique, dont la complémentarité a été assurée par une constante concertation avec la Cour. Ce plan a produit des résultats

que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort. Le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie a contribué à une démobilité progressive des acteurs.

Réforme Reform

49119

OUVRAGE

LE GUEN (J.M.)

Sauvons notre santé... avant qu'il ne soit trop tard.

Paris : éditions du moment : 2011 : 234p.

Cote Irdes : A4283

Déremboursement des médicaments, généralistes découragés, délais d'attente interminables pour obtenir un rendez-vous, urgences engorgées, déserts médicaux : voilà le bilan désastreux de la droite depuis 2002 dans le domaine crucial de la santé. De plus en plus de Français sont ainsi contraints à renoncer à se soigner ! Jean-Marie Le Guen, l'expert Santé du Parti socialiste, critique avec force les dérives actuelles de la politique sarkozienne qui confond hôpital public et entreprise privée. S'appuyant sur son expérience de médecin, il propose des solutions concrètes pour créer un autre système de soins réformé en profondeur, plus solidaire, plus accessible et plus préventif. Parlementaire engagé, il définit les grandes lignes d'une nouvelle politique de santé ambitieuse, efficace et pérenne (4e de couverture)

Sécurité sanitaire
Patient safety

49097

INTERNET, RAPPORT

CASERIO-SCHONEMANN (C.), FOURNET (N.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Paris. FRA

Expérimentation d'un dispositif de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIG).

Paris : InVS : 2011/11 : 4p., tabl.
Cote Irdes : c, En ligne

Dans le cadre de la loi du 9 août 2004, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a conduit une expérimentation visant à tester et évaluer un dispositif de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIG). Les objectifs de cette expérimentation étaient de : - définir un dispositif de déclaration de ces EIG, dans une perspective d'alerte et d'intervention éventuelle de l'autorité sanitaire afin d'en éviter la reproduction et éventuellement d'en limiter les effets ; - tester la faisabilité, la pertinence et l'efficacité d'un tel dispositif au regard de l'amélioration de la sécurité des patients ; - identifier les conditions et les modalités de sa généralisation

49096

INTERNET, RAPPORT

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

Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients : principes et préconisations.

Paris : HCSP : 2011 : 64p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr2011_021_politiquesecuritepatients.pdf

Ce rapport du Haut conseil de la santé publique répond à l'objectif de rénover la politique de réduction des risques d'événements indésirables associés aux soins. Pour cela, cinq préconisations sont formulées

pour atteindre ce but : élaborer et piloter une politique nationale globale et intégrée en matière de sécurité des patients ; fonder cette politique sur une organisation coordonnée, intégrée et graduée de la gestion des risques liés aux soins ; ancrer la sécurité des patients **dans l'organisation du système** de soins, en développant notamment la responsabilité individuelle de chaque professionnel de santé et en incitant les patients à la sécurité par le financement ; **s'appuyer fortement sur les patients et les usagers** ; développer la formation et la recherche en sécurité des patients, notamment en intégrant des objectifs partagés de sécurité des patients dans les formations des professionnels, y compris les cadres et directeurs.

48504

RAPPORT

COIGNARD (B.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Maladies Infectieuses. Saint-Maurice. FRA

Pratique du signalement externe des maladies nosocomiales : étude sociologique.

Saint-Maurice : INVS : 2010/10 : 75p.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2011/Pratique-du-signalement-externe-des-infections-nosocomiales-une-etude-sociologique-Novembre-2010>

Alors que le signalement des infections nosocomiales a aujourd'hui 10 ans, la publication de ce rapport **du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin)** sur la pratique du signalement externe marque une étape importante. Conduite en 2009 par une sociologue et coordonnée par le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) Ouest, cette étude aux enseignements très riches apporte un éclairage inédit sur les pratiques de signalement (interne et externe) **qui fondent ce dispositif d'alerte**. Ce rapport présente non seulement une sélection des verbatim de près de 150 entretiens conduits auprès de professionnels exerçant

dans 12 établissements de santé des interrégions Ouest et Sud-Ouest, mais aussi et surtout les conclusions basées sur leur analyse approfondie. Si le signalement des infections nosocomiales a démontré aujourd'hui son utilité au niveau local, par l'aide à la gestion apportée au quotidien aux équipes hospitalières, ou au niveau national, par sa capacité à détecter et à suivre certaines infections émergentes ou récurrentes, il se heurte encore à des réticences de la part des professionnels des établissements de santé. Ce rapport en fait le constat et l'analyse sans complaisance. Il liste des recommandations pour améliorer le fonctionnement d'un système unique en Europe et essentiel à la veille sanitaire dans les établissements de santé français : - valoriser le signalement externe et mieux communiquer sur son intérêt en tant que plus-value des réseaux de surveillance ; clarifier les objectifs, les critères et les circuits de signalement, en réexpliquant notamment la fonction d'alerte, la notion de délai de signalement (qui doit tenir compte de la gravité de l'évènement mais aussi du temps minimal nécessaire à sa caractérisation pour en fournir une description utile) ou encore la supposée " exhaustivité " des signalements internes (qui doivent avant tout cibler les infections les plus graves et/ou nécessitant des mesures de contrôle immédiates) ; accompagner les établissements de santé dans leur structuration du signalement interne : il s'agit là d'un enjeu majeur pour le Raisin, qui a fortement encadré la gestion des signalements externes depuis 2001, et doit maintenant s'engager dans l'accompagnement des équipes opérationnelles d'hygiène dans la mise en oeuvre d'un système d'alerte interne. Si chaque établissement de santé a ses spécificités et nécessite une organisation " à la carte ", la définition de cahier des charges pour les circuits d'information et systèmes d'alerte à promouvoir en interne serait un plus ; faciliter la pratique du signalement externe : les besoins d'une révision et d'une informatisation de la fiche de signalement étaient déjà identifiés et se concrétiseront en 2012 avec le déploiement national de l'outil de télésignalement e-SIN. Ce dernier facilitera

aussi le suivi des signalements émis, puisqu'il mettra à disposition des déclarants des fonctions collaboratives d'échanges avec les Agences régionales de santé (ARS), les CCLin et les Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin), et leur donnera accès aux informations anonymisées de la base nationale des signalements ; accompagner la gestion de certains épisodes en renforçant la production de guides d'investigation ou de conduites à tenir, au niveau régional ou national ; - clarifier les rôles respectifs des intervenants de première ligne (ARS, CCLin et Arlin) et mieux articuler leur réponse aux signalements externes. Certaines de ces recommandations ont d'ores et déjà trouvé une traduction opérationnelle concrète. D'autres feront l'objet de travaux à venir des acteurs concernés. L'enjeu actuel, porté par tous et auquel ce rapport contribue, est de partager de manière plus efficace et réactive les informations utiles à la veille sanitaire dans les établissements de santé, ce qui nécessite de développer chez les professionnels de santé une culture de la sécurité des soins qui transcende la question réglementaire.

48227

OUVRAGE, CONGRES

CAVALIER (M.) / dir., TABUTEAU (D.) / dir.
HOUSSIN (D.) / préf., PODEUR (A.) / préf.
Centre Hospitalier Universitaire. (C.H.U.).
Toulouse. FRA, Institut d'Etudes Politiques.
(I.E.P.). Chaire Santé. Paris. FRA, Ecole des
Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.).
Centre d'Analyse des Politiques Publiques.
(C.A.P.P.). Rennes. FRA

Actes du colloque du CHU de Toulouse.

La gouvernance des risques en santé. : Toulouse,
2009/06/15-16

Paris : Editions de santé ; Paris : Les Presses de
SciencesPo : 2010 : 130p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4240

Étrange paradoxe de la médecine contemporaine, alors qu'elle est plus efficace et performante qu'elle ne l'a jamais été, sa capacité à assurer la sécurité des patients est plus que jamais remise en cause. La sécurité est un objectif complexe. Les risques sont d'autant moins bien tolérés qu'ils sont mieux cernés,

identifiés et analysés. Cette connaissance des risques est, par nature, anxiogène, elle peut inquiéter les patients et les usagers du système de santé (4e de couverture).

Sociologie de la santé
Sociology of health

48974

OUVRAGE

DOUGUET (F.) / dir., FILLAUT (T.) / dir.,
SCHWEYER (F.X.) / dir.

Image et santé : matériaux, outils, usages.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2011 : 240p., fig.
Cote Irdes : A4281

L'omniprésence de l'image dans le secteur de la santé - imagerie médicale, prévention, documentaires télévisés... - invite à une réflexion sur l'intérêt et les limites de ce média. Quel qu'il soit, son usage implique des questionnements spécifiques. Historiens, sociologues, juriste, ergonomiste, directrice d'hôpital... font état de leur pratique de l'image et des réflexions qu'elle leur inspire.

48613

OUVRAGE

RICHARD (D.)
RIBES (A.) / préf

Quand jardiner soigne : initiation pratique aux jardins thérapeutiques.

Paris : Delachaux et Niestlé : 2011 : 188p.
Cote Irdes : A4263

Après avoir envisagé la valeur des liens sociaux ou environnementaux que le jardinage permet de tisser ainsi que le retour à la nature qu'il offre, Denis Richard, chef de service à l'hôpital Henri Laborit (Poitiers), revient sur l'histoire de « l'hortithérapie » et présente ses bénéfices selon le public touché (enfant, handicapé, personne âgée, détenu...). Puis, il aborde les questions relatives à la conception et à l'aménagement d'un jardin thérapeutique

proposant quelques éléments de réflexion aux soignants intéressés par la démarche : adaptation des zones de jardinage au handicap, choix de végétaux pour une stimulation des sens et de la mémoire, règles de sécurité... L'ouvrage se termine par la présentation de quelques jardins et par une liste de sites internet et d'ouvrages intéressants à consulter.

48563

OUVRAGE

DRULHE (M.) / dir., SICOT (F.) / dir.

La santé à coeur ouvert : sociologie du bien-être, de la maladie et du soin.

Toulouse : Presses Universitaires du Mirail : 2011 :
305p., index
Cote Irdes : A4254

La santé est un enjeu majeur de notre vie quotidienne, tant dans la sphère privée que publique, et les scandales de ces dernières années (du sang contaminé au Médiator) témoignent de cette préoccupation grandissante. Recherche d'épanouissement personnel, exploitation optimale des capacités de chacun, sensibilité accrue aux risques, exigence de protection et de bien-être : tous ces éléments attisent le débat autour des dispositifs de prévention, d'entretien, de promotion ou de réparation. La sociologie ne saurait rester à l'écart de ces questions. Le présent ouvrage se propose d'analyser en profondeur les inégalités face à la santé, le fonctionnement du système de soins et l'évolution actuelle des pratiques (tensions entre cure et care, brouillage des frontières entre normal et pathologique, etc.). Il aborde aussi des questions éminemment sensibles : nouvelles lois de bioéthique, prise en charge croissante de la mort par l'hôpital, vieillissement, problèmes liés au handicap et à la dépendance. Véritable introduction à une sociologie de la santé et du " vivre ensemble ", ce livre en prise directe avec la recherche la plus récente a pour ambition de devenir un outil de référence destiné aux étudiants et aux chercheurs en sociologie, mais aussi aux très nombreux acteurs intervenant dans le domaine de la santé (4e de couverture).

48215
OUVRAGE

PESCOSOLIDO (B.A.) / éd., MARTIN (J.K.) / éd., MCLEOD (J.D.) / éd., ROGERS (A.) / éd.

Handbook of the sociology of health, illness, and healing.

Manuel de sociologie de la santé, de la maladie et de la guérison.

New York : Springer : 2011 : 12-571p.
Cote Irdes : B7066

The Handbook of the Sociology of Health, Illness Healing advances the understanding of medical sociology by identifying the most important contemporary challenges to the field and suggesting directions for future inquiry. The editors provide a blueprint for guiding research and teaching agendas for the first quarter of the 21st century. In a series of essays, this volume offers a systematic view of the critical questions that face our understanding of the role of social forces in health, illness and healing. It also provides an overall theoretical framework and asks medical sociologists to consider the implications of taking on new directions and approaches. Such issues may include the importance of multiple levels of influences, the utility of dynamic, life course approaches, the role of culture, the impact of social networks, the importance of fundamental causes approaches, and the influences of state structures and policy making (4e de couverture).

Sondages d'opinion
Opinion Polls

49369
RAPPORT

DELOITTE. Paris. FRA

2011 Survey of Health Care Consumers Global Report : Key Findings, Strategic Implications.

Rapport d'ensemble sur une enquête réalisée en 2011 auprès des consommateurs

de soins : résultats-clés, implications stratégiques.

Paris : Deloitte : 2012 : 40p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.deloitte.com/view/en_BE/be/industries/realestate/97492e3712571310VgnVCM1000001a56f00aRCRD.htm

Cette étude menée par le cabinet d'audit Deloitte examine le comportement de soins des patients et leurs opinions sur le système de santé dans douze pays dont les Etats-Unis. Elle analyse notamment l'aspect du renoncement aux soins pour des raisons financières.

48969
INTERNET, DOSSIER DE PRESSE

Institut LH2. Paris. FRA, AG2R La Mondiale. Paris. FRA

Les Français, la santé et l'argent : Vague 6 du Baromètre.

Paris : AG2R La Mondiale : 2011 : 4p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ag2rlamondiale.fr/cms/page14702.html>

Selon la 6e édition de ce sondage publié mardi 15 novembre par l'institut LH2 pour la mutuelle AG2R La Mondiale, 67 % des personnes interrogées estiment que " vivre longtemps et en bonne santé " constitue toujours le premier critère d'une bonne qualité de vie, même s'il perd 4 points comparé à 2010, et le niveau des " ressources financières " le second (65 %, bond de 9 points). Si la plupart des Français admettent que " la qualité du système de soins est meilleure en France que dans d'autres pays ", ils sont 74 % à juger que cette qualité " se détériore en France " (61 % en 2007). Parmi les principales angoisses liées à la vieillesse, la dépendance reste la préoccupation majeure face à la vieillesse (47 %) mais le recul est net au fil des années (-14 points depuis 2007). Ils sont en effet de plus en plus nombreux à se soucier de leur " niveau de revenus " (21 %, + 8 points depuis 2007) et de leur capacité à " disposer de moyens financiers pour se soigner " (19 %, + 6 points depuis 2007 dont + 5 points sur un an). Les préoccupations financières sont d'autant plus vives que

pour 57 % des personnes interrogées, les dépenses de santé continuent d'occuper une place importante dans leur budget au quotidien. Une forte majorité (86 %) a notamment le sentiment que les dépenses de santé sont de moins en moins bien remboursées. Pour remédier au déficit des comptes de santé, 48 % des Français affirment préférer une augmentation des cotisations sociales maladie. A l'inverse, ils ne sont que 25 % (- 5 points en un an) à souhaiter une augmentation des cotisations des complémentaires santé. Et si ces dernières devaient beaucoup augmenter ? Un tiers des Français (32 %) se disent prêts à renoncer à cette couverture si la cotisation devenait trop chère. Ils sont 45 % chez les 18-24 ans.

prospective qui a pour objet d'identifier quelques tendances susceptibles d'éclairer ce que seront les patients en 2025 et d'analyser les enjeux des changements en perspective (D'après l'introduction).

Usagers de la santé

Patients

49485

OUVRAGE

DEGOS (L.), EVIN (C.), JOUVENEL (H. DE),
SAOUT (C.), et al.

TABUTEAU (D.) / dir.

Office de Prospective en Santé. (O.P.S.). Paris.
FRA

Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. Rapport 2011.

Paris : Editions de santé ; Paris : Les Presses de
Sciences Po : 2011 : 128p.

Cote Irdes : A4316

Cet ouvrage se penche sur la place, le rôle et les responsabilités des patients dans les évolutions du secteur de la santé. Quatre tendances lourdes structurent l'avenir dans le champ de la santé : le progrès technique, les évolutions démographiques et épidémiologiques, les transformations sociales et les enjeux du financement. Le patient, usager du système de santé, consommateur de soins, cotisant, est, sous ses diverses figures, au coeur des évolutions. Cet ouvrage livre une analyse

Protection sociale/Social protection

Accidents du travail Occupational injuries

49290

INTERNET, RAPPORT

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

La nouvelle tarification : questions et réponses (Accidents du travail et maladies professionnelles).

Paris : Cnamts : 2011 : 24p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : c, En ligne
http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/Q&R%20nouvelle%20tarification_0511.pdf

La nouvelle tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, mise en place en 2010, a " pour objectif de rendre plus lisible le taux de cotisation des entreprises en simplifiant la manière d'imputer les frais médicaux et d'indemnisation de ces sinistres ", sans modification de l'équilibre financier de la branche. Auparavant calculé à partir de l'ensemble des dépenses générées par tous les sinistres survenus dans une entreprise, le taux de cotisation se calcule désormais sur la base de barèmes de « coûts moyens », fixés chaque année par les partenaires sociaux de la Commission des AT/MP et publiés par arrêté ministériel. A l'occasion de la parution de l'arrêté pour l'année 2012 au Journal officiel le 21 décembre (voir rubrique veille réglementaire), la branche Risques professionnels de la CNAMTS revient brièvement sur ce principe clef de la nouvelle tarification. Calculé sur trois années consécutives (2008, 2009 et 2010), le taux de cotisation 2012 des entreprises sera le 1er taux à prendre en compte le nouveau mode d'imputation au titre de l'année 2010. Rappelons qu'un question-réponse disponible sur le site des Risques professionnels traite notamment de la question du coût moyen. Sont

détaillés le calcul, le principe d'imputation, la grille des coûts moyens, la durée des arrêts de travail et les catégories d'incapacité permanente.

Aide médicale d'Etat Free medical aid

49898

RAPPORT

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

L'aide médicale de l'État : mieux gérer un dispositif nécessaire. Suivi du rapport de 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État : rapport d'information.

Paris : Assemblée nationale : 2012/02 : 24p., tabl., ann.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4363.pdf>

Ce rapport de suivi sur l'évaluation de l'aide médicale d'Etat établit un bilan du fonctionnement du dispositif en mettant en évidence son intérêt en termes de santé publique mais en s'interrogeant sur les moyens de mieux connaître et de maîtriser l'origine des variations des dépenses afférentes. Les conclusions du document met en relief la nécessité d'une adaptation et d'une modernisation de sa gestion, notamment en ce qui concerne les modalités de tarification des soins hospitaliers. Parmi les points positifs relevés par le rapport de suivi, on retiendra l'application rapide de la recommandation d'abandonner progressivement le tarif journalier de prestation (TJP) afin d'adopter la tarification de droit commun par groupe

homogène de séjour (GHS), le TJP étant devenu une variable d'ajustement des recettes de l'hôpital. Cette recommandation a été adoptée à l'été 2011, dans le cadre du premier projet de loi de finances rectificative pour 2011. La réforme vise une tarification modifiée à partir du 1er décembre 2011 et complètement en vigueur en 2013. Il s'agit d'un système reposant sur la T2A (le tarif sera équivalent à 80 % du tarif « de droit commun »), mais modulée par deux coefficients correcteurs afin de prendre en compte les spécificités de ces patients et les difficultés des hôpitaux lors de la transition. Cette réforme ne s'applique pas aux soins assurés dans le cadre de la procédure des soins urgents. Autre point positif, la revalorisation significative de la dotation initiale en 2011, alors que jusqu'alors les dotations étaient systématiquement et très largement sous-évalués. Ce qui n'a pas empêché une ouverture supplémentaire de crédits de 35 millions d'euros en fin d'année, les réformes engagées au cours de l'année 2011 n'ayant sans doute pas porté encore tous leurs effets. Les autres propositions du rapport de juin 2011 ont connu des fortunes diverses. La proposition d'une visite de prévention à tout nouveau bénéficiaire de l'AME est encore au stade de l'expérimentation, réalisée sur trois centres de santé seulement. La rédaction d'un arrêté qui prolongerait la conservation des données issues de la base de l'assurance maladie Érasme se heurterait aux réticences de la CNIL. S'agissant de l'amélioration des conditions de gestion, la CNAMTS développe actuellement un nouvel outil de gestion, en cours d'expérimentation dans certaines caisses. De plus, elle effectue depuis juillet dernier un rapport mensuel (et non trimestriel) des dépenses, ce qui devrait améliorer la prévision budgétaire. Enfin, l'application du droit de timbre oblige certaines familles, en raison du coût du timbre, de choisir le membre de la famille bénéficiaire. Le nombre de droits de timbre de 30 euros acquittés au 15 décembre dernier était de 88 086. Quant au nombre de bénéficiaires de l'AME en 2011, il semble avoir diminué par rapport à 2010, notamment en raison de la suppression de la possibilité d'instruire les demandes par les associations.

Arrêts maladie Sickness absence

49264

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Obea/Infraforces. Paris. FRA

Les arrêts maladie : sondage Obea/Infraforces.

Paris : Obea/Infraforces : 2011 : 22p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

Alors que l'Assemblée nationale a rétabli mardi contre l'avis du Sénat, l'instauration d'une journée de carence pour les fonctionnaires en cas d'arrêt maladie dans le projet de budget pour 2012, un sondage réalisé par Obea/Infraforces pour Santé Magazine révèle que les Français ne sont pas de adeptes immodérés de l'arrêt maladie. Selon les résultats de l'étude révélés, un quart des personnes interrogées affirment ne jamais avoir pris d'arrêt maladie au cours de sa carrière. Six Français sur dix déclarent même avoir déjà renoncé à un arrêt de travail alors que leur médecin voulait leur prescrire. La prescription d'un arrêt de travail tourne souvent à la négociation. Le patient veut remettre son congé à plus tard et préfère continuer à travailler sous médicament. Ce renoncement à l'arrêt de travail serait lié à la pression de l'employeur. Les contrôles réalisés par l'assurance maladie ont aussi un effet dissuasif. Depuis 2004, la Sécurité sociale s'est lancée dans la chasse aux abus, estimés à 13 % par la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM). Depuis 2010, tous les arrêts supérieurs à 45 jours sont systématiquement contrôlés. 15 % des sondés affirment ainsi avoir été contrôlés, et 5 % d'entre eux à la demande de leur employeur. Le sondage souligne le rôle de la représentation sociale de l'arrêt de travail. Les Français renonceraient à s'arrêter lorsqu'ils sont malades, car eux-mêmes estiment qu'un collègue qui s'arrête abuse du système ! Trois personnes sur quatre pensent même qu'il faudrait davantage de contrôle. Enfin, les Français mettent en avant l'impact financier des arrêts sur leur budget. Le délai de

carence- période de 3 jours dans le privé durant laquelle l'assurance maladie ne prend pas en charge le malade - n'est pas toujours compensé par les entreprises, notamment dans les petites structures. Pour beaucoup de salariés, ces trois jours sont la seule marge de **manœuvre à la fin du mois. Ils ne les prendront pas pour une simple angine. Ils préfèrent voir si cela s'améliore pour finalement risquer des complications.**

47677

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

DE PAOLA (M.), PUPO (V.)

Università della Calabria. Dipartimento di Economia e Statistica. Cubo. ITA

Absenteeism in the Italian Public sector : the effects of changes in sick leaves compensation.

L'absentéisme dans le secteur public en Italie : les effets des changements intervenus dans le dispositif de compensation des arrêts maladie.

Working Paper: 16-2009

Cubo : Università della Calabria : 2009 : 20p.

Cote Irdes : En ligne

This paper analyses how the absence behaviour of Italian public sector employees has been affected by a law, passed in June 2008, reducing sick leave compensation and increasing monitoring intensity. It uses micro-data on a sample of about 860 workers, employed at an Italian public administration, for years going from 2005 to 2009. It estimates the effect of the reform using linear and non-linear estimators. As predicted by agency theory, individuals react to economic incentives: the employees in our sample have considerably reduced their absences under the new regime. Since the reform has affected employees in a non uniform way, it shows that the reduction of absenteeism is significantly stronger for employees suffering higher earning losses. Results also show that while the reform has reduced the duration of short absence spells, the duration of long spells has increased. It argues that this is due to the non-linearity of earning losses introduced by the new law.

Assurance maladie
Health insurance

49951

DOCUMENT DE TRAVAIL

COURTEMANCHE (C.J.), ZAPATA (D.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Does Universal Coverage Improve Health? The Massachusetts Experience.

La couverture maladie universelle améliore-t-elle la santé. L'expérience du Massachusetts

NBER Working Paper Series ; n° 17893

Cambridge : NBER : 2012/03 : 52p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w17893>

In 2006, Massachusetts passed health care reform legislation designed to achieve nearly universal coverage through a combination of insurance market reforms, mandates, and subsidies that later served as the model for national health care reform. Using individual-level data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, we provide evidence that health care reform in Massachusetts led to better overall self-assessed health. An assortment of robustness checks and placebo tests support a causal interpretation of the results. We also document improvements in several determinants of overall health, including physical health, mental health, functional limitations, joint disorders, body mass index, and moderate physical activity. The health effects were strongest among women, minorities, near-elderly adults, and those with incomes low enough to qualify for **the law's subsidies. Finally, we use the reform to instrument for health insurance and estimate a sizeable impact of coverage on health.** The effects on coverage were strongest for men, non-black minorities, young adults, and those who qualified for the subsidies, while the effects of coverage were strongest for women, blacks, the near-elderly, and middle-to-upper income individuals.

Etudes d'ensemble
Global studies

47622

OUVRAGE

BARBIER (J.C.), THERET (B.)

Le système français de protection sociale.

Paris : Editions de la Découverte : 2009 : 126p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4202

http://www.collectionreperes.com/catalogue/index-Le_systeme_francais_de_protection_sociale-9782707157379.html

Deux spécialistes reconnus décrivent et analysent le système français de protection sociale, en le situant dans la perspective des trente dernières années et en comparant la situation française à celle des autres membres de l'Union européenne. Les systèmes nationaux sont confrontés à des défis communs, engendrés notamment par les tendances sociodémographiques, la flexibilisation des marchés du travail et le poids croissant de la financiarisation de l'économie, qui a abouti en 2008 à la plus grande crise économique depuis les années 1930. La protection sociale est plus que jamais indispensable. Mais, en Europe, crise ou pas, cela ne conduit pas à une convergence des systèmes, ni même à leur harmonisation. Pour penser les changements intervenus depuis une trentaine d'années dans le système français, il faut tenir compte de son caractère hybride : l'objectif de l'universalisme de la protection y est paradoxalement poursuivi par des programmes fragmentés. Si la voie vers laquelle le système français évolue est plus indéterminée encore en période de crise, elle dépend beaucoup de la façon dont l'Union européenne va évoluer (4e de couverture).

Financement
Financing

49275

RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA, Ministère du Budget - des Comptes Publics - de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat. Paris. FRA

Loi de Financement de la Sécurité sociale 2012 en chiffres.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/12 : 10p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/lfss_2012_en_chiffres-3.pdf

Ce rapport illustre en chiffres les hypothèses macroéconomiques et objectifs de soldes du régime général, les objectifs de recettes, de dépenses et de soldes, la construction par sous-objectif de l'Ondam 2012 et évolution depuis sa création, l'impact des mesures nouvelles 2012 sur les comptes 2012 du régime général, du FSV et de l'ensemble des régimes de base, la structure des dépenses et des recettes pour 2012 et la structure par branche, la dette de la Cades, le profil de trésorerie de l'Accoss.

48975

RAPPORT, INTERNET

KERDRAON (R.)

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

Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Tome III : Secteur médico-social.

Paris : Sénat : 2011/11 : 45p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/l11-074-3/l11-074-31.pdf>

Ce rapport comprend trois grandes parties : l'abandon de la réforme de la dépendance : une profonde déception ; les crédits médico-sociaux en 2012 : une dotation contrainte au regard de la poursuite des objectifs gouvernementaux ; le financement de la perte

d'autonomie par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Politique familiale

Family policy

48850

RAPPORT, INTERNET

GODET (M.)

Institut Montaigne. Paris. FRA

Repenser la politique familiale.

Paris : Institut Montaigne : 2011 : 40p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.institutmontaigne.org/repenser-la-politique-familiale-3503.html>

http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/etude_repenser_la_politique_familiale.pdf

La famille constitue une cellule de base élémentaire et essentielle pour le fonctionnement de nos sociétés. Elle joue un rôle économique majeur. Au sein d'une Europe vieillissante et dont la démographie est à bout de souffle, la France fait figure d'exception : championne d'Europe de la fécondité, elle présente également un excellent taux d'emploi des femmes grâce à une politique familiale ambitieuse. Toutefois, les structures familiales se sont transformées et les politiques publiques n'ont pas suffisamment accompagné ces changements.

Politique sociale

Social policy

49433

OUVRAGE

ROSANVALLON (P.) / préf.

Refaire société.

Paris : Editions du Seuil : 2011 :

Cote Irdes : A4307

<http://www.seuil.com/livre-9782021054316.htm>

La crise financière, la montée de la précarité et de la pauvreté, l'accroissement des inégalités mettent en péril la cohésion de notre société. Le délitement du lien social est aussi aggravé par le repli sur soi et la profonde méfiance des citoyens à l'égard des institutions. Il ne s'agit pas seulement de faire le constat de cette crise, mais de comprendre comment on peut faire ? ou refaire ? société. De nombreuses pistes s'offrent à nous : accroître la protection et l'autonomie de l'individu, faire de l'entreprise un projet de création collectif, renforcer l'égalité des positions sociales, enrichir la vie démocratique. Ce livre rassemble les analyses et les propositions d'un « intellectuel collectif » pour sortir de la crise multiforme que nous traversons (4e de couverture).

Prestations sociales

Social security benefits

49247

RAPPORT, INTERNET

BOURGUIGNON (F.)

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Comité National d'Evaluation.

(C.N.E.). Paris. FRA

Rapport final du Comité national d'évaluation du RSA.

Paris : La documentation française : 2011/12 : 150p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rsa.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_RSA_15dec2011_vf.pdf

La création du Revenu de solidarité active (RSA) avait pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, d'encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et d'aider à l'insertion sociale des bénéficiaires. Si l'objectif de faire reculer la pauvreté a été partiellement atteint, le RSA entré en vigueur le 1er juin 2009 n'a pas favorisé le retour à l'emploi. C'est la principale conclusion du rapport qu'a présenté le 15 décembre 2011 le comité national d'évaluation

du RSA présidé par l'économiste François Bourguignon. Le Comité s'est penché sur le non-recours au RSA et a tenté d'en cerner les caractéristiques et les causes. Le taux de non-recours estimé (c'est-à-dire la proportion des non-bénéficiaires parmi les éligibles au RSA) est de 35 % pour le RSA socle, une proportion comparable à celle qui avait été estimée pour le **RMI (Revenu minimum d'insertion) en régime de croisière**. Ce taux passe à 68 % pour le RSA activité seul. Les personnes interrogées sur les raisons de leur non-recours mentionnent très souvent des motifs qui dénotent un manque de connaissance précise du dispositif. Mais le sentiment de « se débrouiller autrement financièrement » est également assez fréquemment mentionné, et, dans une moindre mesure, le souhait de ne pas dépendre d'une aide sociale ou la crainte de démarches compliquées. L'économie budgétaire globale liée à ces non-recours au RSA est importante puisqu'elle se chiffre à 1,8 milliard d'euros par an. Une micro-simulation à partir de l'Enquête Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS) permet d'estimer qu'en 2010, le RSA a permis de faire baisser le nombre de pauvres de 2 % (-150 000 personnes pauvres), et le taux de pauvreté de 0,2 point. En l'absence de non-recours au RSA activité, ce sont 400 000 personnes qui auraient franchi le seuil de pauvreté. Par contre, l'arrivée du RSA n'a pas significativement augmenté l'incitation financière à la reprise d'emploi des allocataires par rapport au RMI, et ne semble pas suffisante pour provoquer une modification majeure des comportements de reprise d'emploi, indique le rapport qui souligne que l'évaluation est difficile en raison de la crise. N'oublions-pas que face au peu d'efficacité du RSA activité dans ce domaine, le gouvernement s'est lancé dans une action symbolique : les contrats de 7 heures ! S'agissant des faiblesses de l'accompagnement, point faible du dispositif, la conclusion du comité ne peut être que provisoire du fait des retards dans sa mise en place (référént, programme de retour à l'emploi...). Les effets pervers du RSA sur l'activité paraissent négligeables, à ce stade (réductions d'activité ou temps partiel imposé). Le Comité national

d'évaluation a également cherché à dresser le bilan financier des coûts induits par le RSA et s'est penché sur la gouvernance du dispositif.

49086

INTERNET, DOSSIER DE PRESSE

Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA, Fédération Nationale des Associations des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.). Paris. FRA, Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.). Paris. FRA

L'action sanitaire et sociale des CPAM : un filet face au désengagement de l'Assurance maladie ?

Paris : CISS : 2011 : 60p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.leciss.org/sites/default/files/actualites/11122_Action-Sanitaire-Sociale-CPAM-dossier-propositions-sondage.pdf

A l'occasion d'une conférence de presse commune le 22 novembre 2011, sur l'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), la Fédération nationale des accidentés de la vie (**FNATH**) et l'**Union nationale** des associations familiales. (UNAF) ont présenté les résultats de leur enquête interassociative, dont l'objectif était de mieux percevoir la sociologie des demandeurs d'aides et la typologie des demandes. Le profil du demandeur d'aide se dessine en suivant des traits caractéristiques des populations précarisées : des personnes seules, plus souvent des femmes que des hommes, disposant souvent de revenus faibles (inférieurs au seuil de pauvreté, bénéficiaires de minima sociaux...), avec une part importante de retraités dans certains départements. Concernant la typologie des aides, l'enquête du CISS fournit quelques principaux enseignements : les budgets du fonds chargé de financer l'action sanitaire et sociale baissent depuis 2005 (660 millions d'euros) jusqu'à aujourd'hui (250 millions prévus en 2011), mais une part importante de cette baisse est liée à des transferts de prise en charge (prévention sanitaire, ticket modérateur pour les ALD 31-32) vers d'autres fonds ou organismes ; un taux national moyen d'utilisation des fonds alloués est assez

irrégulier et depuis longtemps éloigné des 100 % (près de 15 % des crédits ne sont pas utilisés en moyenne) ; il existe une grande hétérogénéité des politiques d'action sanitaire et sociale selon les CPAM. L'enquête permet au CISS de tirer certaines conclusions qui interrogeront également le lien entre les mesures de désengagement de l'Assurance maladie et le rôle de son action sanitaire et sociale, qui consacre une part grandissante du budget à l'aide à l'accession d'une complémentaire pour les personnes non éligibles à l'ACS (Acquisition de la complémentaire santé). Ce dossier présente aussi les résultats d'un sondage exclusif réalisé par l'institut Viavoice sur l'impact des mesures de rigueur sur l'accès aux soins. Le second plan de rigueur ne laisse pas indifférent les Français sur le plan de la santé. 48 % d'entre eux estiment que les mesures annoncées risquent de représenter un frein pour l'accès aux soins dans les prochains mois (55 % des 50-64 ans). Autre enseignement de l'enquête, d'une façon générale, les personnes interrogées demeurent mal informées de l'existence d'aides exceptionnelles proposées par les CPAM pour les patients ayant des difficultés d'accès aux soins (74 %).

49055
OUVRAGE

LABARTHE (J.) / éd., LELIEVRE (M.) / éd.
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Minima sociaux et prestations sociales en 2009 : la redistribution au bénéfice des ménages modestes.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011 : 111p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.sante.gouv.fr/minima-sociaux-et-prestations-sociales-en-2009.html>

Cette publication rassemble les données disponibles sur les minima sociaux et les prestations sociales en 2009, en décrivant non seulement les minima sociaux, mais également les allocations logement, les prestations familiales, la prime pour l'emploi et la

couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Elle présente le rôle de ces prestations dans la redistribution en faveur des plus modestes et donne les principales évolutions connues par ces dispositifs en 2009. Cette étude est également composée de fiches transversales qui s'intéressent aux comparaisons entre prestations et de fiches par dispositifs qui permettent d'avoir une vue synthétique de chacun des dispositifs étudiés.

Protection complémentaire
Supplementary health insurance

49930
RAPPORT

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

**Evaluation de la loi CMU -
Rapport n° V novembre 2011 réalisé
en application de l'article 34 de la
loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.**

Paris : Fonds CMU : 2012 : 313p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rappports-publics/124000124/0000.pdf>

En application de l'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, le Fonds CMU a été missionné par le directeur de la sécurité sociale pour élaborer le Vème rapport d'évaluation de l'application de la loi. Le rapport présente les dernières évolutions des dispositifs de la CMU de base, de la CMU complémentaire et de l'ACS. Bien que la loi CMU demeure un facteur déterminant dans la réduction des inégalités d'accès aux soins, les populations les plus fragiles rencontrent encore des difficultés d'accès aux soins : méconnaissance des dispositifs, refus de soins, dépassements d'honoraires, restes à charge... Le rapport présente l'ensemble des éléments disponibles permettant d'analyser ces phénomènes. Par ailleurs, le rapport consacre une partie du

rapport à l'analyse du coût des dispositifs et présente les évolutions relatives à la lutte contre la fraude. Partant de l'ensemble de ces constats, un certain nombre de préconisations et de pistes de travail sont présentées dont l'objectif est l'amélioration des dispositifs. Parmi elles, le rapport propose de réfléchir à une révision globale du panier de soins CMU-C, tant sur l'optique, afin de l'actualiser et de tenir compte de besoins non pris en charge au moment de la création du dispositif, que sur l'audioprothèses.

49168

RAPPORT

GARNERO (M.), ZAIDMAN (C.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/12 : 59p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/la-situation-financiere-des-organismes-complementaires-assurant-une-couverture-sante-rapport-2011.html>

Par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009 (article 12 et article L.862-7 du code de la sécurité sociale), le gouvernement a été chargé d'établir un rapport présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé. Ce rapport, élaboré par la DREES pour la troisième année, présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008, 2009 et 2010. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU, et en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP pour le compte de la DREES.

Régime local d'Alsace-Moselle
Local sickness fund of Alsace-Moselle

49902

RAPPORT, INTERNET

SCHILLINGER (P.)

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

Les enseignements du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle : rapport d'information sur l'étude de la Cour des comptes.

Paris : Sénat : 2012 : 81p+annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-443/r11-4431.pdf>

Objet non identifié de la protection sociale française, le régime local d'Alsace-Moselle mérite bien d'être expliqué et analysé car des enseignements peuvent en être intelligemment tirés pour le reste du pays. Associant certaines des caractéristiques d'un régime de base et d'un régime complémentaire, il est un héritier de l'histoire et de la culture des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Ses coûts de fonctionnement très faibles du fait d'une mutualisation importante avec les caisses du régime de base, son financement solidaire qui assure une redistribution entre générations et entre catégories de revenus et son mode de gouvernance autonome en constituent les atouts indéniables. Etudier l'éventualité de sa transposition au niveau national peut engager les prémises d'un débat constructif sur l'organisation de la Sécurité sociale en France.

Retraite
Retirement schemes

49552
INTERNET, RAPPORT
Commission Européenne. (C.E.). Bruxelles.
BEL

Livre blanc. Une stratégie pour des retraites adéquates, sûres et viables.

Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés européennes : 2012 : 44p., graph., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/livre_blanc-retraite-ce_2012.pdf

Le présent livre blanc rend compte des préoccupations communes concernant les problèmes des systèmes de retraite européen et définit les enjeux prioritaires pour rendre les pensions adéquates et viables à long terme, **en créant les conditions d'un taux d'activité élevé des femmes et des hommes tout au long de leur vie et en renforçant les possibilités de constitution d'une épargne-retraite complémentaire sûre.** Il propose des orientations stratégiques et des initiatives **porteuses d'avenir qui, à l'échelon européen, permettront à l'Union d'aider les responsables politiques nationaux à répondre aux besoins de réforme, notamment ceux mis en évidence dans les analyses annuelles de la croissance 2011 et 2012 et précisés dans les recommandations adressées à chaque État membre en 2011 (recommandations par pays).** Le présent livre blanc tient également compte des résultats de la vaste consultation amorcée par le livre vert intitulé : Vers des systèmes de retraite adéquats, viables et sûrs en Europe. Des centaines de parties intéressées ainsi que le Parlement européen, le Comité économique et social européen et le Comité des régions ont participé à cette consultation et exprimé le souhait que la problématique des retraites soit **abordée au niveau de l'UE de manière globale et coordonnée** (D'après l'introduction).

49054
OUVRAGE

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Les retraités et les retraites en 2009.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011 : 120p., tabl., graph.
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/retraites2009-3.pdf>

Fin 2009, près de 16 millions de personnes sont retraités de droit direct d'au moins un régime de retraite français. La pension moyenne tous régimes confondus s'établit à 1194 euros/mois ; on note une diminution des écarts de pensions entre hommes et femmes. Près de la moitié des dépenses de protection sociale sont affectées au risque vieillesse-survie.

Prévention/Prevention

Cancer Cancer

49899

RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Plan cancer 2009-2013 : 4e rapport d'étape au Président de la République.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2011/12 : 124p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/cancer.html>

Ce rapport constitue le quatrième rapport d'évaluation du plan cancer 2009-2013. 107 des 119 mesures du Plan cancer progressent conformément au calendrier prévu et 5 mesures sont déjà achevées ; les efforts sont à maintenir afin de poursuivre la mise en œuvre des actions et permettre la réalisation des objectifs fixés d'ici 2013. Plusieurs actions restent en retard. L'évolution de la démographie médicale en cancérologie reste en deçà des objectifs. La prévention a été renforcée mais la prévalence du tabagisme en France ne diminue pas (aujourd'hui le tabagisme est reparti à la hausse aussi bien en population générale que chez les jeunes). Les programmes de dépistage organisé des cancers n'ont pas encore atteint la cible attendue en matière de participation des populations cibles.

49365

RAPPORT

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.).

Boulogne Billancourt. FRA

Rapport scientifique 2010-2011.

Boulogne Billancourt : INCa : 2011 : 172p., tabl., annexes.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e->

[cancer.fr/component/docman/doc_download/7942-rapport-scientifique-2010-2011%20](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/7942-rapport-scientifique-2010-2011%20)

Pour la cinquième année consécutive, l'Institut national du cancer présente son rapport scientifique, qui intervient à mi-parcours du Plan Cancer 2009-2013. Il y est présenté, pour la période 2010-2011, une analyse détaillée des actions menées pour la recherche sur le cancer, la revue des investissements, les perspectives stratégiques ainsi que les orientations de recherche de l'INCa. **A noter notamment, l'augmentation de 50 % du budget disponible pour les projets et les crédits d'équipements, la labellisation des deux premiers sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC), et la participation des patients aux comités d'évaluation des projets de recherche (dispositif qui sera généralisé en 2012).**

Education thérapeutique Disease management

48747

DOSSIER DE PRESSE

Association Pour l'Informatique Médicale. (A.P.I.M.A.). Strasbourg. FRA

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

Sophia : Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques. Evaluation à un an.

Paris : APIMA : 2011 : 8p., 4 tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.apima.org/img_bronner/sophia_Eval_me_dico_eco.pdf

Ce document disponible sur le site d'Union Généraliste est une nouvelle présentation des résultats communiqués par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnamts) lors de son point presse du 10 mars 2011. Le rapport complet (81 pages), réalisé par le bureau

d'études Cemka-Eval, devait faire l'objet d'un article, rendant compte de l'ensemble des résultats de l'évaluation, dans une revue scientifique à comité de lecture, indique cette synthèse de 8 pages (a priori la Revue d'épidémiologie et de santé publique).

Etudes d'ensemble Global studies

49519

RAPPORT, INTERNET

PREEL (J.L.)

Assemblée Nationale. . Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA, Mission d'Évaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale. (MECSS). Paris. FRA

Rapport d'information sur la prévention sanitaire.

Paris : Assemblée nationale : 2012/02 : 394p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4334.pdf>

Malgré les objectifs ambitieux fixés dans la loi de santé publique d'août 2004 et l'intervention de très nombreux acteurs, au premier rang desquels l'assurance maladie, les résultats de la politique de prévention sont décevants. Le système de santé orienté essentiellement vers le curatif aurait négligé le préventif. Après trois mois d'audition et avec l'assistance de la Cour des comptes, la MECSS a pu identifier plusieurs difficultés : des priorités trop nombreuses et mal identifiées, une absence de pilotage tant national que local, une coordination insuffisante entre les acteurs qui concourent à la prévention, une diffusion parcellaire des données de santé. Pour pallier ces difficultés, la MECSS fait trente-six recommandations. Elle préconise de redéfinir un véritable pilotage politique sur le fondement d'une nouvelle loi quinquennale de santé publique qui fixera quatre priorités : la lutte contre le tabac, l'alcool, la sédentarité et la surcharge pondérale. Chargé de mettre en

oeuvre ces priorités, la mission recommande d'instituer un délégué interministériel à la prévention sanitaire rattaché au Premier ministre qui coordonnera l'ensemble des acteurs. La MECSS recommande également de favoriser l'échelon local, le plus à même d'agir au plus près des besoins de la population. Pour ce faire, la mission d'évaluation des expériences locales et de coordination confiée aux agences régionales de santé doit être renforcée et le rôle des conférences régionales de la santé et de l'autonomie doit être conforté. La complémentarité entre les différents acteurs doit aussi être renforcée dans les domaines de la santé au travail et de la santé scolaire. L'ensemble ne pourra fonctionner que si les échanges des données de santé sont facilités. Par ailleurs, au quotidien, la prévention doit privilégier des approches innovantes en matière d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique, tout en améliorant les actions traditionnelles. Comme le prévoit l'article L.O. 111-9-3 du code de la sécurité sociale, les préconisations de la MECSS sont notifiées au Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale concernés, lesquels sont tenus d'y répondre dans un délai de deux mois.

47636

OUVRAGE

GOLDSTEEN (R.L.), GOLDSTEEN (K.), GRAHAM (D.G.)

Introduction to public health.

Introduction à la santé publique.

New York : Springer Publishing Company : 2011 :

14p.+247p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A4207

http://books.google.com/books?id=BcBHM6A9J-YC&hl=fr&source=gbs_similarbooks

Affordably priced and designed to offer an inviting introduction to public health, this introductory textbook provides a comprehensive understanding of the unique history, economics, orientation, function, activities, and mission of public health. This concise reference describes the successes and failures of the public health care system, giving students a clear picture of the current status of

the health care industry. "Introduction to Public Health" also identifies new public health initiatives, including evidence-based practices, accreditation and credentialing programs, and more. Also discussed are critical, up-to-the-minute issues, such as health disparities, infectious and chronic disease prevention, and injury prevention. The book also presents real-life public health vignettes in every chapter to help conceptualize the complex set of factors that affect health (4e de couverture).

Mammographies

Mammography

48513

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

WÜBKER (A.)

Universität Witten/Herdecke. Fakultät für Wirtschaftswissenschaft. Witten. DEU

Who Gets a Mammogram Amongst European Women Aged 50-69 Years and Why are There Such Large Differences Across European Countries?

Qui reçoit des mammographies parmi les femmes européennes âgées de 50 à 69 ans et pourquoi y-a-t-il de telles différences entre les pays d'Europe ?

Neue Discussion Paper No. 15

Witten : Universität Witten/Herdecke : 2011 : 27p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/48715/1/VfS_2011_pid_412.pdf

On the basis of the Survey of Health, Ageing, and Retirement (SHARE), we analyse the determinants of who engages in mammography screening focusing on European women aged 50-69 years. A special emphasis is put on the measurement error of subjective life expectancy and on the measurement and impact of physician quality. Our main findings are that physician quality, better education, having a partner, younger age

and better health are associated with higher rates of receipt. The impact of subjective life-expectancy on screening decision substantially increases after taking measurement error into account. In light of the enormous differences in mammography screening rates between the European countries that can be detected even if several individual characteristics are taken into account, we explore in a second step the causes of these screening differences using newly available data from the SHARELIFE. The results reveal that in countries with low screening rates (e.g. Denmark, Greece and Poland) many reasons (financial restrictions, time costs, access barriers, lack of information, "not usual" and low perceived benefits of screening) are significant predictors of not receiving a mammogram. In contrast in countries with high screening rates such as the Netherlands only beliefs regarding the benefits of mammograms ("Not considered to be necessary") and the cause "Not usual to get this type of care" seem to be important screening barriers.

Médecine scolaire

School health service

49459

RAPPORT

Sénat. Direction de l'initiative parlementaire et des délégations. Paris. FRA

Note sur la médecine scolaire et la santé à l'école. Belgique - Danemark - Pays-Bas - Suède.

Paris : Sénat : 2012 : 38p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/lc/lc219/lc219.pdf>

La présente étude analyse les règles en vigueur dans quatre pays de l'Union européenne en matière d'objectifs et d'organisation de la médecine scolaire ou de ses équivalents à savoir la Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles), le Danemark, les Pays-Bas et la Suède. Cet examen montre que ce service voit

ses missions définies au niveau national (et par la Fédération Wallonie-Bruxelles là où elle exerce ses compétences en Belgique) ; – est mis en oeuvre au niveau décentralisé ; implique des examens de santé périodiques des enfants ; – et repose sur des infirmières et des médecins qui en sont les principaux acteurs.

49085
RAPPORT

GAUDRON (G.), PINVILLE (M.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Comité
d'Evaluation et de Contrôle des Politiques
Publiques. Paris. FRA

***Rapport d'information déposé par le
comité d'évaluation et de contrôle des
politiques publiques sur la médecine
scolaire.***

Paris : Assemblée Nationale : 2011 : 163p.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-
info/i3968.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3968.pdf)

Face au constat que la situation dégradée dans laquelle la médecine scolaire est aujourd'hui trouve sa cause profonde dans les carences de la prévention sanitaire autour de l'enfant – insuffisance des moyens mis en oeuvre et coordination des acteurs sanitaires globalement médiocre –, les rapporteurs considèrent que les solutions à la crise actuelle sont à replacer dans le cadre d'une politique globale de renforcement de la prévention autour de l'enfant, qui se développerait selon les axes suivants : l'amélioration du pilotage de la politique de santé et de prévention en faveur des enfants et des adolescents ; l'inscription de la promotion de la santé dans le code de l'éducation comme une mission à part entière de l'école ; le renforcement de la lutte contre les inégalités de santé ; une réforme du pilotage ministériel de la médecine scolaire ; le renforcement de la coordination entre les médecins de prévention par le développement de leurs liens professionnels au travers d'un cadre statutaire commun.

Obésité
Obesity

48435
OUVRAGE
BOUBAL (C.)

***Publicité et obésité : naissance d'une
controverse.***

Bry-sur-Marne : INA Editions : 2011 : 112p., fig.
Cote Irdes : A4244
[http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/978286938
1957](http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/9782869381957)

En France, la question de l'obésité infantile s'est progressivement installée comme un problème de santé publique depuis les années 2000. A partir d'une enquête sur la construction de ce problème public devenu un enjeu politique de réglementation des télévisions, Camille Boubal explore les tenants et aboutissants du lien qui, publiquement, est présenté entre publicité alimentaire, comportement alimentaire des enfants, et obésité. Elle l'aborde sous l'angle d'une controverse née avec l'établissement en 1997 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'un Indice de Masse Corporelle, et prolongée par la désignation d'une épidémie rapidement dramatisée. Cette controverse connaît deux moments politiques phares. En 2004, l'adoption d'une loi assez timide qui oblige à inscrire des messages sanitaires sur l'emballage les aliments gras et sucrés ; et en 2008, la mobilisation de tous les acteurs avec le projet d'interdire de publicité certains aliments autour des programmes enfants. En 2009, le projet réglementaire est " enterré " au profit d'une charte éthique engageant les professionnels de l'audiovisuel et de la publicité. Ce livre repose sur des entretiens auprès des acteurs de ce débat et sur l'analyse de ses déclinaisons médiatiques dans la presse, à la radio et à la télévision (4e de couverture).

Sécurité routière
Road safety

48742

INTERNET, RAPPORT

JUNG (A.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Mission d'Information. Paris. FRA

Rapport d'information au nom de la mission relative à l'analyse des causes des accidents de la circulation et à la prévention routière.

Paris : Assemblée Nationale : 2011 : 2 vol. (305p.+

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3864-tl.pdf>

Créée le 24 mai 2011 par la conférence des Présidents de l'Assemblée nationale afin de répondre à la polémique née autour de la question des radars et de la vitesse au volant, la mission d'information a procédé à l'audition de près de 170 personnes représentant toutes les parties prenantes : associations, chercheurs, médecins, assureurs, constructeurs. Dans ce rapport, elle fait le point sur les causes de l'accidentologie et s'interroge sur la politique à mettre en oeuvre. S'appuyant sur un objectif politique fort, division par deux de la mortalité d'ici 2020, elle avance 39 propositions autour de 10 axes de travail qui sont : le pilotage de la sécurité routière, l'alcool, la vitesse, les deux-roues motorisés, le téléphone et les aides à la conduite, la prévention et la promotion des conduites vertueuses, l'aptitude à la conduite, les véhicules et infrastructures, le permis à points, les usagers vulnérables et victimes.

Tabagisme
Smoking

49904

RAPPORT, INTERNET

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

Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France.

Paris : HCSP : 2012/01 : 228p.

Cote Irdes : A4296

http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcsp20111006_evalplapsysamentale.pdf

Constatant que depuis 2004, le prix des cigarettes n'a pas connu d'importantes augmentations et que les consommateurs mettent en place des stratégies visant à éviter ses augmentations (substitution des cigarettes manufacturées par du tabac à rouler, voire des cigares-cigarillos), cet avis recommande une augmentation des taxes sur le tabac de l'ordre de 10 % ainsi qu'une harmonisation de ses taxes afin de taxer à la même hauteur tous les produits du tabac (cigarettes, cigares, tabac à rouler ...).

48741

INTERNET, RAPPORT

International Tobacco Control. (I.T.C.). INT Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Rapport national ITC France (International Tobacco Control - projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac) : Résultats de la deuxième vague.

Saint-Denis : INPES : 2011/10 : 41p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf

Le projet « International Tobacco Control » (ITC) a réalisé une étude évaluant, au niveau national, l'impact psychologique et comportemental des principales dispositions de la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au niveau international, 23 pays participent au projet. Pour la France, un premier rapport vient d'être publié, qui mentionne des résultats importants. Les lois françaises en faveur d'un environnement sans tabac ont produit des effets considérables, avec

une forte diminution des lieux de travail où **l'interdiction de fumer est totale et le respect de l'interdiction de fumer dans les cafés, bars, restaurants**. De plus, ces lois ont encouragé la diminution du tabagisme à domicile, et ont aidés certains fumeurs à stopper leur consommation ou à la diminuer, participant **probablement d'une « dénormalisation »** du tabagisme. En revanche, peu de fumeurs ont bénéficié de conseils de leur médecin pour **l'arrêt du tabac** ; et il **semblerait que l'impact des avertissements sur les paquets de tabac s'estompe, d'où l'intérêt de passer désormais par l'apposition d'« images chocs »**. Enfin, rappelons que malgré tout, la prévalence du tabagisme en France est en augmentation, **puisque'elle** est passée de 32 % en 2005 à 34 % en 2010.

comme des modèles d'action pour les nombreux pays qui ont besoin de faire davantage pour protéger leur population contre les méfaits de l'usage du tabac.

48507

RAPPORT, INTERNET

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

Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the dangers of tobacco

Rapport sur l'épidémie du tabagisme dans le monde : avertir sur les dangers du tabac.

Genève : OMS : 2011 : 329p., tabl., photo.
Cote Irdes : c, Pas encore en ligne
<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?esslan=1&codlan=1&codcol=93&codcch=3220>

Le nombre de personnes désormais protégés par des mesures de contrôle du tabac se développe à un rythme remarquable. Les progrès réalisés sur l'adoption de mesures qui réduisent la demande pour le tabac est un signe de l'impact croissant de la Convention-cadre OMS (Organisation mondiale de la santé) pour la lutte antitabac, qui continue d'être l'une des plus rapidement adoptés, les traités de façon mesurable succès dans l'histoire des Nations Unies. Ce rapport, le troisième périodique au niveau des pays examen de l'épidémie mondiale de tabagisme, identifie les pays qui ont pris des mesures efficaces de lutte antitabac qui sauvent des vies. Ces pays peuvent être considérés

Economie de la santé/Health economics

Accidents du travail Occupational injuries

48157
RAPPORT, INTERNET
DIRICQ (N.)

Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale.

Paris : Ministère chargé du travail : 2011/07 : 171p.,
tabl., ann.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-
commission-diricq2011.pdf](http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-commission-diricq2011.pdf)

Ce rapport triennal estime le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles entre 565 millions et 1,015 milliard d'euros. En 2005, la même commission l'évaluait entre 356 à 750 millions d'euros. Cette augmentation s'explique par le fait qu'un cas de cancer professionnel sur deux est non reconnu chez les hommes, ainsi que par la sous-déclaration de l'asthme et des troubles musculo-squelettiques. Enfin, le rapport évalue à 38.000 le nombre d'accidents du travail avec arrêt non déclarés. Pour les entreprises, cette évaluation n'est pas neutre. Elle sert à déterminer le montant que la branche accidents du travail doit reverser chaque année à la branche maladie pour l'indemniser du coût de la sous-déclaration. Ce montant est inscrit chaque année dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant de la compensation peut influencer sur le taux de la cotisation accidents du travail. Il intervient en effet dans les paramètres de calcul de l'une des trois majorations qui permet de calculer le taux net dû par toute entreprise.

Biologie médicale Medical biology

48200
RAPPORT, INTERNET

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

BIOLAM 2008-2010.

Paris : CNAMTS : 2011/07 : 1u., xls
Cote Irdes : C, en ligne
[http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-
et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-
2008-2010.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2008-2010.php)

Les données BIOLAM 2008-2010, mises en ligne en juillet 2011 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), présentent des informations détaillées sur les remboursements des actes de biologie médicale inscrits à la NABM (Nomenclature des actes de biologie médicale). Le champ des données est celui des actes remboursés au cours des années 2008 à 2010 par le régime général en France métropolitaine, hors sections locales mutualistes.

Dépenses de santé
Health expenditures

49927

RAPPORT

HOBER (J.), POPOVICI (C.)
Institut Thomas More. Paris. FRA

Santé : analyse comparative de la dépense publique en France et en Allemagne.

Note de benchmarking; 10
Paris : Institut Thomas More : 2012/03 : 12p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.institut-thomas-more.org/actualite/sante-analyse-comparative-de-la-dépense-publique-en-france-et-en-allemande-2.html>

Partie intégrante d'un « modèle social » qui tourne de plus en plus à vide, le système de santé français est épuisé. S'il continue heureusement encore d'offrir aux Français un niveau de soins performant, son organisation, sa structure, ses principes directeurs, son financement sont aujourd'hui à bout de souffle. Les réflexions se multiplient pour alerter les responsables politiques et dessiner les voies, parfois contradictoires, de réformes possibles. Les raisons de l'urgence de la réforme sont connues : vieillissement de la population, désir d'un « mieux être » croissant dans la population, spécialisation professionnelle accrue, équipements de plus en plus coûteux, etc. De fait, les dépenses de santé ne cessent de croître. Si l'on veut que demain l'accès aux soins reste permis à l'ensemble des citoyens, on ne peut pas ignorer la question des dépenses. Et si une augmentation annuelle de 2,2 % en moyenne depuis l'an 2000 ne paraît pas extraordinaire en valeur relative, cela représente près de 5 milliards d'euros de plus chaque année... Les dépenses publiques pour la santé représentent déjà, selon Eurostat, 9,3 % de notre PIB et croissent plus vite que lui. Dans le contexte de crise et d'incertitude économique que nous connaissons, ce mouvement ne va pas fléchir. Nous sommes entrés dans un cycle d'accroissement structurel des dépenses de santé. L'enjeu compliqué qui est devant nous

sera donc de trouver la bonne combinaison entre maîtrise de la dépense structurelle, baisse des coûts de structure et maintien de la bonne qualité des soins dont les Français bénéficient aujourd'hui... pour qu'ils puissent encore en profiter demain. Devant l'urgence de la situation, les solutions avancées jusqu'ici par les candidats à l'élection présidentielle semblent bien légères. L'approche comparative avec l'Allemagne que nous proposons dans la présente note offre une vision à la fois synthétique et précise de l'ampleur de l'effort de la réforme à produire. La comparaison avec l'Allemagne est justifiée par la taille des populations et surtout la qualité de soins qui sont comparables. Mais on trouve d'autres similitudes, avec une densité de la population médicale et une espérance de vie qui ne diffèrent que légèrement. Mais les Allemands parviennent à ces résultats à des coûts significativement plus bas. De quoi donner des idées à des responsables politiques en mal d'innovation et d'audaces (Tiré de l'introduction).

49407

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
OBRIZAN (M.), WEHBY (G.L.)
Kyiv School of Economics. Kyiv. UKR, Kyv Economics Institute. (K.E.I.). Kyv. UKR

Health Expenditures and Life Expectancy Around the World: a Quantile Regression Approach.

Dépenses de santé et espérance de vie dans le monde : une approche via une régression quantile.

Discussion paper; 47
Kyiv : Kyiv Economics Institute. : 2012/01 :(14p.), tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://repec.kse.org.ua/pdf/KSE_dp47.pdf

Previous literature has produced mixed results on the effects of country health expenditures on longevity. More importantly, all previous studies have evaluated the expenditure effects on the mean of the life expectancy distribution, ignoring the possibility that the expenditure returns may not be the same for countries that differ in their life expectancies. In this paper,

we evaluate the heterogeneity in country health expenditure effects throughout the life expectancy distribution applying quantile regression to an assembled dataset of 177 countries. We find significant heterogeneities in expenditures effects on life expectancy that are completely masked by ordinary least squares (OLS), which underestimates (overestimates) the expenditure returns for countries ranking at low (high) life-expectancy quantiles. The largest returns from increased spending are for countries at the left margin of the life expectancy distribution (mainly at quantiles 0.25 and lower), for which a \$100 increase in per capita spending leads to 11.5 and 11 months of life for males and females, respectively. The results suggest that increasing healthcare spending in these countries may have significant population-wide life expectancy returns.

48946

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

Health Care Cost Drivers: The Facts.

Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits

Ottawa : C.I.H.I. : 2011 : 33p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

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

Cette étude présente sous un nouvel angle les facteurs qui influencent les dépenses de santé. Elle vise notamment à déterminer quels ont été les principaux facteurs d'accroissement des dépenses de santé du secteur public au cours de la dernière décennie et quelles sont les questions qui nécessiteront un suivi.

Etudes d'ensemble

Global studies

09259

OUVRAGE

MCGUIRE (A.), HENDERSON (J.), MOONEY (G.)

The Economics of health care: an introductory text.

L'économie de ma santé : un texte d'introduction.

Londres : Routledge and Kegan Paul : 1988 :

10p.+286p., index

Cote Irdes : A4206

This book gives an understanding of the economic theory underlying health economics, supplemented with practical case study material to show how the theory has been applied.

Financement

Financing

48917

RAPPORT

CAHUZAC (J.), MEHAIGNERIE (P.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la compétitivité de l'économie française et le financement de la protection sociale.

Paris : Assemblée nationale : 2011 : 294p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.assembleenationale.fr/13/dossiers/mi_competitivite_eco_francaise.asp

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3929.pdf>

L'objectif de la mission était de dégager une analyse aussi objective que possible sur l'état de la compétitivité de l'économie française et sur le caractère éventuellement perfectible du financement de la protection sociale qui repose aujourd'hui trop largement sur la production et

sur la dette. Devant l'impossibilité de parvenir à un consensus transpartisan sur un rapport, du fait de points de vue trop éloignés, notamment sur l'impact des 35 heures sur la compétitivité de notre pays, le travail considérable réalisé par la mission fait l'objet d'un rapport sous la forme d'un compte rendu de l'ensemble des auditions.

48852

RAPPORT, INTERNET

DAUDIGNY (Y.)

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

Rapport sur les prélèvements obligatoires : S'interdire de financer la protection sociale à crédit.

Rapport d'information ; 69

Paris : Sénat : 2011/10 : 40p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-069/r11-0691.pdf>

Ce rapport, établi par le rapporteur général de la commission des affaires sociales pour la préparation du débat annuel sur les prélèvements obligatoires, dresse le constat d'une gestion défailante des prélèvements sociaux qui, insuffisants pour couvrir les dépenses, ont conduit au doublement de la dette sociale depuis 2007. L'ampleur des déficits constitue une menace avérée pour le système de protection sociale, d'autant que le retour à une croissance dynamique permettra au mieux de stabiliser celui du régime général aux alentours de 10 milliards d'euros. Les limites du report sur les générations futures sont désormais atteintes. La résorption du déficit accumulé et le retour à l'équilibre des comptes nécessitent l'adoption rapide d'une stratégie cohérente et déterminée. Ce rapport formule trois séries de propositions : la révision des mesures coûteuses et inefficaces, la poursuite de la réduction des niches sociales et la mobilisation de nouvelles ressources.

47840

RAPPORT, INTERNET

VASSELLE (A.)

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

Finances sociales : redoubler d'effort. Rapport d'information.

Paris : Sénat : 2011 : 98p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r10-704/r10-7041.pdf>

Ce rapport, établi par le rapporteur général de la commission des affaires sociales pour la préparation du débat sur les orientations des finances publiques, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Les dernières prévisions publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale confirment une amorce d'amélioration avec un déficit du régime général en légère diminution, mais celui-ci restera proche de 20 milliards d'euros en 2011. Deux grandes réformes ont été menées en 2010, l'une pour assurer à moyen terme l'équilibre des régimes de retraite, l'autre pour traiter la question de la dette sociale accumulée. Leur pérennité suscite cependant des interrogations. Un nouveau chantier est annoncé pour les mois à venir, celui de la dépendance. Il ne pourra être réglé que par des décisions d'ampleur et novatrices. Le retour à l'équilibre des comptes sociaux nécessite plus que jamais un redoublement des efforts, tant en ce qui concerne la maîtrise des dépenses que pour la mobilisation de nouvelles recettes.

47135

RAPPORT

Cour des Comptes. Conseil des Prélèvements obligatoires. (C.P.O.). Paris. FRA

Prélèvements obligatoires sur les ménages : progressivité & effets redistributifs.

Paris : Conseil des Prélèvements Obligatoires : 2011/05 : 411p.

Cote Irdes : B7024

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000255/index.shtml>

De cette analyse réalisée par la Cour des Comptes sur les prélèvements obligatoires

en France, il ressort que la redistributivité globale du système socio-fiscal français est relativement importante et qu'elle repose moins sur les impôts que sur les transferts sociaux. En matière de redistribution verticale, les prestations sociales concourent pour les 2/3 à la réduction des inégalités et les impôts directs pour 1/3. L'assurance maladie est sans doute aujourd'hui l'un des instruments le plus redistributif du système socio-fiscal en France

England and describes the differences between the market in health care and the market in the utility sector. In looking at the experiences of other sector-specific economic regulators, it considers their objectives, how they are held to account and what regulatory instruments they use. It also briefly compares the proposals for the regulation of health care in England with the experience of economic regulation of health care in The Netherlands and the United States.

Régulation Regulation

48867

RAPPORT, INTERNET

DIXON (A.), HARRISON (A.), MUNDLE (C.)
King's Fund Institute. Londres. GBR

Economic regulation in health care. What can we learn from other regulators?

La régulation économique dans le secteur des soins de santé. Que pouvons nous apprendre des autres régulateurs ?

Londres : King's Fund Institute : 2011 : 48p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
http://www.kingsfund.org.uk/publications/economic_regulation.html

Economic regulation was originally set up to regulate natural monopolies in the interests of consumers and to promote competition where appropriate. The need to ensure the health care market operates in the interests of the public and patients is one of the main objectives behind the introduction of economic regulation in health care. Can we learn anything from the experience of economic regulation in other sectors? There has been some concern about the impact of competition in health care, with critics claiming that it cannot be treated in the same way as the nationalised utilities. Economic regulation in health care seeks to look at these issues dispassionately. It outlines the development of economic regulation in

Reste à charge Out-of pocket spending

49917

RAPPORT, INTERNET

Mutualité Sociale Agricole de Gironde.
(M.S.A.). Bordeaux. FRA

Les restes à charge supportés par les bénéficiaires de la CMU-C du régime social agricole en Gironde en 2010.

Bordeaux : MSA : 2011/08 : 28p., tabl., graph.
Cote Irdes : c, En ligne
http://www.cmu.fr/userdocs/2011_RestesAcharge_MSA33_VDef.pdf

L'objectif de cette étude est de confirmer l'existence d'un reste à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) relevant de la Mutualité sociale agricole de Gironde et d'en analyser les caractéristiques.

49916

RAPPORT, INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine. (C.P.A.M.). Nanterre. FRA

Analyse du reste à charge en soins de ville des assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Nanterre : CPAM : 2011/10 : 24p., tabl., graph.
Cote Irdes : c, En ligne
http://www.cmu.fr/userdocs/2011-10-17_Rapport_RAC_CPAM_92_V3.pdf

L'objectif de cette étude est de mesurer les montants restant à la charge des bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) sur les principaux postes de dépenses. En effet, de récents travaux, menés notamment par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) ont mis en évidence **l'existence de participations financières supplémentaires pour des soins qui n'auraient pas dû en générer. C'est pourquoi, le Fonds CMU a sollicité la caisse des Hauts-de-Seine pour mener un état des lieux détaillé de la situation, au niveau local.**

Etat de santé/Health status

Bien-être Well-being

49286

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

SENIK (C.)

Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

The French Unhappiness Puzzle: The Cultural Dimension of Happiness

L'énigme du malheur français :

La dimension culturelle du bonheur

IZA Working Paper: 6175

Bonn : IZA : 2011/11 : 58p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp6175.pdf>

This article sheds light on the important differences in self-declared happiness across countries of equivalent affluence. It hinges on the different happiness statements of natives and immigrants in a set of European countries to disentangle the influence of objective circumstances versus psychological and cultural factors. The latter turns out to be of non-negligible importance in explaining international heterogeneity in happiness. In some countries, such as France, they are responsible for 80% of the country's unobserved idiosyncratic source of (un)happiness.

49280

DOCUMENT DE TRAVAIL

FLECHE (S.), SMITH (C.), SORSA (P.)

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

Exploring Determinants of Subjective Wellbeing in OECD Countries

*Exploration des déterminants du bien-être
subjectif au sein des pays de l'OCDE.*

OECD Economics Department Working Papers ; 921

Paris : OCDE : 2011 : 39p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/exploring-determinants-of-subjective-wellbeing-in-oecd-countries_5kg0k6zlc5k-en

The paper explores issues with assessing wellbeing in OECD countries based on self-reported life satisfaction surveys in a pooled regression over time and countries, at the country level and the OECD average. The results, which are in line with previous studies of subjective wellbeing, show that, apart from income, the state of health, not being unemployed, and social relationships are particularly important for wellbeing with only some differences across countries. The results also show that cultural differences are not major drivers of differences in life satisfaction. Correlations between the rankings of measures of life satisfaction and other indicators of wellbeing such as the Human Development Index and Better Life Index are also relatively high. Measures of subjective wellbeing can play an important part in informing policy makers of progress with wellbeing in general, or what seems to matter for wellbeing— health, being employed and social contacts- beyond income.

49087

INTERNET, RAPPORT

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

Comment va la vie ? Mesurer le bien-être.

Paris : OCDE : 2011 : 315p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/comment-va-la-vie_9789264121195-fr

Aimez-vous votre travail ? Vous sentez-vous en bonne santé ? Passez-vous suffisamment de temps tous les jours avec vos enfants ? Quand vous avez besoin de vos amis, sont-ils présents pour vous ? Avez-vous confiance en vos voisins ? Et, globalement, êtes-vous satisfaits

de votre vie ? Une nouvelle publication de l'OCDE, « Comment va la vie ? » se penche sur ces questions et bien d'autres encore, offrant ainsi un panorama des composantes de la vie des gens dans 40 pays à travers le monde. Dans le cadre des efforts soutenus de l'OCDE pour concevoir de nouvelles mesures afin d'évaluer le bien-être au-delà du produit intérieur brut, le rapport évalue 11 aspects spécifiques de la vie – du revenu, à l'emploi et au logement en passant par la santé, l'éducation et l'environnement.

Diabète Diabetes

48959

RAPPORT, INTERNET

FOSSE (S.), FAGOT CAMPAGNA (A.)
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Saint-Maurice. FRA

Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine

Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004.

Saint-Maurice : InVS : 2011 : 78p.,

Cote Irdes : en Lige

<http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/Prevalence-du-diabete-et-recours-aux-soins-en-fonction-du-niveau-socio-economique-et-du-pays-d-origine-en-France-metropolitaine>

Ce rapport présente l'analyse de l'impact du niveau socio-économique et du pays d'origine sur le diabète en France à partir d'une revue de littérature et de deux enquêtes en population générale : l'enquête décennale santé (EDS) 2002-2003 et les enquêtes santé et protection sociale (ESPS) 2002 et 2004. La prévalence du diabète autodéclaré à partir de l'EDS 2002-2003 (N=35 000) est estimée à 7,8 % chez les personnes de 45 ans ou plus. Elle est cinq à six fois plus élevée chez les personnes obèses que chez celles de corpulence

normale et deux fois plus élevée chez les personnes de faible niveau d'études que chez celles de plus haut niveau, avec un impact davantage marqué chez les femmes que chez les hommes. Le risque de développer un diabète est environ deux fois plus élevé chez les femmes d'origine maghrébine que chez les femmes françaises, à niveau socio-économique et niveau d'obésité équivalents. L'analyse des données de consommation médicale d'ESPS 2002 et 2004 (N=480) confirme que les recommandations de suivi médical du diabète ne sont pas bien respectées dans l'ensemble de la population diabétique. Aucune association significative entre le niveau socio-économique et la fréquence de recours aux soins n'est retrouvée, à l'exception des consultations dentaires moins fréquentes chez les personnes diabétiques de plus faibles revenus. À l'opposé, les consultations ophtalmologiques sont plus fréquentes chez les personnes diabétiques d'origine étrangère par rapport à celles d'origine française. Ce constat devrait conduire à des actions de prévention primaire du diabète particulièrement dirigées vers les populations moins favorisées ainsi que les femmes d'origine maghrébine. Des progrès importants en qualité des soins sont nécessaires pour tous. En outre, une surveillance des inégalités socio-économiques et liées au pays d'origine dans le domaine du diabète s'impose dans un contexte de forte croissance de la prévalence du diabète.

Obésité
Obesity

47994

OUVRAGE

ROSKAM (A.J.)

Cross-national comparisons of socioeconomic differences in overweight and obesity.

Comparaisons internationales des différences socioéconomiques en matière de surpoids et d'obésité.

Rotterdam : Erasmus University: 2009 : 210p., tabl., fig.

Cote Irdes : A4224

It has been known for long that disease and death are unequally distributed over the population. People of lower socioeconomic positions tend to carry a disproportionate amount of the burden of mortality and morbidity. Overweight and obesity are no exception to this. This book starts by describing how large the socioeconomic differences in overweight and obesity currently are in Europe. Related to this, it investigates to what extent these inequalities vary from country to country. It tries to explain the international patterns by looking at country and individual-level factors. It also evaluates to what extent the socioeconomic differences in the prevalence of immediate risk factors mirror the inequality patterns of overweight and obesity. In addition, it investigates the possible role of inequalities in the prevalence of overweight and obesity in socioeconomic difference in the prevalence of diabetes, hypertension and subjectively experienced ill health.

Panorama d'ensemble
Health at glance

49084

RAPPORT

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

Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE.

Health at a glance 2011. OECD indicators.

Paris : OCDE : 2011 : 204p., ann., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/6/27/49105873.pdf>

Cette sixième édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes sur différents aspects des performances des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations existant entre les pays en ce qui concerne les coûts, les activités et les résultats des systèmes de santé. Un chapitre sur les soins de longue durée est inclus pour la première fois. Les soins médicaux s'améliorent mais des progrès dans la prévention et la gestion des maladies chroniques sont nécessaires pour abaisser les coûts, estime l'OCDE. Une note spéciale " France " est téléchargeable.

48916

INTERNET, RAPPORT

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

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

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

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

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

La synthèse de cette cinquième édition donne une vision d'ensemble de l'état de santé de la

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

Santé environnementale
Environmental health

49953

RAPPORT, INTERNET

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

Environmental health inequalities in Europe. Assessment report.

*Inégalités en matière de santé
environnement. Rapport d'évaluation.*

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe :
2012 : XVII+190p.
Cote Irdes : C, en ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf

The unequal distribution of people's exposure to – and potentially of disease resulting from – environmental conditions is strongly related to a range of sociodemographic determinants. Interventions to tackle such environmental health inequalities need to be based on an assessment of their magnitude and on the identification of population groups that are most exposed or most vulnerable to environmental risks. But data are scarce. To

address this gap, and follow up on the commitments made at the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health in Parma, Italy in 2010, the WHO Regional Office for Europe has carried out a baseline assessment of the magnitude of environmental health inequality in the European Region based on a core set of 14 inequality indicators. The main findings indicate that socioeconomic and demographic inequalities in risk exposure are present in all countries, though they vary from country to country. The report reviews inequalities related to housing, injuries, and the environment, identifies gaps in evidence that still need to be filled, and suggests priority action to be taken at both the subregional and the national level, bearing in mind those national variations.

49064

RAPPORT, INTERNET

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

***Burden of disease from
environmental noise : quantification
of healthy years lost in Europe.***

*La charge de morbidité imputable au bruit
ambiant. Quantification du nombre
d'années de vie en bonne santé perdues en
Europe*

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe :
2011 : XVII+106p.
Cote Irdes : C, en ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf

The health impacts of environmental noise are a growing concern. At least one million healthy life years are lost every year from traffic-related noise in the western part of Europe. This publication summarizes the evidence on the relationship between environmental noise and health effects, including cardiovascular disease, cognitive impairment, sleep disturbance, tinnitus, and annoyance. For each one, the environmental burden of disease methodology, based on exposure-response relationship, exposure distribution,

background prevalence of disease and disability weights of the outcome, is applied to calculate the burden of disease in terms of disability-adjusted life-years. Data are still lacking for the rest of the WHO European Region (Résumé d'éditeur).

Tabagisme Smoking

48512

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
REILICH (J.)

Université de Potsdam. Potsdam. DEU

Returns to Education and Smoking : Evidence from Germany.

*Retours à l'éducation et tabagisme :
évidence de l'Allemagne.*

Potsdam : Université de Potsdam : 2011 :

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:pot:vwlis:103&r=hea>

Looking at smoking-behavior it can be shown that there are differences concerning the time-preference-rate. Therefore this has an effect on the optimal schooling decision in the way that we appear a lower average human capital level for smokers. According to a higher time-preference-rate additionally we suppose a higher return to education for smokers who go further on education. With our empirical findings we can confirm the presumptions. We use interactions-terms to regress the average rate of return with IV. Therefore we obtain that smokers have a significantly higher average return to education than non-smokers.

Toxicomanie Addiction

49255

OUVRAGE

REYNAUD-MAURUPT (C.), HOAREAU (E.)
Observatoire Français des Drogues et des
Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA

Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés".

Paris : OFDT : 2010/12 : 273p.

Cote Irdes : A4323

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

Seule une partie des usagers de cocaïne est connue des institutions sociosanitaires ou répressives (le plus souvent des usagers d'héroïne de longue durée sous traitement de substitution qui utilisent occasionnellement ou régulièrement de la cocaïne, ainsi que des personnes le plus fréquemment caractérisées par des situations de grande précarité, usagers de crack notamment). Cette enquête qualitative, dont les données ont été recueillies en 2006-2007 dans huit agglomérations françaises, repose sur l'analyse de cinquante entretiens conduits avec des consommateurs appartenant à la **population d'usagers « cachée »**. À travers les discours des usagers rencontrés, qui se sont longuement confiés, des « carrières type » de consommation ont pu être reconstituées dans leurs différentes étapes (de l'expérimentation du produit aux phases éventuelles de consommation les plus compulsives). En parallèle, l'étude s'est penchée sur le point de vue de ces usagers : leurs perceptions des risques liés à leurs consommations, leurs stratégies pour contrôler et limiter leurs usages et leurs éventuels besoins et recours à des aides. Loin des simplifications archétypales qui considèrent qu'il n'existe que deux profils majoritaires d'usagers de cocaïne (l'usager issu de l'élite sociale qui consomme par voie nasale dans des soirées branchées ou pour maximiser ses performances au travail versus l'usager en situation de précarité qui consomme par voie injectable ou fume du crack), cette étude

dresse un portrait beaucoup plus complexe et nuancé de cette population largement poly-consommatrice (4e de couverture).

49246

NOTE, INTERNET

SPIILKA (S.), LE NEZET (O.), TOVAR (M.L.)
Observatoire Français des Drogues et des
Toxicomanies. (O.F.D.T.). Pôle Enquêtes en
Population Générale. Saint Denis. FRA

Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans.

Saint Denis : OFDT : 2011/11 : 8p., tabl., graph.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxstra.pdf>

Cette note présente les premières exploitations de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) qui a été conduite en mars 2011 lors de la Journée Défense et Citoyenneté (ex JAPD) auprès de quelque 32 000 jeunes (garçons et filles) âgés de 17 ans. Il s'agit du septième exercice de l'enquête menée au niveau national. Ces résultats concernent uniquement la métropole. La plupart des expérimentations (au moins un usage au cours de la vie) de substances licites (alcool et tabac) comme illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne notamment) apparaissent en baisse ou stables. Les usages réguliers de cannabis sont en recul ; ceux d'alcool et de tabac sont orientés à la hausse.

Travail et santé

Occupational health

49531

OUVRAGE

MENARD (C.) / dir., DEMORTIERE (G.) /
dir., DURAND (E.) / dir., et al.
Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés.

Saint-Denis : INPES : 2012 : 189p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf>

Les facteurs de risques professionnels et la qualité de vie au travail deviennent des enjeux de plus en plus importants pour la santé des populations. Les professionnels de santé — médecins du travail et médecins généralistes — sont de plus en plus confrontés à l'impact de ces facteurs sur la santé de leurs patients : déclarations de maladies professionnelles, expression de souffrances psychiques, maladies aiguës ou chroniques, pratiques addictives, arrêts de travail prolongés ou récurrents. Dans ce contexte, les coopérations entre médecins du travail, médecins généralistes et, plus largement, réseaux de santé doivent se renforcer. L'objectif de cette politique est de rendre compte de l'activité des professionnels de santé dans le champ de la santé au travail au travers de deux études distinctes mais complémentaires. La première, réalisée et financée par l'Inpes, l'INRS et la SMTOIF, porte sur l'implication des médecins du travail dans le champ de la santé publique, et plus particulièrement des pratiques addictives : quel(s) rôle(s) pour les médecins du travail dans la prévention de ces pratiques en milieu professionnel ? Comment sont-ils sollicités pour mettre en œuvre des actions collectives de prévention ? Quelles sont leurs opinions sur les tests de dépistage ? La seconde, réalisée et financée par l'Inpes, analyse les opinions et pratiques des médecins généralistes en santé au travail : comment conçoivent-ils leur rôle ? Quelles pathologies liées au travail rencontrent-ils ? Quelles occasions ont-ils de solliciter les médecins du travail ? Un volet commun aux deux enquêtes interroge les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs relations de coopération.

49468

OUVRAGE

DEDESSUS-LE-MOUSTIER (N.) / coord.,
DOUGUET (F.) / coord.
GROSJEAN (V.) / préf.

La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques.

Paris : Editions Tec & Doc - Lavoisier : 2012 : 297p.,
tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4310
[http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/la-sante-
au-travail-a-l-epreuve-des-nouveaux-risques-9782
743012359](http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/la-sante-au-travail-a-l-epreuve-des-nouveaux-risques-9782743012359)

La question de l'impact du travail sur la santé préoccupe un public de plus en plus large et s'inscrit au cœur du débat social. L'importance médiatique d'un certain nombre de sujets de santé au travail participe sans doute de cette évidence. Ce qui ressort de ce qu'on appelle les nouveaux risques ou les risques émergents n'est cependant pas toujours aussi récent qu'il n'y paraît. Les travaux portant notamment sur le stress ou le harcèlement moral au travail ont été développés depuis plusieurs années. Des chercheurs issus de diverses disciplines ont été conviés à croiser leur regard sur cet objet commun. Convoquant tour à tour, le droit, la médecine, la sociologie, la psychologie, l'ergonomie, l'économie, l'histoire, la gestion ou encore la science politique, cet ouvrage propose une analyse renouvelée des risques professionnels. Il s'articule autour de quatre parties à la fois transversales et complémentaires : les facteurs d'évolutions des conditions de travail et de la santé au travail, les nouveaux risques pour la santé physique et mentale, la gestion des risques dans le cadre professionnel, les réponses de l'action publique.

49451

DOCUMENT DE TRAVAIL

MAES (M.), STAMMEN (B.)
Hogeschool-Universiteit Brussel (H.U.B.).
Bruxelles. BEL

The impact of (early) retirement on the subsequent physical and mental health of the retired: a survey among general practitioners in Belgium.

L'impact d'un départ précoce à la retraite sur la santé physique et mentale des

retraités : une enquête réalisée en Belgique auprès de médecins généralistes.

HUB RESEARCH PAPER 2011/03
Bruxelles : HUB : 2011/03 : 8p.
Cote Irdes : c, En ligne
[http://d.repec.org/n?u=RePEc:hub:wpecon:201103&
r=hea](http://d.repec.org/n?u=RePEc:hub:wpecon:201103&r=hea)

Objectives: to investigate, on the basis of the perceptions of general practitioners (GPs) in Belgium, the impact of (early) retirement on subsequent physical and mental health. Method: A cross-sectional survey on the basis of a self-completed anonymous questionnaire sent at random to 120 GPs in Flanders (Belgium) to which 81 responded. Results: According to GPs, the mere fact of retiring early may be a (very) important cause of mental health problems, in particular depressions (due to the disappearance of social networks) and deterioration of cognitive capacities. GPs claim that most physical health problems that appear after retirement, like obesity and cardiovascular diseases, are due to insufficient adaptation (in terms of food consumption and physical activities) of the retired to a new lifestyle. Conclusion: GPs claim that health problems may frequently arise as a consequence of the retirement event. **Since the factor's** causing these problems point to unhealthy behaviour, there is scope for health improvement: firstly, by stimulating older people to postpone retirement or to continue some professional activities during retirement and secondly, by making them aware of the role of social networks, physical activity and food consumption. At the same time, this would help to control increasing pension and health care expenditures.

49408

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

DUGUET (E.), LE CLAINCHE (C.)
Laboratoire Montpellierain d'Economie
Théorique et Appliquée. (L.A.M.E.T.A.).
Montpellier. FRA

***Chronic Illnesses and Injuries:
An Evaluation of their Impact on
Occupation and Revenues***

*Maladies chroniques et accidents :
une évaluation de leur impact sur le travail
et les revenus.*

Document de recherche; 2012-02

Montpellier : LAMETA : 2012/01 : 26p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.lameta.univmontp1.fr/Documents/DR2012-02.pdf>

This paper investigates whether chronic illnesses and injuries have a significant impact on the individual's performance in the labor market. It uses the "Santé et Itinéraires Professionnels" (SIP, "Health and Labor Market Histories") survey, conducted in France in 2006-2007. It uses the propensity score method in order to evaluate the impact of chronic illnesses and accidents on labor market participation and earnings. It finds that both health events have a negative effect on professional careers and earnings, and that accidents have a greater impact on women's earnings.

49364

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Axa Prévention. Paris. FRA, Institut CSA.
Paris. FRA

***AXA Prévention : 1er baromètre de la
santé en entreprise.***

Paris : Axa Prévention : 2012/01 : 11p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.presse.axafrance.fr/Documents/Documents%20PDF/AXA%20Pr%c3%a9vention%20-%20Barom%c3%a8tre%20sant%c3%a9%20en%20entreprise.pdf>

Selon cette enquête publiée jeudi 12 janvier, malgré l'actuel contexte économique, 83 % des salariés du secteur privé considèrent leur état de santé comme " bon" ou "très bon ". Cet avis est partagé par 86 % des directeurs des ressources humaines qui ont participé à l'enquête. Par contre, seulement 52 % des

médecins du travail sont de cet avis et 39 % estiment même que leur état s'est dégradé au cours de l'année écoulée. Ils constatent que les salariés sont victimes de troubles articulaires, de stress et de dépression. A noter aussi que sept salariés sur dix (69 %) estiment que leur travail a une influence sur leur santé, 32 % de façon positive et 37 % de façon négative. Du côté positif, ils citent le bon effet sur le moral, l'épanouissement ou encore le lien social. Côté négatif, ils évoquent le stress, la fatigue, les problèmes articulaires ou les troubles du sommeil

49184

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

JONES (M.K.), MAVROMARAS (K.G.),
SLOANE (P.J.), WEI (Z.)

Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

***Disability and Job Mismatches in the
Australian Labour Market.***

*Handicap et incompatibilité d'emploi sur le
marché du travail en Australie.*

IZA Working Paper; 6152.

Bonn : IZA : 2011/11 : 37p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp6152.pdf>

This working paper examines the relationship between disability, job mismatch, earnings and job satisfaction, using panel estimation on data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey (2001-2008). While it doesn't not find any relationship between work-limiting disability and over-skilling, it appears that there is a positive relationship between work-limiting disability and over-education, which is consistent with disability onset leading to downward occupational movement, at least in relative terms. It finds a negative correlation between work-limiting disability and both earnings and job satisfaction. However, there is only evidence of a causal relationship in terms of the latter, where the impact of disability is found to be multifaceted.

49139

OUVRAGE

GUILLEMIN (M.)
GOELZER (B.) / préf.

Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail.

Paris : l'Harmattan : 2011 : 284p.

Cote Irdes : A4287

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=34509>

Il faut dénoncer cette pollution qui ronge le travail - pourtant pilier de notre société - que sont les dérives actuelles : déni des réalités (cancers, dépression, suicide) qui va de pair avec le mépris de la personne, de ses besoins, de ses attentes. Il faut aussi réaliser que les " bourreaux " (managers, décideurs..) sont eux-mêmes prisonniers des impératifs de l'économie, eux-mêmes " victimes " tant ils sont eux aussi soumis à des rythmes effrénés. Ce livre dresse un état des lieux sur la question (Résumé de l'éditeur).

48966

RAPPORT

TESTENOIRE (M.L.), TRANCART (D.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalités face aux évènements de santé

Noisy-le-Grand : CEE : 2011/09 : 88p., graph., tabl.

Cote Irdes : B7080

<http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/65-parcours-professionnels-ruptures-transitions-inegalites-sante.pdf>

Ce rapport présente les résultats d'une recherche réalisée entre 2008 et 2010 dans le cadre de l'appel d'offre « Santé et Itinéraires Professionnels » (SIP) de la Dares et la Drees. En s'appuyant sur la définition de la santé comme une capacité physique et psychique d'agir dans le contexte social habituel, l'objet de cette publication est d'analyser de quelle manière la santé contribue à la différenciation des parcours professionnels. Elle s'intéresse aux liens entre les incidents de santé relatés par les enquêtés et leurs trajectoires professionnelles ainsi qu'aux ressources

inégaux qu'ils ont pu mobiliser. Cette recherche est centrée sur les hommes et femmes d'âge actif de 40 à 54 ans en se référant au questionnement rétrospectif mené à la fois par l'enquête SIP et par une postenquête complémentaire. La post-enquête a eu pour objet de cerner de manière dynamique les relations entre la santé et le travail à l'articulation de trois trajectoires : de travail, de santé et de vie familiale. L'analyse porte sur les processus de recomposition de l'action lorsque la santé est altérée.

48913

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter.

Document de travail ; 150

Noisy le Grand : CEE : 2011/10 : 27p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/150-sante-independants-avantage-interpreter.pdf>

La catégorie des « non-salariés » ou des « indépendants » varie selon les limites professionnelles ou statutaires qu'on lui fixe et présente en son sein une forte hétérogénéité de niveaux de diplôme, de revenus, de professions. Après avoir opté pour une définition sur laquelle appuyer ensuite leur repérage statistique, ce texte pose deux questions : est-il possible de dessiner les traits d'une spécificité de santé de ce groupe si divers et mouvant ? Comment comprendre les conséquences de l'éventuelle survenue d'un problème de santé sur la situation professionnelle des indépendants, en intégrant à l'analyse la spécificité de leurs conditions de travail ? Ce document y répond en mobilisant les réponses aux trois questions du mini-module européen de santé, telles qu'elles sont recueillies dans l'enquête Handicap Santé Ménages de 2008 (HSM, Insee-Drees-Irdes) et l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP, Dares-Drees-CEE, 2006). La première des deux questions reçoit une réponse paradoxale : bien que relativement âgés par rapport aux autres

actifs occupés, les indépendants se distinguent par un état de santé situé entre celui des cadres (le meilleur) et celui des salariés non-cadres. **L'observation est confirmée pour ce qui concerne la déclaration de limitations fonctionnelles, en raisonnant à sexe, âge, niveau de diplôme, niveau de vie et couverture complémentaire santé donnés. Le statut perd en revanche de sa pertinence pour expliquer ces limitations, lorsque l'on contrôle aussi les maladies chroniques et la santé perçue. Dans la même analyse, les spécificités de santé des cadres en tant que cadres (c'est-à-dire liées à leur statut d'emploi) persistent et sont beaucoup plus marquées que celles des non-salariés. La bonne santé relative des indépendants invite à chercher l'éventuel effet d'une sélection par la (bonne) santé. Selon cette hypothèse et en cas de problème de santé, les indépendants se replieraient sur des emplois salariés, dont la couverture « maladie » est économiquement plus favorable, les mieux-portants constituant le tout de l'effectif non-salarié. Sans pouvoir apporter des réponses aussi fermes que si, par exemple, nous suivions une cohorte d'actifs en emploi, nous ne confirmons pas l'existence d'un effet de sélection massif. Lorsque survient une maladie, les non-salariés tendent à devenir plus souvent inactifs qu'à (re)devenir salariés et également plus souvent et plus rapidement**

inactifs que les salariés eux-mêmes en pareil cas. Se lisent dans ces résultats des effets **composés de la structure d'âge** de ces deux populations, ainsi que des contraintes et des marges de manoeuvre associées aux conditions de travail des non-salariés, sur lesquelles à ce stade nous formulons des hypothèses, à tester et approfondir par des explorations ultérieures (Résumé d'auteur).

Vieillissement Ageing

49425
CHAPITRE
SERMET (C.)
JEANDEL (C.) / coord.

Etat de santé des personnes âgées.

In : Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011.
Paris : ESV Production : 2011 : 30-37
Cote Irdes : R1863, A4295

Ce chapitre, tiré de l'ouvrage sur la gériatrie en France, dresse un bilan de l'état de santé des personnes âgées et apporte quelques éléments d'information sur les perspectives d'évolution.

Personnes âgées/Elderly

Aidants Informal care

48944
DIPLOMES
FONTAINE (R.)
GRAMAIN (A.) / dir., WITTEWER (J.)
Université Paris Dauphine. Paris. FRA

Le soutien familial aux personnes âgées dépendantes. Analyses micro-économétriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge.

Thèse pour le Doctorat en Sciences Economiques
Paris : Université Paris Dauphine : 2011 : 235p.,
tabl., fig.
Cote Irdes : en ligne
<http://basepub.dauphine.fr/xmlui/bitstream/handle/123456789/7370/THESEFONTAINEROMEOPDF%3Bjsessionid%3DCD5E33E4AFDF2F40DD7BF02F657F1AB2?sequence=1>

Ce travail de recherche a pour objet d'étudier les mécanismes familiaux de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il développe dans cette perspective trois analyses micro-économétriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge. La première est consacrée à l'étude de l'articulation des décisions individuelles d'aide au sein de la famille. La seconde analyse micro-économétrique concerne l'arbitrage individuel entre offre de travail et offre d'aide informelle au sein de la population âgée de 50 à 65 ans en Europe (données de l'enquête Share). Enfin, il analyse la manière dont la famille ajuste sa production de prise en charge lorsqu'elle bénéficie par ailleurs d'une aide professionnelle financée par la collectivité. Cette question est ici étudiée dans le cas français à partir des données de l'enquête Handicap-santé Ménage.

47651
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
KNOEF (M.), KOOREMAN (P.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

***The Effects of Cooperation:
A Structural Model of Siblings'
Caregiving Interactions.***

Les effets de la coopération: un modèle structurel des interactions de soins informels entre frères et soeurs.

IZA Discussion Paper ; 5733
Bonn : IZA : 2011 : 47p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp5733.pdf>

This paper analyzes the decision making process of adult children to provide informal care to their parents. First, we develop a structural model to explain the amount of time that only children (without siblings) spend on providing care, taking into account opportunity costs in terms of time and money. The model is estimated using two datasets from 12 European countries and reveals the preferences of adult children for consumption, leisure and informal care. Although we assume that differences in behavior between children with and without siblings are due to dissimilar constraints only, by using only children we do not have to make assumptions about interactions between siblings in the structural model. In the presence of siblings, their choices also play a role in the caregiving decision. A central question is whether siblings make cooperative or noncooperative decisions. The second part of this paper aims to establish whether interactions between siblings are cooperative! or noncooperative, by comparing predicted cooperative and noncooperative outcomes with observed outcomes. We use the structural parameter estimates from the first part of the paper and model the noncooperative outcomes using a Quantal Response Equilibrium. The results suggest that the nature of the interactions between siblings has a strong

effect on the division of informal care between siblings. For almost three quarters of the families the noncooperative model has a better fit than the cooperative model. When the noncooperative families can be pushed into their cooperative outcome, their parents would on average receive 50% more informal care per week from their children, but this would reduce full-time labor supply by 5.7%-points and increase part-time labor supply by 6.7%.

Dépendance Dependency

49401

RAPPORT

KUPIEC (J.M.)

Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance. (O.C.I.R.P.). Paris. FRA

Cartographie des acteurs de la dépendance en France.

Paris : OCIRP : 2012 : 20p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ocirp.fr/ocirpportail/index.php/ocirpportail/content/download/2310/16054/file/12-01-16Cartographiedependance2.pdf>

Ce travail original est une cartographie s'efforçant de mettre à plat les débats de 2011 autour de la dépendance, tout en les remettant en perspective avec les " sept rapports majeurs " intervenus sur le sujet depuis 2005 : Cour des comptes (2005), Centre d'analyse stratégique (2006), rapport Gisserot (2007), rapport annuel de la CNSA (2007), Sénat (2008 et 2011, rapports Vasselle-Marini, puis Trillard), groupe de travail PPP des assureurs (2010) et Assemblée nationale (2010, rapport Rosso-Debord). Trois axes majeurs se dégagent du débat engagé par les différents acteurs : la prévention et l'information ; l'aide aux aidants et la gouvernance.

49107

RAPPORT

DUBOIS (M.),

Assemblée Nationale. (A.N.). Délégation aux Droits des Femmes et à l'Égalité des Chances entre les Hommes et les Femmes. Paris .FRA

Rapport d'information sur le genre et la dépendance.

Paris : Assemblée nationale : 2011 : 77p.

Rapport d'information; 3920

Cote Irdes : en ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3920.pdf>

Ce rapport s'intéresse à la place et le rôle considérable des femmes dans les situations de vieillissement et de perte d'autonomie. La délégation s'est tournée principalement vers des acteurs de terrain, anonymes pour la plupart, qui œuvrent quotidiennement et de façon remarquable, dans la prise en charge des personnes âgées. Sans prétendre à l'exhaustivité, les 18 auditions qu'elle a menées ainsi que son déplacement au sein de deux institutions d'hébergement de personnes âgées lui ont cependant permis de vérifier la très grande variété des situations dans lesquelles se trouvent nos aînés. Au fil des auditions, l'importance de l'impact de la dépendance sur les femmes s'est clairement dévoilée : la dépendance touche majoritairement des femmes (I) et, dans la prise en charge de la dépendance, les femmes se voient assigner un rôle qu'elles n'ont pas plus que les hommes vocation à jouer et dont il est légitime de se demander pourquoi elles sont quasiment les seules à l'assumer (II). Face à ces constats, la délégation fait des recommandations pour tenter de trouver des solutions aux inégalités rencontrées par les femmes.

EHPAD

Home for the aged

49454

RAPPORT

BAZILLON (B.) / préf.

KPGM. Paris La Défense. FRA

Observatoire des EHPAD 2012.

Paris : KPGM : 2012 : 30p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-des-EHPAD-2012.pdf>

Afin de contribuer aux réflexions sur les évolutions et enjeux qui modifient la prise en charge des personnes dépendantes, les professionnels du réseau Economie Sociale et Solidaire de KPMG élaborent chaque année un observatoire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'objectif de l'observatoire EHPAD 2012 est de restituer et d'analyser les principaux ratios économiques et financiers caractéristiques de la gestion de ces structures : taux d'occupation, coût par résident, coût moyen du personnel par fonction, coût des locaux, coût de la restauration, etc. L'observatoire EHPAD 2012 a été conçu à partir de données portant sur l'exercice 2010, auprès de 169 établissements publics et Privés Non Lucratifs (PNL). Les EHPAD PNL regroupent les formes juridiques d'organismes gestionnaires suivantes : associations, fondations, mutuelles et congrégations.

49294

RAPPORT

CONNANGLE (S.)

Ministère du Travail - de la Solidarité et de la Fonction Publique. Secrétariat d'Etat chargé des Aînés. Paris. FRA

Réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées.

Paris : La Documentation française : 2011/12 : 72p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000706/0000.pdf>

Suite à une lettre de mission d'août 2010, Sylvain Connangle, directeur de l'EHPAD de la Madeleine à Bergerac, a remis au Secrétaire d'Etat aux solidarités et à la cohésion sociale un rapport visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées. Après avoir mis en avant les mécanismes des dysfonctionnements existants en matière d'évaluation (soutien méthodologique défectueux, manque de coordination avec les acteurs territoriaux, etc.), Ce rapport propose dix pistes de réflexion pour une amélioration de l'appropriation de l'évaluation. Parmi ses propositions : la construction d'outils de coordination gérontologique communs sur les territoires, la formation d'un personnel inter-médiaire visant l'aide à la réalisation du projet.

Etude d'ensemble Global study

49329

RAPPORT, INTERNET

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

Active ageing and solidarity between generations – A statistical portrait of the European Union 2012.

Vieillessement actif et solidarité entre générations. Un portrait statistique de l'Union Européenne 2012.

Luxembourg : Publications Office of the European Union : 2012 : 141p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF

This publication is divided into six chapters that draw on a wide selection of official statistics supplemented by opinion surveys and other sources. The first chapter provides

details in relation to population ageing: setting the scene as regards the dynamics of demographic change, detailing the past, present and (projected) future structure of the **EU's population. The remaining chapters** depict different stages and generations, as people move from the age groups in which employment is common (see Chapter 2) towards retirement and receiving a pension (see Chapter 3). One of the main concerns of many older persons is the increased possibility of becoming sick or frail in older age: Chapter 4 presents information in relation to the demand for healthcare services, as well as the budgetary implications facing governments as their populations continue to age. Once retired the spending patterns of older persons often change, both in terms of their levels of spending, as well as the types of goods and services that they purchase; the consumption **patterns of the 'silver economy' are covered** as part of Chapter 5, alongside aspects such as housing and living conditions. The publication closes with information relating to the active participation of older generations within society, with a particular focus on inter-generational issues; it also includes information on the leisure pursuits and social activities undertaken by older persons (see Chapter 6).

Filières de soins Healthcare organisations

49448
RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA

Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire.

Paris : ANAP : 2012 : 78p., tabl., cartes
Cote Irdes : en ligne

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Guide_Parcours_Pers_agees_Diagnostic.pdf

Cette publication repose sur le retour **d'expériences du projet piloté par l'ANAP et mené tout au long du premier semestre 2011** avec trois ARS (Agences régionales de santé) : Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Pays de la Loire. Aux côtés des équipes ARS et sur des territoires aux périmètres limités aux principaux acteurs du parcours de santé de la personne âgée amenés à se connaître et à travailler ensemble, ce projet a mobilisé : représentants des usagers, établissements et services de santé, médico-sociaux, professionnels du secteur ambulatoire, centres **locaux d'information et de coordination (CLIC)** et réseaux de santé, représentants de **l'Assurance maladie et des collectivités territoriales**. Toutes les grandes étapes du projet sont décrites : analyse populationnelle et **cartographie de l'offre de santé, analyse des parcours, définition des parcours appropriés et formalisation d'un plan d'actions d'amélioration pour le territoire.**

Gériatrie Geriatrics

49299
OUVRAGE

JEANDEL (C.) / coord.
Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (S.F.G.G.). Paris. FRA, Syndicat National de Gérontologie Clinique. (S.N.G.C.). Paris. FRA, Collège National des Enseignants de Gériatrie. (C.N.E.C.G.). Paris. FRA, Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD. (F.F.A.M.C.O.). Paris. FRA

Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011.

Paris : ESV Production : 2011 : 300p.
Cote Irdes : c, A4295

Cet ouvrage sur la gériatrie en France, initié par le Collège professionnel des gériatres français, est le fruit du travail des quatres

organisations nationales qu'il représente : la Société française de gériatrie et gérontologie, le Collège national des enseignants de gériatrie, le Syndicat national de gérontologie, clinique et de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD. Les contributions sont réunies autour des thématiques suivantes : les besoins de santé face au vieillissement de la population française, les réponses aux besoins de santé liés au vieillissement, le référentiel métier de la spécialité de gériatrie, résultats d'enquêtes réalisées par les Observatoires régionaux d'Aquitaine et de Bretagne (sur l'exercice quotidien du gériatre et sur ses activités) et les formations des gériatres.

Hébergement temporaire

Temporary housing

48728
RAPPORT

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

État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées.

Paris : CNSA : 2011/10 : 102p., tabl., cartes
Cote Irdes : En ligne
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_DosTech_Hebergement_tempo_web.pdf

L'hébergement temporaire est un mode d'accueil et d'accompagnement parmi un ensemble de dispositifs en développement (accueil de jour, services d'aide à domicile, accueil familial, formules de répit ou accueils conjoints aidants-aidés, plateformes de services et réseaux). En ce sens, il se situe dans une pluralité de réponses majoritairement orientées vers l'accompagnement au domicile. Il concerne autant les besoins et attentes des aidants que ceux des personnes accompagnées. **Durant une année, une place d'hébergement temporaire peut accueillir entre 5 et 8**

personnes. Afin de favoriser la diffusion de la **connaissance sur l'hébergement temporaire**, la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) restitue les travaux **d'un groupe associant des gestionnaires de structures, des représentants d'usagers et des décideurs. Ce rapport dresse un état des lieux de l'offre existante, souligne les apports de ce mode d'accueil et identifie les freins au développement de nouvelles structures, qui relèvent en partie des cadres juridiques actuellement en vigueur. Il s'intéresse aux points communs et aux points de divergence entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées.**

Politique du vieillissement

Ageing policy

49919
CHAPITRE, INTERNET
Cour des Comptes. Paris. FRA

La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents.

In : Rapport public annuel 2012 de la Cour des Comptes. 2ème partie : Suites données aux observations des juridictions financières. Paris : Cour des comptes : 2012/02 : 30p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/Sytemes_soins_personnes_agees.pdf

Le rapport annuel de la Cour des comptes 2012 comporte un chapitre sur la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins. Entre 2011 et 2050, la proportion des personnes de plus de 75 ans au sein de la population française pourrait passer de 9 % à plus de 15 %, soit de six millions à près de onze millions de personnes. Ce vieillissement constitue un enjeu essentiel pour le système de protection sociale, tout particulièrement en matière de retraites ou au regard des problématiques de dépendance. La prise en compte du grand âge suppose également des évolutions de notre système de soins pour

mieux accompagner des personnes particulièrement fragiles. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2003, la Cour avait ainsi formulé douze recommandations afin d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées. Elle préconisait notamment de : - développer les analyses épidémiologiques sur leur état de santé ; - mieux prendre en considération leurs besoins spécifiques dans les politiques de santé publique ; - mener une action forte de prévention des risques iatrogéniques liés à la prise de nombreux médicaments ; - renforcer la formation initiale et continue des médecins en gériatrie ; - mettre en place une filière spécifique pour leur prise en charge en urgence. Sur ces différents plans, le bilan réalisé huit ans plus tard par la Cour fait apparaître des avancées significatives, mais aussi l'ampleur des progrès encore nécessaires pour mieux prendre en compte la spécificité d'une population présentant souvent une poly-pathologie complexe.

Prestations dépendance Dependency allowances

49235
RAPPORT

MANTOVANI (J.), GARNUNG (M.), CAYLA (F.), FAHET (G.), DUCHIER (J.), MEMBRADO (M.)
Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Umr 1027. Toulouse. FRA
Ministère chargé des Affaires Sociales. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA, Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. FRA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.). Paris. FRA

Qualité de prise en oeuvre de l'APA à domicile : positionnements de gestionnaires, professionnels et

bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité.

Toulouse : ORS Midi-Pyrénées : 2011/05 : 121p., tabl., stat., graph., ann.
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.orsmip.org/tlc/documents/rapportfinalapa.pdf>

Cette démarche de " recherche-évaluation " se propose de participer à une réflexion sur la qualité de mise en oeuvre de l'APA à l'échelon départemental. Il s'agit aussi de préciser des critères de qualité avec des objectifs plus larges de démarche qualité plus mesurante, au regard des attendus initiaux de la formule : assurer le soutien à domicile aux personnes handicapées âgées ; préserver ou restaurer l'autonomie de la personne dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; maintenir ou développer les relations et activités sociales des personnes. Quatre volets ont été développés : analyse des données sur la base de données informatisées des bénéficiaires APA ; enquête par questionnaire réalisée auprès d'environ 1 500 bénéficiaires ; étude qualitative : 45 monographies de situations variées dans différents contextes d'habitat ; phase transversale d'échanges de partage des résultats avec les services compétents. La démarche a d'abord consisté à prendre la mesure de la diversité des situations des bénéficiaires (20 % de personnes classées en GIR 1 ou 2, 20 % en GIR 3, et 60 % en GIR 4 - catégorie particulièrement hétérogène-dans des contextes locaux très différenciés). Le dispositif APA apparaît souvent complexe, de compréhension difficile pour les plus vieux, leur famille (et différents professionnels). Sa mise en oeuvre reste très marquée encore de logiques assistancielles. Mais il suscite l'expression d'un bon niveau de satisfaction, dont la recherche permet de mieux comprendre autant les malentendus que les attendus sous-jacents, notamment en matière de prévention des risques.

Qualité de vie
Quality of life

48914

INTERNET, RAPPORT

BOUCHER CASTEL (L.), CHAUVIERE (M.),
DUPRAT (P.), ALAVOINE (L.)
Agence Nationale de l'Evaluation et de la
Qualité des Etablissements et Services Sociaux
et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.). Paris. FRA

**Revue de littérature sur la qualité de
vie en Ehpad: la qualité de vie en
Ehpad approchée à partir des
enquêtes statistiques françaises.**

Paris : ANESM : 2010/01 : 18p.

Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article589
&var_mode=calcul](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article589&var_mode=calcul)

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/4.revue_de
litterature_france_enquetes_quantitatives_version
_site.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/4.revue_de_litterature_france_enquetes_quantitatives_version_site.pdf)

Les éléments concourant à la qualité de vie de la personne accueillie en Ehpad se situent à quatre niveaux distincts et complémentaires. L'Anesm a donc conçu un programme spécifique Qualité de vie en Ehpad qui sera décliné à travers quatre recommandations, dont l'objectif est de promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents. Deux volets sont déjà disponibles : Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement ; Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne. Deux autres volets sont prévus : Volet 3 : La vie sociale des résidents (prévue pour fin 2011) ; Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie (prévue en 2012). Cette publication rassemble la revue de la littérature sur la qualité de vie approchée par les enquêtes françaises.

48911

RAPPORT

BOUCHER CASTEL (L.), CHAUVIERE (M.),
DUPRAT (P.), ALAVOINE (L.), Agence
Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des
Etablissements et Services Sociaux et Médico-
Sociaux. (A.N.E.S.M.). Paris.FRA

**Revue de littérature sur la qualité de
vie en Ehpad: une synthèse de la
littérature scientifique et un rapport
sur des recommandations nationales.**

Paris : A.N.E.S.M. : 2010 : 211p.

Cote Irdes : en ligne

Les éléments concourant à la qualité de vie de la personne accueillie en Ehpad se situent à quatre niveaux distincts et complémentaires. L'Anesm a donc conçu un programme spécifique Qualité de vie en Ehpad qui sera décliné à travers quatre recommandations, dont l'objectif est de promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents. Deux volets sont déjà disponibles : Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement ; Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne. Deux autres volets sont prévus : Volet 3 : La vie sociale des résidents (prévue pour fin 2011) ; Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie (prévue en 2012). Cette publication rassemble la revue de la littérature relative aux recommandations sur la qualité de vie.

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article589
&var_mode=calcul](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article589&var_mode=calcul)

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_revue
litterature_synthese_scientifique_rapport_recomm
andations_nationales_versionsite_mars2011.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_revue_litterature_synthese_scientifique_rapport_recommandations_nationales_versionsite_mars2011.pdf)

Retraite
Retirement

49115

DOCUMENT DE TRAVAIL

DENTON (F.T.), FINNIE (R.), SPENCER (B.G.)

McMaster University. Research Institute for Quantitative Studies on Economics and Population. (Q.S.E.P.). Hamilton ON. CAN

The Age Pattern of Retirement: A Comparison of Cohort Measures.

Modèle d'âge de départ à la retraite : mesures comparées à partir d'études de cohorte.

QSEP Research Report ; 446

Hamilton : McMaster University : 2011 : 20p., tabl. fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/qsep/p/qsep446.pdf>

Measures of retirement that take a cohort perspective are appealing since retirement patterns may change, and it would be useful to have consistent measures that would make it possible to compare retirement patterns over time and between countries or regions. We propose and implement two measures. One is based on administrative income tax records and relates to actual cohorts; the other is based on a time-series of cross sectional labour force surveys and relates to pseudo-cohorts. We conclude that while the tax-based observations for actual cohorts provide a richer data set for analysis, the estimated measures of retirement and transition from work to retirement based on the two data sets are quite similar.

47958

RAPPORT, INTERNET

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.). Paris. FRA

Réussir ensemble la retraite de demain.

Paris : CNAV : 2011 : 60p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBPri ncipale/Qui-Sommes-Nous/Accueil-Qui-Sommes->

[Nous/actu/Rapport-National-Activites-2010?packed args=null](#)

Disponible dans un format interactif sur le Web le rapport d'activité 2010 de l'Assurance retraite revient sur les axes stratégiques, faits marquants et chiffres-clés du premier régime de retraite français. En 2010, l'offre de service, l'une des priorités de la COG (Convention **d'objectifs et de gestion**) actuelle, s'est développée avec plusieurs nouveautés : le diagnostic conseil personnalisé destiné aux salariés, l'offre de conseil aux entreprises, le 3960, ainsi que la refonte complète de ses sites Internet. Enfin, le 1er juillet 2010, les quatorze CRAM (Caisses régionales **d'assurance maladie**) sont devenues les CARSAT, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Soins de longue durée
Long-term care

48971

OUVRAGE

COSTA-FONT (J.) / éd., COURBAGE (C.) / éd.

Financing long-term care in Europe : Institutions, markets and models.

Financement des soins de longue durée en Europe : Institutions, marchés et modèles.

New York : Palgrave Macmillan : 2011 : 13p.+341p., index

Cote Irdes : A4279

<http://www.palgrave.com/products/title.aspx?pid=406106>

The ageing of the European population brings new financial risks that call for state, market and societal responses. In 2011, the first baby-boom generation is turning 65, and forecasts predict that the size of the old-age population in need of long-term care will double in the next 50 years in Europe. However, how different countries are responding to the challenge of financing long-term care is still a question open to further examination,

including the role of market development, changing intergenerational contracts and especially the constraints of state intervention. Growing long-term care needs in several European countries as well as the reshaping of traditional modes of care-giving further increase the pressure for sustainable funding of more comprehensive long-term care systems. This book examines different forms of partnership and the potential cooperation of state, market and societal stakeholders. It not only offers a full understanding of the institutional responses and mechanisms in place for financing old age but also provides a deep analysis of both the demand and supply factors underpinning the development of financial instruments to cover long-term care needs in Europe.

48881

RAPPORT, INTERNET

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

The organisation of formal long-term care for the elderly: Results from the 21 European country studies in the ANCIEN Project.

L'organisation des soins formels de longue durée pour les personnes âgées : résultats des études menées dans 21 pays européens dans le cadre du projet ANCIEN.

Bruxelles : ENEPRI : 2011 : 25p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.ceps.eu/system/files/book/2011/11/RR%20No%2095%20_ANCIEN_%20Organisation%20of%20Formal%20LTC.pdf

This report investigates the organisation and provision of long-term care for the elderly population in 21 member states of the European Union, thus including both old as well as new member states. It highlights several aspects regulating long-term care systems, e.g. which level of government is responsible for regulation or for capacity-planning and how access to services is organised. It further elaborates on public and

private provision of services, and on the possibility of persons in need of care to choose between different care providers or different settings of care.

47652

RAPPORT, INTERNET

Observatoire Suisse de la Santé. (O.B.S.A.N.).
Neuchâtel. CHE

Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter : Aktualisierte Szenarien für die Schweiz.

La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée : Scénarios actualisés pour la Suisse.

Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé.
(O.B.S.A.N.) : 2011 : 135p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4341>

Cette publication présente et discute les tendances importantes et les développements les plus récents concernant le besoin en soins et les soins de longue durée. Les maladies de démence, qui représentent un défi de taille pour les soins des personnes âgées, sont notamment prises en considération. En résumé, cette publication souligne que l'avenir des soins des personnes âgées ne sera pas marqué uniquement par une augmentation du nombre de personnes tributaires de soins, mais que s'esquissent parallèlement des changements qualitatifs significatifs concernant les arrangements de soins ambulatoires-stationnaires et informels-formels.

Soutien à domicile
Home care

48536

DIPLOMES

BOURDON (E.), CHAUVET (R.), DELAVOIX (M.) et al.
PARAPONARIS (A.) / coord.
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
(E.H.E.S.P.). Rennes. FRA

La prise en charge des besoins d'aide des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en domicile ordinaire : quel partage entre aide formelle et informelle ?

Module interprofessionnel de santé publique - 2009. Groupe n°11
Rennes : EHESP : 2010 : 36p.
Cote Irdes : c, en ligne
http://ressources.ensp.fr/memoires/2009/mip/groupe_11.pdf

L'objet de ce rapport cible la prise en charge en domicile ordinaire et fait émerger la problématique suivante : comment articuler l'aide formelle et l'aide informelle afin de répondre de façon complémentaire aux besoins de la population concernée ? Pour répondre à cette interrogation, il a été procédé dans une première partie à l'analyse comparée des orientations politiques actuelles à l'échelle européenne. Cette analyse conduit nécessairement à l'étude des différents déterminants individuels et culturels, inhérents au partage entre aide formelle et informelle. Ces premiers constats critiques nous ont amenés, dans une seconde partie, à orienter notre réflexion sur la nécessaire mise en place de mesures de soutien aux acteurs de l'aide informelle. La mixité des aides aux personnes âgées en perte d'autonomie constitue l'une des perspectives centrales envisagées pour répondre aux défis majeurs liés à l'évolution de notre société.

Travail des séniors
Labor market for older workers

49250

CHAPITRE, INTERNET

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

Tendances en matière de retraite et d'activité pour les seniors dans les pays de l'OCDE. Suivi de : Aider les seniors à trouver et à conserver un emploi.

In : Panorama des pensions 2011.
Paris : OCDE : 2011 : 23p., tabl., graph., ann.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1607.pdf>

Ce document de travail reprend les chapitres 2 et 4 du rapport de l'OCDE sur les pensions de retraite 2011 en Europe. Le chapitre 2 examine le comportement des seniors sur le marché du travail, compare leur situation d'un pays à l'autre et analyse les changements intervenus dans le temps. Dans les années 70 et 80, on constatait une forte tendance au départ à la retraite anticipée. Toutefois, cette tendance a pris fin au milieu des années 90, et au cours des années 2000, le pourcentage des individus âgés de 50 à 64 ans qui étaient en activité a commencé à croître. Le chapitre 4 décrit divers obstacles auxquels sont confrontés les employeurs et les salariés et ce qui pourrait être fait pour y remédier. Les employeurs continuent d'avoir des préjugés liés à l'âge, en particulier en ce qui concerne la capacité des travailleurs seniors à s'adapter au changement. Une législation contre la discrimination liée à l'âge et des campagnes d'information ont porté leurs fruits dans quelques-uns des pays qui ont adopté ces politiques, mais pas dans tous, loin de là. Dans certains pays, les salariés âgés coûtent trop cher et la retraite anticipée est un moyen très commode d'ajuster les effectifs.

49249

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

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

Le point sur la situation d'emploi des seniors en Europe : analyse comparative des 27 Etats membres de l'Union européenne.

Paris : COR : 2011 : 23p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1606.pdf>

Ce document présente une vue d'ensemble de la situation et des évolutions de l'emploi des seniors en Europe. Après quelques éléments de cadrage sur la situation comparée des taux d'emploi totaux en introduction, la première partie de cette note est consacrée à l'évolution des taux d'emploi des seniors de 2000 à 2010, dans les pays d'Europe puis plus spécifiquement en France. La seconde partie présente des données sur les sorties de l'emploi, à partir notamment des travaux récents de l'OCDE.

48848

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

POLLAK (C.), SIRVEN (N.)

Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.).
Paris. FRA

The social economy of ageing : Job quality and pathways beyond the labour market in Europe.

L'économie sociale du vieillissement : qualité du travail et trajectoires au-delà du marché du travail en Europe.

CES Working Paper ; n° 2011.66

Paris : Centre d'économie de la Sorbonne : 2011 : 46p., tabl., fig.

Cote Irdes : R1851

<ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/CES2011/11066.pdf>

L'objet de cette publication est d'analyser les conséquences de la qualité du travail des seniors en Europe sur leur participation à des activités productives. En utilisant les données comparatives et longitudinales de l'enquête SHARE, ce document étudie les effets à moyen terme des conditions de travail des travailleurs âgés de 50 à 64 ans sur trois types d'activités

productives (maintien en emploi, participation à des activités sociales, aide informelle) à l'aide d'un probit trivarié. Les résultats révèlent que plusieurs aspects de la qualité du travail ont des effets non seulement sur le maintien en emploi, mais également sur la participation sociale. En revanche, aucun des indicateurs de qualité du travail considérés n'a d'impact sur l'implication dans les activités d'aide informelle, pour lesquelles le déterminant principal est le genre. Cependant, dans certains cas, on observe des arbitrages entre travail à temps plein et la fourniture d'aide. Ainsi, l'amélioration des conditions de travail et les aménagements de fin de carrière apparaissent comme un levier important pour favoriser le vieillissement actif.

Vieillesse démographique
Population ageing

48633

CONGRES

Centre d'Analyse Stratégique . (C.A.S.). Paris.
FRA, Fondation Konrad Adenauer. Paris. FRA

Le vieillissement des sociétés : un défi pour les politiques publiques. Regards croisés Allemagne - France.

Actes de colloque : Paris, 2011/06/29

Paris : C.A.S. : 2011 : 29p.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/content/actes-du-colloque-le-vieillesse-des-societes-un-defi-pour-les-politiques-publiques>

Les sociétés française et allemande font face au défi du vieillissement de leur population, bien que différemment, étant donné leurs caractéristiques démographiques. L'objectif de ce colloque était d'apporter un éclairage renouvelé sur les mutations des grands équilibres financiers, économiques et sociaux liés à ce défi et les leçons à en tirer concrètement.

Inégalités de santé/Health inequalities

Agriculteurs Farmers

48494

RAPPORT, INTERNET

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

Enquête Agrican : premiers résultats.

Bagnolet : C.C.M.S.A. : 2011/06 : 20p., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1316419253458_ENQUETE_AGRICAN_2011.pdf

Selon les premiers résultats de l'enquête Agrican (AGRIculture et CANcer) menée sur la santé en milieu agricole à l'initiative de la Mutualité sociale agricole (MSA), la santé des salariés et des exploitants agricoles est meilleure que celle du reste de la population française. Ainsi, les agriculteurs ont une plus grande espérance de vie. Les hommes et les femmes suivis ont respectivement moins de risque de décéder d'une maladie Alzheimer ou de Parkinson (-31 % et -36 %), d'un infarctus ou d'un accident vasculaire cérébral (-29 % et -23 %) ou d'une maladie respiratoire (-34 % et -36 %). De même, le risque de cancer, selon l'étude, est moins élevé dans cette population, en particulier, pour les cancers liés au tabagisme. En revanche, on note une légère surmortalité pour les mélanomes malins de la peau (+1 % chez les hommes et +6 % chez les femmes). Ce résultat s'explique par le travail en plein air des travailleurs agricoles, exploitants et salariés mais aussi par leur exposition plus forte aux pesticides. Enfin, à noter chez les femmes, une tendance à une surmortalité est aussi observée pour les cancers de l'oesophage (+8 %), de l'estomac (+5 %) et du sang (+2 %). L'enquête AGRICAN suit une cohorte de 180 000 assurés agricoles actifs et retraités sur douze départements représentatifs des activités agricoles de la France métropolitaine : Calvados, Côte d'or, Doubs, Gironde, Isère,

Loire-Atlantique, Manche, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Somme, Tarn et Vendée.

Effets contextuels

Neighbourhood effects

48745

INTERNET, RAPPORT

KIM (D.), BAUM (C.F.), GANZ (M.) et al. Harvard School of Public Health. Department of Society Human Development and Health. Boston MA. USA

The contextual effects of social capital on health: a cross-national instrumental variable analysis.

Les effets contextuels du capital social sur la santé : une analyse internationale à variables instrumentales.

Boston : Harvard School of Public Health : 2011 : 36p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://fmwww.bc.edu/EC-P/WP786.pdf>

Past observational studies of the associations of area-level/contextual social capital with health have revealed conflicting findings. However, interpreting this rapidly growing literature is difficult because estimates using conventional regression are prone to major sources of bias including residual confounding and reverse causation. Instrumental variable (IV) analysis can reduce such bias. Using data on up to 167,344 adults in 64 nations in the European and World Values Surveys and applying IV and ordinary least squares (OLS) regression, we estimated the contextual effects of country-level social trust on individual self-rated health. We further explored whether these associations varied by gender and individual levels of trust. Using OLS regression, we found higher average country-level trust to be associated with better self-rated health in both women (beta=0.051, 95%

confidence interval 0.011 to 0.091, $P=0.01$) and men ($\beta=0.038$, 0.0002 to 0.077, $P=0.049$). IV analysis yielded qualitatively similar results, although the estimates were more than double in size (in women, using country population density and corruption as instruments: $\beta=0.119$, 0.028 to 0.209, $P=0.005$; in men: $\beta=0.115$, 0.025 to 0.204, $P=0.01$). The estimated health effects of raising the percentage of a country's population that trusts others by 10 percentage points were at least as large as the estimated health effects of an individual developing trust in others. These findings were robust to alternative model specifications and instruments. Conventional regression and to a lesser extent IV analysis suggested that these associations are more salient in women and in women reporting social trust. In a large cross-national study, our findings, including those using instrumental variables, support the presence of beneficial effects of higher country-level trust on self-rated health. Past findings for contextual social capital using traditional regression may have underestimated the true associations. Given the close linkages between self-rated health and all-cause mortality, the public health gains from raising social capital within countries may be large.

Inégalités sociales de santé Social health inequalities

49514

RAPPORT, INTERNET

MILTON (B.) / éd., MOONAN (M.) / éd.,
TAYLOR-ROBINSON (D.) / éd., et al.

University of Liverpool. WHO Collaborating
Centre for Policy Research on Social
Determinants of Health. Liverpool. GBR

***How can the health equity impact of
universal policies be evaluated?
Insights into approaches and next
steps.***

*Dans quelle mesure l'impact des politiques
universelles en matière d'équité en santé*

***peuvent elles être évaluées ? Aperçu des
approches et prochaines étapes.***

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe :
2011 : 55p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf

Taking population level action on the wider social determinants of health in efforts to reduce health inequities is an international public health imperative. However, an important barrier to action is the perceived lack of evidence about what works to reduce health inequities. This is particularly evident in relation to universal welfare policies, which can have profound effects on health inequities, both positive and negative in nature. Because universal policies are usually applied to whole populations, and are often complex in nature with long causal chains, this precludes a true experimental design, and other approaches to evaluation are required. This report presents arguments and case studies from an expert group meeting convened to clarify the importance and challenges of evaluating universal policies, and to outline potential approaches to assessing the impact of universal policies on health inequities. The report also identifies key research and policy questions that need evaluating as a matter of priority, and sets the agenda for partnership working to develop these methods further.

49311

DOCUMENT DE TRAVAIL

CUTLER (D.M.), LLERAS-MUNEY (A.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Education and Health: Insights from
International Comparisons***

***Education et santé : éclairages à partir de
comparaisons internationales.***

NBER Working Paper Series ; n° 17738

Cambridge : NBER : 2012/01 : 30p., tabl., fig.+
annexes

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17738>

This review synthesizes what is known about
the relationship between education and health.

A large number of studies from both rich and poor countries show that education is associated with better health. While previous work has thought of the effect of education separately for rich and poor countries, we argue that there are insights to be gained by integrating the two. For example, education is associated with lower malnutrition in most countries, but in richer countries the educated have lower BMIs whereas in poor countries the educated have higher BMIs. This suggests that the behaviors associated with better health differ depending on the level of development. This paper illustrates this approach by comparing the effects of education on various health and health behaviors around the world, to generate hypotheses about why education is so often (but not always) predictive of health. Finally, it reviews the empirical evidence on the relationship between education and health, paying particular attention to causal evidence and evidence on mechanisms linking education to better health.

49245
RAPPORT

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

Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins.

Paris : HCAAM : 2011/12 : 182p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.securite-sociale.fr/Rapport-annuel-2011-Mieux-evaluer-la-dépense-publique-d-assurance-maladie-l-ONDAM-et-la-mesure>

Ce rapport, adopté le 15 décembre 2011, comporte une prise de position sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), à partir d'une étude qui aborde l'ensemble des enjeux associés à cet objectif, ainsi que la question des Objectifs régionaux (ORDAM) ; une prise de position sur l'accessibilité financière des soins et la question du " reste à charge " en matière de santé, à partir de données originales produites par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les deux premiers volets du " Tableau

de bord " annuel du HCAAM, portant respectivement sur l'accessibilité financière des soins et sur la situation financière de l'assurance maladie. Ce document comprend aussi une note de la Direction de recherche – de l'évaluation, des études et des Statistiques (DREES), qui fera l'objet de compléments. Dès qu'ils seront intégrés, une version définitive du rapport annuel 2011 du HCAAM sera mise en ligne.

49148
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
MCGOVERN (M.E.)
University College Dublin. School of Economics. Belfield. IRL

Still Unequal at Birth - Birth Weight, Socioeconomic Status and Outcomes at Age 9

Toujours inégal à la naissance - poids à la naissance, statut socio-économique et les résultats à l'âge de 9 ans.

Belfield : University College Dublin : 2011 : 25p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ideas.repec.org/p/ucn/wpaper/201125.html>

Birth weight is an important aspect of public health which has been linked to increased risk of infant death, increased cost of care, and a range of later life outcomes. Using data from a new Irish cohort study, this study documents the relationship between birth weight and socioeconomic status. A strong association with maternal education does not appear to be due to the timing of birth or complications during pregnancy, even controlling for a wide range of background characteristics. However, results do suggest intergenerational persistence in the transmission of poor early life conditions. A comparison with the UK Millennium Cohort Study reveals similar social gradients in both countries. Birth weight predicts a number of outcomes at age 9, including test scores, hospital stays and health. An advantage of the data is that I am able to control for a number of typically unmeasured variables. I determine whether parental investments as measured by the quality of interaction with the child, parenting style, or

school quality mediate the association between birth weight and later indicators. For test scores, there is evidence of non-linearity. Boys are more adversely affected than girls, and I find that the effects of low birth weight (<2,500g) are particularly strong. I also consider whether there are heterogeneous effects by ability using quantile regression. These results are consistent with a literature which finds that there is a causal relationship between early life conditions and later outcomes.

49080

RAPPORT

LOPEZ (A.), MOLEUX (M.), SCHAETZEL (F.), SCOTTON (C.)

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

Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.

Paris : IGAS : 2011 : 204p., annexe
Cote Irdes : C, B7086

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf>

Adossé au premier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les inégalités sociales de santé et ses déterminants sociaux, ce rapport vise à appliquer les constats de ce rapport général au cas précis de l'enfance et à analyser dans quelle mesure la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités de santé modifierait les politiques publiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

49079

RAPPORT

MOLEUX (M.), SCHAETZEL (F.), SCOTTON (C.)

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

Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action.

Paris : IGAS : 2011 : 120p.
Cote Irdes : C, B7085

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>

En France, l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : un bon état de santé moyen, mais des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie. Ce rapport a pour objet l'analyse des déterminants de santé et la proposition de pistes pour réduire les inégalités sociales de santé et s'inscrit dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de santé publique, dont la réduction des inégalités sociales de santé devrait constituer un axe structurant.

48923

INTERNET, RAPPORT

MARMOT (M.) / préf.

British Medical Association. (B.M.A.). Londres. GBR

Social Determinants of Health : What Doctors Can Do ?

Déterminants sociaux de la santé : que peuvent faire les médecins ?

Londres : British Medical Association : 2011 : 28p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.bma.org.uk/images/socialdeterminantshealth_tcm41-209805.pdf

Doctors worldwide recognise the importance of health inequalities. Historically many considered the main reason to be lesser access to health care, and concentrated on improving access. They now know this is only part of the picture. Today they are increasingly aware of the social gradient and its impact, as well as the impact this should have on the targeting of care and ill health prevention. They recognise that health inequalities are related to structural determinants such as age, income, education, occupation, gender, ethnicity and place of residence. Many feel unable to make effective changes to any of these for their patients and their communities and are often frustrated by their inability to make a difference. Such despondency is unnecessary as there is much that is already being done, and can be built on, by doctors and their teams. In England health

and life expectancy are steadily improving, but the poorest, the lowest socio-economic groups, are improving the least and differences across the gradient are increasing; doctors are seeking ways to reduce the gradient. The magnitude of the social gradient in health is not fixed; it varies between countries and, indeed, within regions in Britain. Such variation shows that, in principle, it should be possible to attain the level of the best. While gradients between countries are not the major focus of this report they do need attention. It is worthy of note that the social gradient exists in all countries, even the poorest, but the slope of the gradient and therefore the scale of inequalities is amenable to action. This paper will set out, very briefly, some of the evidence and examples of actions that doctors can take to affect the social determinants of health and reduce the social gradient. We hope that doctors will use the examples in this report to effect change themselves. We recognise that not every doctor has the opportunity to change the social determinants of health throughout the life course of individual patients and have thus included other ways in which they can make a difference, as doctors working as community leaders.

48509

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

LAVEIST (T.), GASKIN (D.), TRUJILLO (A.J.)
Joint Center for Political and Economic
Studies. (J.C.P.E.C.). Washington DC. USA

***Segregated Spaces, Risky Places:
The Effects of Racial Segregation on
Health Inequalities.***

*Espaces distincts, lieux à risque: Les effets
de la ségrégation raciale sur les inégalités
de santé.*

Washington : Joint Center for Political and
Economic Studies : 2011 : 40p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.jointcenter.org/sites/default/files/uploads/research/files/Segregated%20Spaces-web.pdf>

This research report highlights the effects of place on health and health inequities. It outlines the existing evidence of residential segregation's effect on health, and it extends

upon existing literature by examining the relationship between segregation and health inequities using the latest federal Census and health data. What the report finds is striking. Using infant mortality as a measure of population health, the authors find that although residential segregation is decreasing, the relationship between segregation and infant mortality disparities appears to have intensified in recent years. Government at all levels can improve health opportunities by stimulating public and private investment to help make all communities healthier. We can do so by creating incentives to improve neighborhood food options, by aggressively addressing environmental degradation, and by de-concentrating poverty from inner-cities and rural areas through smart housing and transportation policy.

48205

RAPPORT, INTERNET

Public Health Agency of Canada. (P.H.A.C.).
Health Promotion and Chronic Disease
Prevention Branch. Strategic Initiatives and
Innovations Directorate. Canadian Reference
Group on Social Determinants of Health.
(C.R.G.). Ottawa ON. CAN

***Communicating the Social
Determinants of Health : Scoping
Paper.***

*Communiquer sur les déterminants sociaux
de la santé : document de cadrage.*

Ottawa : Public Health Agency of Canada - Agence
de la santé publique du Canada : 2011 : 36p., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cphknowledgecentre.ca/uploads/user_323950617288/SDH%20Scoping%20Paper%20%20FINAL%20with%20EX%20SUMM%20-%2025April2011.pdf

Barriers to media coverage of the Social Determinants of Health must be overcome, including a lack of knowledge of the concepts, a perceived difficulty in telling stories that capture the social determinants in tangible, measurable terms, and the perception that the social determinants are not new and therefore not newsworthy. Media have also expressed concern over stigmatizing the poor,

unemployed, and less educated in society through reporting on SDH research. Constraints on advocacy activity among public health practitioners may also hinder support among this important audience. Some have suggested that public consultation in health issues amounts to little more than tokenism, as policy-makers are under heavy pressure to achieve specific national policy targets, and may feel that community involvement slows the process down and results in a loss of control. Comprehensible communications strategies are required to gain traction towards implementing a SDH approach

Enfants Children

49183

DOCUMENT DE TRAVAIL

RUHM (C.), WALDFOGEL (J.)

Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Long-Term Effects of Early Childhood Care and Education.

Les effets sur le long terme des soins et de l'éducation dispensés dans la petite enfance.

IZA Working Paper; 6149

Bonn : IZA : 2011/11 : 25p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp6149.pdf>

This paper critically reviews what we know about the long-term effects of parental leave and early childhood education programs. We find only limited evidence that expansions of parental leave durations improved long-run educational or labor market outcomes of the children whose parents were affected by them, perhaps because benefits are hard to measure or confined to sub-groups, or because leave entitlements were sufficiently long, even before recent extensions, to yield most potential benefits. By contrast, expansions of early education generally yield benefits at school entry, adolescence, and for adults, particularly

for disadvantaged children; however the gains may be less pronounced when high quality subsidized child care was available prior to the program expansion or when subsidies increased the use of low quality care.

Migrants Migrants

49432

CHAPITRE

FLEUREL (S.) / dir., HOYEZ (A.C.) / dir.,
CURTIS (S.E.) / préf.

Santé, bien-être et population immigrée en France et en Grande-Bretagne : groupe de travail franco-britannique sur les migrations, la santé et le bien-être.

Santé et géographie : nouveaux regards.

Paris : Economica : 2011 : 127-152

Cote Irdes : c, A4306

<http://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/sante-et-geographie-9782717860986?PHPSESSID>

Ce chapitre propose un état de l'art sur les principaux thèmes qui entrent dans l'étude des liens entre migrations et santé, tels qu'ils ont été abordés et discutés lors d'une série de séminaires pluridisciplinaires en 2006-2007 (Programme : Migration, health and wellbeing: comparative perspectives from Britain and France).

49059

RAPPORT, INTERNET

INGLEBY (D.)

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

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

Comment les systèmes de santé peuvent aplanir les inégalités de santé liées à la migration et l'ethnicité.

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe :
2010 : 44p., ill.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf

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

Non-recours Non take-up

49126

INTERNET, RAPPORT

CHAUVEAU (C.), VIAL (B.), WARRIN (P.),
ALVAREZ (S.), GALLET (M.A.), LAFORGUE
(D.)

GUCHER (C.) / dir.

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

Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et « qualité de l'aide à domicile ».

Grenoble : Odenore : 2011 : 2 vol. (139p + 157p.),
ann.

Cote Irdes : En ligne

[http://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport
final_partie1.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_partie1.pdf)

En ce qui concerne le lieu de vie des personnes âgées, deux tendances contraires s'expriment aujourd'hui : jusqu'à 85 ans le maintien à domicile est pratiquement généralisé alors qu'au contraire à partir de cet âge, l'institutionnalisation s'est fortement développée puisque ce sont 10 % de cette population qui vivent en institution. (INSEE, 2005). Ces éléments rendent donc essentiel le questionnement portant sur l'adéquation de l'offre de services à domicile avec les attentes et les besoins des populations concernées. S'appuyant sur les résultats d'enquêtes et d'entretiens auprès des professionnels, ce rapport analyse, dans un premier temps, les différentes définitions de la qualité et leurs formes de production, selon les positions d'acteurs. On voit ainsi se dessiner une opposition entre les éléments de qualité prescrite et les éléments de qualité mise en pratique par les professionnels du quotidien. Une autre tension se dessine également entre la qualité définie a priori de façon exogène et la qualité vécue par les usagers. Au terme de cette partie, il est possible de vérifier les disjonctions existantes entre les différentes définitions et les désajustements essentiels entre les déterminants de la qualité de vie et ceux de la qualité de service. Dans un deuxième temps, ce document analyse les phénomènes de non recours et de non adhésion et met en évidence, du côté des bénéficiaires de l'aide à domicile, des logiques d'engagement (au sens goffmanien) là encore contradictoires, susceptibles de rendre compte de formes de non-recours ou de non-adhésion de leur part. En effet, si les personnes âgées reconnaissent avoir besoin de cette aide institutionnelle, compte tenu de difficultés temporaires ou durables, il leur est toutefois difficile de s'en tenir à une définition de Soi en tant qu'individu vulnérable et dépendant d'autrui et d'admettre la pertinence de prestations définies à distance de leurs préoccupations. Ces tensions identitaires peuvent conduire certaines d'entre elles à rejeter / à contester / à résister à des formes d'aide à domicile.

49124

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

WARRIN (P.)

Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA, Institut d'Etudes Politiques. (I.E.P.S.). Grenoble. FRA, Association Française de Sociologie. (A.F.S.). Grenoble. FRA

Le non-recours aux droits comme question publique : innovations dans la production des politiques sociales.

AFS-RT6 Working Paper.

Grenoble : Odenore : 2011/10 : 18p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rt6-afs.org/IMG/pdf_WP2011-2Warin.pdf

La question du non-recours aux prestations sociales a été importée en France au milieu des années 1990. Les difficultés d'accès aux minima sociaux ont été le principal déclencheur alors que la lutte contre la pauvreté et les exclusions sociales était mise en avant sur la scène politique. Sans rappeler ici l'origine parfois ancienne du thème du non-recours dans différents pays², notons simplement que depuis le début des années 2000 il se propage en France du côté des acteurs nationaux ou locaux des politiques sociales : administrations, organismes de Sécurité sociale, collectivités territoriales ou institutions. En l'espace de quelques années le non-recours est remarqué en tant que réalité à mesurer, analyser et traiter. Les prestations sociales légales (notamment sous condition de ressources), mais aussi les prestations extralégales, l'aide sociale et les dispositifs d'accompagnement sont pris en compte, en même temps que ce thème s'ouvre à des questionnements sur l'accès à la santé, aux transports, aux loisirs, au logement, à la justice, etc. Sa diffusion apparaît fortement liée aux enjeux évaluatifs qui lui sont attribués ; c'est vrai en France comme ce fût le cas dès l'origine en Grande-Bretagne³. Au-delà de ce rappel (I), il s'agit de présenter et de classer les actions mises en oeuvre aujourd'hui pour réduire ou prévenir le non-recours. Deux grandes logiques d'action apparaissent : l'une s'inscrit dans un rapport inchangé aux destinataires de l'offre publique de droits et de services ; l'autre, au contraire, cherche plutôt à le transformer (II). Tout dépend en particulier

du type de non-recours pris en compte en priorité. De ce point de vue, la typologie explicative comprenant trois principales formes de non-recours distingue d'autant mieux les choix des acteurs que ceux-ci la reprennent à leur compte, comme ils puisent dans les travaux d'étude et de recherche produits sur le sujet pour expliquer et justifier leurs actions en la matière. En particulier, le non-recours par « non connaissance » de l'offre et celui par « non demande » retiennent plus particulièrement l'attention. Ils permettent d'opérationnaliser, l'un, la question de l'effectivité des politiques, l'autre, celle de leur pertinence. Au total, l'émergence du thème du non-recours donne lieu à des innovations dans la production des politiques publiques : elle peut introduire des aménagements dans les fonctionnements existants ou bien les prémisses de changements en profondeur dans les rapports avec les destinataires de l'offre publique (III).

49122

INTERNET, DIPLOMES

VIAL (B.)

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

Mesurer le non-recours : problème politique et question scientifique.

Mémoire de stage. Dipôme de l'IEP de Grenoble. Master 2 Spécialisé " Progis, Etudes d'Opinion et de Marché ".

Grenoble : Odenore : 2010/10 : 59 p.

Cote Irdes : En ligne

Le non-recours aux droits et services est un phénomène peu connu mais parfois très étendu pour certaines offres publiques. Ce mémoire cherche à appréhender les enjeux politiques et les écueils méthodologiques de la mesure de cette réalité aux multiples facettes. De la création de la donnée à son instrumentation, il analyse les potentialités et les limites des solutions empiriques possibles. Savoir mesurer c'est d'abord bien savoir ce que l'on mesure. Il montre ainsi en quoi une quantification pertinente du non-recours dépend d'une qualification fine et précise du

phénomène. À ce titre, il souligne les intérêts méthodologiques de l'approche locale du non-recours.

Pauvreté Poverty

49150
RAPPORT, INTERNET

Conseil National de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale. (C.N.L.E.). Paris. FRA

Avis du CNLE sur le 3^e rapport du gouvernement relatif à l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans.

Paris : CNLE : 2011 : 4p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.cnle.gouv.fr/bleu-marine-Dans-une-conference-de>

Réagissant au troisième rapport gouvernemental sur le suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans, transmis au Parlement en octobre dernier, le Conseil national de lutte contre l'exclusion et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale expriment en commun leur inquiétude sur l'efficacité des mesures mises en place et appellent à une réévaluation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le constat est sévère car " même sans la crise, l'objectif de baisse de 33 % de la pauvreté n'aurait pu être atteint ". Les deux organismes mettent en avant les évolutions défavorables de la grande majorité des indicateurs constitutifs du tableau de bord gouvernemental excepté le taux de pauvreté ancré dans le temps qui ne traduit pas la réalité sociale et doit être supprimé. Dans le même temps, ils s'inquiètent des impasses et des limites de certains dispositifs (RSA, DALO, accès aux soins...). Le CNLE et l'ONPES font part, dans leur avis respectifs, de leurs recommandations qui ont été transmises aux membres du gouvernement et seront envoyées aux différents partis politiques en vue de la campagne présidentielle. Parmi leurs

préconisations, les deux organismes plaident pour la réactivation du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE), prévu par la loi du 29 juillet 1998, afin de " relancer la mobilisation de tous les acteurs publics concernés par cet objectif et de mener une politique transversale pour agir de façon concertée ". Ils recommandent également une revalorisation de 25 % du RSA socle, le plus rapidement possible et au plus tard durant le prochain quinquennat, et un accès sans condition au RSA jeunes, ainsi qu'une mobilisation sans précédent en faveur de l'emploi des jeunes. Estimant que plus que jamais, le système de protection sociale se doit de garantir les droits de tous, et en particulier des personnes les plus fragiles et les plus exclues, le CNLE et l'ONPES soulignent le besoin urgent d'élaborer un plan d'action quinquennal, coordonné et multi partenarial. Cet avis présente les recommandations du CNLE.

49063
RAPPORT, INTERNET

KOLLER (T.)
World Health Organization. (W.H.O.).
Regional Office for Europe. Copenhagen. DNK,
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen.
DNK

Rural poverty and health systems in the WHO European region.

Systèmes de santé et pauvreté des zones rurales dans la Région européenne de l'OMS

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe :
2010 : 40p., ill.
Cote Irdes : C, en ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/130726/e94659.pdf

Globally, poverty tends to have a rural face. In disadvantaged rural areas, the drivers of poverty are also the drivers of ill health. The health system, a determinant of health, is often not sufficiently equipped in rural areas to respond to the needs of the population, contributing to rural-urban health inequities. This short analysis of rural poverty and health systems in the WHO European Region is divided into four main sections: rural poverty

in the Region; selected social determinants of health in disadvantaged rural areas; differences in health system performance and health between rural and urban areas; and the implications for health systems. This briefing is a follow-up to key European resolutions, charters and communications on how to reduce health inequities (**Résumé d'éditeur**).

49060

RAPPORT, INTERNET

KOLLER (T.)

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

Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region.

Pauvreté, exclusion sociale et systèmes de santé dans les pays de la Région Europe de l'OMS

Copenhagen : WHO Regional Office for Europe : 2010 : 40p., ill.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/127525/e94499.pdf

Poverty and social exclusion are driving forces behind the health inequities experienced by millions of people across the WHO European Region. This briefing explores the relationship between poverty, social exclusion and health and what health systems can do to respond. It is divided into three sections. The first provides background on inequality, poverty and social exclusion in relation to health inequities and discusses the impact of the financial crisis and economic downturn in the Region. The second describes what health systems can do to meet the needs of populations experiencing poverty and social exclusion. The third presents a non-exhaustive list of actions for health system stakeholders to carry out (**Résumé d'éditeur**).

Prisonniers

Prisoners

49717

OUVRAGE

ROBLES (A.G.) / préf.

Observatoire International des Prisons.
(O.I.P.). Paris. FRA

Les conditions de détention en France : rapport 2011.

Paris : Editions de la Découverte : 2011 : 336p.

Cote Irdes : A4324

<http://www.oip.org/index.php/component/k2/item/968-le-rapport-les-conditions-de-d%C3%A9tention-en-france-loutil-pour-savoir-et-faire-savoir>

Cet ouvrage, qui couvre une période de cinq ans (2005-2011), fournit les clés pour comprendre les tenants et aboutissants du scandale persistant du système carcéral français. A l'aune d'enquêtes qu'il réalise dans les prisons, et d'observations cumulées par de nombreux acteurs, institutions, et chercheurs, l'OIP dresse dans cet ouvrage, un état des lieux des différentes dimensions de la vie et du travail derrière les murs. Des dispositifs de sécurité s'inscrivant dans une logique de coercition plus que de prévention, aux possibilités d'accès aux soins somatiques et psychiatriques, en passant par le travail des détenus, les contacts avec leurs proches et leurs possibilités d'expression, une véritable radiographie de la prison est mise à disposition de tous. Elle témoigne d'un mode de sanction plus contre-productif que réparateur, invitant à revisiter autant nos représentations des auteurs d'infraction que de la réponse pénale et sociale. Cette édition 2011 vise à devenir un document de référence du débat public sur la prison et la réponse pénale dans les années à venir (Extrait de la 4e de couverture.).

Géographie de santé/Geography of health

Démographie médicale Medical demography

48936

RAPPORT, INTERNET, ATLAS

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

Atlas régionaux de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011.

Paris : CNOM : 2011 : 210p., tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/presentation-871>

Dans sa 2e édition des Atlas régionaux, l'Ordre national des Médecins offre une analyse fine des données démographiques à l'échelle des bassins de vie. Elle constitue un véritable outil de pilotage pour les élus ordinaires et les décideurs locaux dans leur politique d'accès aux soins. L'analyse des flux migratoires permet d'identifier les régions qui conservent le mieux les médecins qu'elles ont formés, et de mesurer leur attractivité. Cette année, les Atlas régionaux distinguent, pour chaque spécialité, le mode d'exercice des médecins en exercice régulier ainsi que le mode d'exercice des médecins nouvellement inscrits permettant une évolution prévisible à court terme. Ainsi, on peut observer que moins d'un médecin sur dix nouvellement inscrit au tableau de l'Ordre se tourne vers une activité libérale. Ces atlas sont accompagnés d'une présentation générale.

Ile-de-France Ile-de-France

49136

RAPPORT

MARTELLI-BANEGAS (D.), DESREUMAUX (M.), ESPINASSE (C.)
Agence Régionale de la Santé d'Ile de France.
(A.R.S.). Paris. FRA

Les Franciliens et le système de santé en Ile-de-France.

Paris : ARS : 2011 : 17p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/ForumSanteCitoyen/Note HI- ARS Les Franciliens et le systeme_de_sante_en_Ile-deFrance.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/ForumSanteCitoyen/Note_HI-ARS_Les_Franciliens_et_le_systeme_de_sante_en_Ile-deFrance.pdf)

[http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/ForumSanteCitoyen/1er Rapport HI ARS Les Franciliens et le s_ysteme de sante en Ile-de-France.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/ForumSanteCitoyen/1er_Rapport_HI_ARS_Les_Franciliens_et_le_systeme_de_sante_en_Ile-de-France.pdf)

Ce rapport rassemble les résultats d'une enquête réalisée par l'Agence régionale de la santé d'Ile-de-France sur " Les Franciliens et le système de santé en Ile-de-France ", résultats présentés lors du Premier Forum santé citoyen. Globalement, 80 % des personnes interrogées se disent satisfaites de la qualité des soins dans la région. A contrario, 7 franciliens sur 10 se déclarent insatisfaits des délais pour obtenir un rendez-vous auprès d'un professionnel ou d'un établissement de santé. Enfin, 4 personnes interrogées sur 10 déclarent avoir renoncé à des soins, dans 59 % des cas pour des raisons financières, mais aussi en raison de délais d'attente trop long (30 % des réponses). Une note détaillée accompagne ce rapport.

48960

RAPPORT, INTERNET

MANGENEY (C.)

CHRISTOPANOS (P.) / collab., PRAZNOCY

(C.) /collab.

Institut d'Aménagement et d'Urbanisme Ile de France. (I.A.U.). Paris. FRA

La mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France. Phase 1.

Paris : Institut d'Aménagement et d'Urbanisme

Ile-de-France. : 2011/09 : 41p., tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude>

[855/Redac_acces_soins.pdf](http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude)

L'objet de l'étude consiste à mesurer l'accessibilité des Franciliens à un bouquet d'offre de médecins de premier recours, à savoir les généralistes (omnipraticiens) libéraux, les gynécologues, pédiatres, ophtalmologues et dentistes libéraux, les centres de santé médicaux, dentaires ou polyvalents. La présente étude tente d'apporter un éclairage à la question de l'équité d'accès aux médecins de premier recours, à partir de la mise en comparaison de deux informations spatialisées : la répartition de la population sur le territoire francilien d'une part, la répartition des médecins sur ce même territoire d'autre part. L'idée étant de mettre en lumière le « panel » de médecins auquel ont potentiellement accès les différents types de populations (caractérisés par l'âge, les niveaux de revenus, la densité urbaine de la commune, les caractéristiques du quartier, ...). Ces équipements et services étant des services de proximité, une méthodologie spécifique a dû être mise en œuvre pour construire une matrice d'informations à un niveau géographique fin. Les résultats de cette étude montrent que les inégalités d'accès reposent largement sur des facteurs associés aux niveaux de centralité et de densité urbaine et dans une moindre mesure sur des facteurs associés aux caractéristiques sociales. Ces résultats statistiques seront confrontés aux réalités et aux ressentis de terrain dans une seconde phase de l'étude, menée conjointement par l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme et l'ORS (Observatoire Régional de santé).

Languedoc-Roussillon

Languedoc-Roussillon

48908

RAPPORT, INTERNET

ORTIZ (J.P.), RAYNAUD (J.)

Union Régionale des Professions de Santé.

(U.R.P.S.). Montpellier. FRA

Agence Régionale de Santé Languedoc-

Roussillon. (A.R.S.). Montpellier. FRA

Les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon : présentation synthétique des résultats de l'enquête réalisée auprès de 1006 personnes en juin 2011.

Montpellier : URPS : 2011 : 34p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_enquete_nov2011.pdf)

[pratiques/enquetes_documentation/URPS](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_enquete_nov2011.pdf)

[medecins_enquete_nov2011.pdf](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_enquete_nov2011.pdf)

[http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf)

[pratiques/enquetes_documentation/URPS](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf)

[medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf)

[medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf)

[medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf](http://www.languedocroussillon.paps.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/PAPS/info_pratiques/enquetes_documentation/URPS_medecins_synthese_enquete_nov2011.pdf)

L'Union régionale des professions de santé (URPS) du Languedoc-Roussillon a réalisé une enquête téléphonique en collaboration avec le CSA auprès de 1006 habitants sur les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon. Les résultats montrent que la principale difficulté pour consulter un médecin généraliste est le temps d'attente en cabinet (15%). En ce qui concerne les médecins spécialistes la principale difficulté pour consulter est le délai d'obtention d'un rendez-vous. 11,8 % de la population a déclaré avoir renoncé au moins une fois à consulter un médecin généraliste. Ce chiffre s'élève à 23,7 % pour un médecin spécialiste. Les 3 spécialités où le renoncement a été le plus fort sont l'ophtalmologie, la dermatologie et la gynécologie-obstétrique.

Milieu urbain
Urban area

49397

OUVRAGE, CONGRES

Société Française de Santé Publique. (S.F.S.P.),
Vandoeuvre-les-Nancy. FRA,
Réseau Français des Villes-Santé. (R.F.V.S.).
Nancy. FRA

Ville, santé et qualité de vie. Actes du colloque des 4 et 5 février 2011

Paris, 2011/02/04-05

Vandoeuvre-les-Nancy : SFSP : 2011 : 214p.

Cote Irdes : A4302

Ce colloque était consacré à la santé liée à l'environnement urbain et s'adresse à tous les professionnels issus d'horizons différents impliqués autour de la santé et de la ville.

48853

RAPPORT, INTERNET

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

Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2011.

Paris : La documentation Française : 2011 : 304p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onzus_2011.pdf

Comme chaque année, ce rapport mesure l'évolution des quartiers qui bénéficient des dispositifs de la politique de la ville et propose une photographie de l'évolution des écarts de développement entre les territoires, dans tous les domaines touchant le quotidien des habitants : emploi, santé, éducation, habitat, sécurité ... Au sommaire de ce rapport 2011 également, et pour la première fois, un chapitre sur l'immigration et la situation des personnes immigrées.

48631

REPertoire, OUVrage

JURIN (V.) / éd., GRALL (J.Y.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Réseau Français des Villes-Santé. (R.F.V.S.).
Genève. CHE

Pour un habitat favorable à la santé : les contributions des villes.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2011 : 109p., carte, phot.

Cote Irdes : A4266

<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/sante-environnement/Details/277/20/sante-publique/sante-et-environnement/pour-un-habitat-favorable-a-la-sante.html>

Le facteur environnemental est un des déterminants fondamentaux de notre santé. Parmi les nombreuses problématiques liées à l'environnement relevant des municipalités, le Réseau français Villes-Santé a cette fois choisi de s'arrêter sur l'habitat et l'impact de la qualité des logements sur la santé humaine. Sur des thématiques aussi diverses que la qualité de l'air intérieur, l'eau, les nuisances sonores, les champs magnétiques... une trentaine de villes membres du réseau présentent certaines de leurs contributions ou actions phares pour un habitat favorable à la santé. « Réalisé et rédigé par un groupe de travail réunissant des élus et des techniciens engagés dans les questions locales de santé environnementale, cet ouvrage est conçu comme un recueil d'analyses et d'expériences, comme un point de l'actualité réglementaire et pratique. Il repose sur un savoir-faire éprouvé et validé de déploiement d'une politique intersectorielle (Extrait de la préface).

48567

CHAPITRE

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

L'état de santé des adultes en Zus en 2008.

In : Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2011.

Paris : La documentation Française : 2011 : 122-139, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onzus_2011.pdf

L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) a été créé par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003. Son objectif est de « mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des zones urbaines sensibles, de mesurer les moyens spécifiques mis en oeuvre et d'en évaluer les effets par rapport aux objectifs [de la loi du 1er août 2003]. Basé sur les résultats de l'enquête Santé soins et protection sociale (ESPS 2008) de l'Institut de recherche - et documentation en économie de la santé (Irdes), ce chapitre analyse l'état de santé de la population dans les Zus et leur renoncement aux soins.

Milieu rural

Rural area

48203

INTERNET, DOSSIER DE PRESSE

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

Expérimentation Pays de Santé : Comment participer à la lutte contre la désertification médicale en zone rurale ?

Paris : CCMSA : 2011 : 14p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1305882611227_DOSSIER_DE_PRESSE_EXP_RIMENTATION_PAYS_DE_SANT_.pdf

Lancée il y a deux ans pour améliorer la couverture médicale des zones rurales par la Mutualité sociale agricole (MSA) et Groupama, l'expérience des Pays de santé a été menée sur deux territoires : trois cantons en Dordogne autour de Nontron et cinq cantons au sud de la Thiérache dans les Ardennes. Le premier territoire n'est pas vraiment un désert médical, puisqu'il compte onze médecins généralistes

pour 16.500 habitants et deux maisons de santé en cours d'installation, mais plutôt un espace rural fragilisé, avec deux départs de médecins en 2009 qui n'ont pu être remplacés. Le second territoire s'apparente davantage à un désert médical avec seulement dix médecins généralistes pour 22.000 habitants, sur un territoire.

Pays-de-la-Loire

Pays-de-la-Loire

49719

OUVRAGE

TALLEC (A.) / dir., TUFFREAU (F.) / dir. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.P.L.). Nantes. FRA

La santé observée dans les Pays de la Loire.

Nantes : ORSPL : 2012 : 238p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : A4327

Cette édition 2012 rassemble, en 89 fiches synthétiques, les données les plus récentes sur l'état de santé de la population régionale, ses déterminants comportementaux et environnementaux, et les ressources sanitaires dont disposent les Pays de la Loire.

Rhône

Rhône

48956

RAPPORT

FONTAINE GAVINO (K.), LABELLE (B.), CANAT (G.), et al. Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes. (O.R.S.R.A.). Lyon. FRA

Étude 'Maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité. Volet quantitatif : Morbidité et mortalité des personnes

en grande précarité de l'agglomération de Lyon.

Lyon : ORSRA : 2011 : 61 p., tabl., carte, graph.
Cote Irdes : en ligne
http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Grande_preca_rite.pdf

La présente étude réalisée par l'ORS Rhône-Alpes constitue le volet quantitatif de l'étude sur les « Maladies graves et la fin de vie des personnes en grande précarité », commanditée par la Fondation de France dans le but d'améliorer l'accompagnement de ces personnes. Le volet qualitatif, pris en charge par le GRAC (Goupement recherche-Action), analyse les modalités de la prise en charge et les problèmes rencontrés par les soignants, travailleurs sociaux et les personnes concernées elles mêmes. Cette étude répond aux 3 objectifs suivants : apporter une estimation du nombre de personnes précaires souffrant de maladies graves ou qui décèdent dans l'agglomération lyonnaise, décrire les caractéristiques de ces personnes et de leurs pathologies, apporter des éléments sur leurs recours aux soins, notamment hospitaliers.

Synthèses des connaissances *Synthesis of knowledge*

49431

OUVRAGE

FLEUREL (S.) / dir., HOYEZ (A.C.) / dir., CURTIS (S.E.) / préf.

Santé et géographie : nouveaux regards.

Paris : Economica : 2011 : 302p.
Cote Irdes : A4306
<http://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/sante-et-geographie-9782717860986?PHPSESSID>

Composé de contributions inédites, ce livre apporte de nouveaux regards et de nombreux éclairages sur les positions théoriques critiques prises par les géographes de la santé (sur la mondialisation, les changements des systèmes de santé, les mobilisations des acteurs pour

la santé) et sur l'état des travaux qui sortent des courants majeurs de la recherche en étudiant les phénomènes moins connus (populations minoritaires, soins alternatifs ou complémentaires par exemple).

Système d'information géographique *Geographic information system*

48871

RAPPORT, INTERNET

WILLIAMS (M.V.), DUBOWITZ (T.), JACOBSON (D.), et al.
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Mapping the Gaps: Ideas for Using GIS to Enhance Local Health Department Priority Setting and Program Planning.

Cartographier les manques : idées d'utilisation du GIS (Geographic information system) pour améliorer les choix prioritaires des départements locaux de santé et la planification des programmes sanitaires.

Technical Report; n°1146
Santa Monica : Rand corporation : 2011 : 48p., tabl., cartes, annexes
Cote Irdes : en ligne
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR1146.pdf

To determine whether the services they provide are meeting population needs, local health departments (LHDs) use a variety of formal and informal assessments, including community health assessments and communitywide health-improvement plans. Despite these efforts, the services do not always meet the needs, for a variety of reasons, including competing funding priorities, political mandates, and natural shifts in population makeup and health concerns. Geographic information system (GIS) mapping software provides a promising tool to enhance priority-setting and resource allocation for LHDs by displaying complex geospatial information in an integrated and visual way,

enabling staff to compare the geographic distribution of population health in a community (i.e., where services are needed) with the geographic distribution of LHD programs and expenditures (i.e., where services are provided). Using such an approach, LHDs can identify gaps between program services and community health needs. This report presents findings from interviews with 65 staff at four LHDs and three case studies to test potential solutions for how maps can be used to address the gaps between public health needs and LHD services. It describes options for accessing easy-to-use, no-cost GIS data and tools and suggests ways in which LHDs can integrate new GIS approaches into their activities.

Soins de santé primaires/Primary health care

Convention nationale National collective agreement

48502
INTERNET

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

Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Paris : CNOM : 2011/09 : 20p.
Cote Irdes : c, En ligne

La convention nationale signée le 26 juillet 2011 reprend en grande partie la convention signée en 2005 et ses avenants. Elle comporte aussi quelques nouveautés. Dans le premier cas, le Conseil national de l'Ordre des Médecins a repris de manière succincte, les avis précédemment émis. Dans le second cas, après avoir décrit sommairement les dispositions nouvelles, le Conseil national a mis en exergue les difficultés qu'elles pouvaient susciter en termes de déontologie et d'exercice médical. Sauf exception, les dispositions nouvelles n'ont pas été reprises si elles ne justifiaient pas d'observations particulières. Les paragraphes en gras correspondent à la position du CNOM.

Etudes d'ensemble Global studies

49466
OUVRAGE

EDOUARD (R.), CLEMENT (M.)

Les soins de santé primaires : critiques d'une orthodoxie.

Québec : Presses de l'Université du Québec : 2010 : 164p.
Cote Irdes : A4308
<http://www.puq.ca/catalogue/livres/les-soins-sante-primaires-918.html>

Depuis la Conférence d'Alma Ata, en 1978, les soins de santé primaires (SSP) ont changé de nature. On en a fait la pierre angulaire de toute réforme des systèmes de santé. Aussi est-ce quasiment un problème moral aujourd'hui d'en questionner l'omniprésence. Comment en sommes-nous arrivés là ? Qu'est-ce qui fait que les SSP ont pu nous apparaître si nécessaires qu'on en ait fait une orthodoxie ? Mais, en fait, de quoi s'agit-il ? Qui sont les acteurs de cette transformation de vocation ? Au nom de quelles promesses ? Pour quels résultats ? Cet ouvrage questionne les aboutissements, la pertinence et les finalités latentes de l'orthodoxie des SSP, c'est-à-dire leur généralisation. Les auteurs mettent en évidence certains risques de dérive inhérents à la promesse de santé pour tous ainsi que la propension, paradoxale, que le principe d'équité promu par cette orthodoxie (re)produise les inégalités qu'elle prétend pourtant combattre. Les auteurs dévoilent ici, outre ses mécanismes de fonctionnement, certaines des limites jusque-là insurmontables de l'orthodoxie des SSP. Ils expliquent du même coup pourquoi elle est bien plus efficace en termes de production idéologique qu'en termes de résultats probants (4e de couverture).

48927

RAPPORT

California Health Care Foundation. (C.H.C.F.).
Santa Monica CA. USA

**Primary Care, Everywhere:
Connecting the Dots Across the
Emerging Health Landscape.**

*Soins primaires, partout : Relier les points à
travers le paysage émergent de la santé.*

Oakland : California Healthcare Foundation : 2011 :
35p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%
20Files/PDF/PDF%20PrimaryCareEverywhere
.pdf](http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20PrimaryCareEverywhere.pdf)

New models of care delivery are appearing in response to physician shortages, access barriers, and patient preferences. This paper published by the California Healthcare Foundation explores the current limits of U.S. primary care. It looks at models delivering primary care in different settings, identifies barriers to innovation, and outlines future prospects.

**Formation professionnelle
Life-long training**

48849

RAPPORT, INTERNET

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

**FPC 2006 des médecins libéraux :
Formation Professionnelle
Conventionnelle : rapport d'activité
2010.**

Fontenay sous Bois : OGC : 2011 : 63p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ogc.fr/rapport-activiteFPC2010
/index.html](http://www.ogc.fr/rapport-activiteFPC2010/index.html)

Ce rapport d'activité de l'Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) de la Formation professionnelle conventionnelle (FPC) des médecins généralistes et spécialistes propose des données globales sur la FPC ; des

données concernant la formation professionnelle des médecins généralistes et des médecins spécialistes ; des données sur l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi qu'un récapitulatif par année. En 2010, l'OGC a financé 2 247 sessions de Formation Professionnelle Conventionnelle suivies par 17 521 médecins libéraux dont 3 249 nouveaux. Ce qui porte à 46 216 le nombre de médecins libéraux différents ayant suivi depuis 2001 une ou plusieurs formations agréées FPC. Quatre-vingt-huit associations de formation se partagent plus de 28,3 millions d'euros pour les actions de FPC. Le suivi de l'enfant et de l'adolescent, le suivi de la femme et pathologies gynéco-obstétriques et la prescription du médicament dans le cadre conventionnel ont réuni le plus grand nombre de participants. Prolongée par la convention, la FPC devrait vivre sa dernière année en 2011 avant de laisser sa place au développement professionnel continu (DPC), dont les décrets sont en cours d'écriture.

**Incitations
Incentives**

49901

INTERNET, RAPPORT

DURANTEAU (O.) / coord.

Association Nationale des Etudiants en
Médecine de France. (A.N.E.M.F.). Paris. FRA

**Contrats d'engagement de Service
public : Etat des Lieux et propositions.**

Paris : ANEMF : 2012 : 14p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.anemf.org/IMG/pdf/Contribution_CESP_j
ournalistes.pdf](http://www.anemf.org/IMG/pdf/Contribution_CESP_journalistes.pdf)

Suite à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de juillet 2009, un ensemble de mesures a été mise en place pour lutter contre les déserts médicaux. L'une d'entre elles est le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). Le principe de cette aide est simple : l'Etat verse à l'étudiant 1 200 euros brut par

mois en contrepartie de quoi l'étudiant s'engage à s'installer dans une région sous-dense, durant une période équivalente à celle du versement de sa bourse, (avec un minimum de 2 ans). Cette année, il n'y a eu qu'environ 200 signatures de contrats, alors que l'année précédente, il y a eut 145 signatures. Aussi, le bureau national de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France a souhaité faire un état des lieux sur cette mesure incitative phare de la loi HPST. Ce document dresse un état des lieux sur la campagne des CESP, en analyse les données et formule des propositions.

Listes d'attente Waiting lists

48968

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Jalma. Paris. FRA, Institut Français d'Opinion Publique et d'Etude de Marchés. (I.F.O.P.). Paris. FRA

L'observatoire de l'accès aux soins : enquête auprès des Français et des professionnels de santé.

Paris ; IFOP : 2011/10 : Non paginé, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.scribd.com/fullscreen/72526635>

Ce document présente les résultats d'une enquête sur l'accès aux soins réalisée par l'Ifop, pour le cabinet Jalma, auprès des Français et des professionnels de santé. 68 % des personnes interrogées estiment que l'accès aux soins est " facile ". Mais voilà, les bémols sont nombreux. Ainsi, 58 % des Français ont renoncé à consulter un spécialiste à cause des délais. Le record : 103 jours en moyenne pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue. Ce phénomène explique en partie le recours massif aux urgences. 27 % des sondés avouent s'y être rendus faute d'avoir pu obtenir un rendez-vous dans des conditions raisonnables de délai ou de coût. Mais un fort

décalage est constaté entre la perception des Français et la réalité. Les délais de rendez-vous proposés par les médecins sont beaucoup plus courts. Ce qui veut dire que les praticiens et leurs patients ne sont pas disponibles aux mêmes moments. Très majoritairement pessimistes, 83 % des sondés prévoient que l'accès aux soins va se détériorer au cours des dix prochaines années

Maisons de santé Medical homes

48872

OUVRAGE

DEPINOY (D.)

Maisons de santé, une urgence citoyenne.

Paris : Editions de santé : 2011 : 116p.

Cote Irdes : A4275

<http://www.acsantis.com/Parution-de-l-ouvrage-MAISON-DE>

Le système de santé est en plein changement et les défis liés aux évolutions démographiques, comportementales, épidémiologiques et des pratiques médicales imposent une nouvelle organisation. La structuration du premier niveau des soins – appelé le premier recours – peut apporter des résultats concrets rapides en matière de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité du service rendu et d'efficacité. S'attacher de manière volontariste à soutenir l'émergence des modes d'exercice pluriprofessionnels et regroupés peut permettre de relever les enjeux majeurs de notre système de santé. Au-delà d'un effet de mode qui pousse à vouloir construire rapidement des maisons de santé, il y a matière à soutenir également d'autres formes de regroupement pluriprofessionnel pour constituer le socle d'une nouvelle médecine de premier recours. Il est nécessaire d'accompagner le changement pour donner une chance à ces nouvelles formes d'exercice en équipe mais aussi et surtout de faire preuve

d'audace pour mener ces expériences à l'échelon national. Cet ouvrage détaille les enjeux de l'organisation du premier recours et propose des leviers de réussite des projets. Il s'adresse à tous les professionnels de santé qui désirent se lancer dans un projet de maison ou pôle de santé mais aussi aux élus et aux institutionnels qui ont besoin de clefs pour participer.

Optique Eye care

49317

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
THOMAS (D.), WEEGEN (L.), WALENDZIK (A.)

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft. (I.B.E.S.). Essen. DEU

Comparative analysis of delivery of primary eye care in three European countries.

Analyse comparative de l'offre de soins d'optique dans trois pays européens.

IBES Diskussionsbeitrag ; n° 189
Essen : Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft. (I.B.E.S.). : 2011 : 257p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://econstor.eu/bitstream/10419/52720/1/671799908.pdf>

The organisation of primary eye care services in Europe is not uniform. While in some countries primary eye care is exclusively within the scope of practice of ophthalmologists, other systems rely on a variety of different professions providing essential parts of primary eye and vision health care. The study at hand addresses the question whether costs and outcomes of primary eye care services differ between heterogeneously organised systems. Therefore a special focus on the participation of opticians and optometrists was set. Having similar populations and economic conditions, but differently organised eye care systems, the countries France, Germany and

the UK were exemplarily analysed as target countries. Based on an initial description of the different primary eye care systems, a criteria-based evaluation of costs and outcomes was conducted. Information was gained by expert-interviews and a systematic literature search in the Scopus database alongside with unsystematic Internet searches.

Pratique médicale Medical practice

48558

FASCICULE, INTERNET

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

Médecins généralistes et dépistage des cancers : synthèses des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA.

Boulogne-Billancourt : Inca : 2011/03 : 20p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne

En raison de leur place centrale dans le système de soins et de leur rôle de premier plan en matière d'information et d'orientation du patient, les médecins généralistes sont des acteurs essentiels du dépistage des cancers ; ce rôle a été réaffirmé dans le Plan cancer 2009-2013 (mesure 16). L'Institut national du cancer, en lien avec un groupe d'experts, a souhaité conduire une étude pour mieux connaître les opinions, les connaissances et les pratiques déclarées des médecins généralistes sur les différents dépistages. Cette publication présente les résultats de l'enquête INCa/BVA, réalisée en septembre 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 600 médecins généralistes.

Relations médecin-malade
Physician-patient relationships

47106

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
ABECASSIS (P.), BATIFOULIER (P.)

***L'interaction médecin-patient :
quelques enseignements de la théorie
des jeux.***

Nanterre : Economix : 1999 : 13p.
Cote Irdes : En ligne
http://economix.fr/docs/94/Abk6_patient_medecin_p_ar_TJ.pdf

La théorie des jeux s'est étendue, ces dernières années, à l'ensemble des disciplines économiques. Pourtant, l'économie de la santé est restée hermétique à cette expansion du fait du problème séminal de l'induction. Cet article examine les difficultés d'application de la théorie des jeux non coopératifs aux spécificités de l'interaction médecin-patient et explore deux voies de recherche, encore inexploitées en économie de la santé : les jeux expérimentaux et la théorie des jeux coopératifs.

Rémunération
Payment

49974

DOCUMENT DE TRAVAIL
NOLAN (A.), O'REILLY (J.), SMITH (S.), et al.
Economic and Social Research Institute
(E.S.R.I.). Dublin. IRL

***The Potential Role of Pay for
Performance in Irish Health Care.***

*Le rôle potentiel du système de
rémunération à la performance sur
les soins de santé en Irlande.*

Dublin : ESRI : 2011/12 : 36p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.esri.ie/UserFiles/publications/EC004.pdf>

The current recession dictates that large decreases in public expenditure are required. As the second largest component of public expenditure, health is particularly vulnerable to the effects of the further cuts in expenditure that are required over the period 2012-2014. In the context of diminishing financial resources, there is increasing emphasis on maximising the value of expenditure by achieving efficient delivery of high-quality health-care services. In addition, the Irish health system is characterised by a complex set of financial incentives which have important implications for efficiency and equity. This paper examines international evidence on pay for performance (P4P) schemes to inform policymakers on the potential for implementing P4P in the Irish health-care system. In P4P, payments are tied to performance. P4P is becoming increasingly common in international health-care systems despite the lack of evidence on its effectiveness and a lack of consensus on how to design and implement such programmes. It is therefore important to understand the implications of existing P4P programmes before recommending their introduction in the Irish context. This study provides an overview of the literature relating to large-scale P4P schemes, focusing on programmes that have been instituted by national public sector organisations. The literature highlights the poor quality of evidence on P4P schemes, stemming partly from technical challenges inherent in evaluating P4P schemes. Notwithstanding these technical difficulties, the available evidence does not provide a clear answer to the question of whether P4P should be implemented. Limitations include difficulties in obtaining valid performance indicators, unintended consequences, and the absence of evidence on cost effectiveness of P4P schemes. It assessed how a P4P scheme would interact with the payment structures already in place in the Irish health-care system. It concludes that while there is an obvious need for greater efficiency and quality in the system, there are reasons why P4P initiatives are not recommended at this stage at least until the many complexities in provider reimbursement,

public/private interaction, and patient access to the system are resolved.

49969

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GIBBS (M.)

Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU

Design and Implementation of Pay for Performance.

Conception et mise en oeuvre d'un système de rémunération à la performance.

IZA Working Paper; 6322

Bonn : IZA : 2012/12 : 35p., fig

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp6322.pdf>

A large, mature and robust economic literature on pay for performance now exists, which provides a useful framework for thinking about pay for performance systems. This study uses the lessons of the literature to discuss how to design and implement pay for performance in practice.

49318

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

WALENDZIK (A.)

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft. (I.B.E.S.). Essen. DEU

Diagnoses-based risk adjustment in the German remuneration system for outpatient medical care

Ajustement du risque axé sur les diagnostics dans le système allemand de rémunération des soins ambulatoires.

IBES Diskussionsbeitrag ; n° 190

Essen : Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft. (I.B.E.S.). : 2011/11 : 109p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://econstor.eu/bitstream/10419/52721/1/679510389.pdf>

In Germany as in most countries, risk adjustment up to now has mainly been used between health funds. The aim is to avoid risk selection in order to use competition of health funds to improve efficiency and effectiveness in health care. As a recent development, in 2009 -

together with the introduction of the German Health Fund - a morbidity based risk adjustment scheme to distribute resources between the about 180 competing social health funds has been installed. But in the same year, the reform of the remuneration system of physicians in outpatient care depicted a second field of implementation of risk adjustment in the German social health care system introducing some forms of risk adjustment in this context as well. Changes in morbidity of the patient population have to be measured since then and, fulfilling a long-term claim of physicians, morbidity risk was transferred from physicians to statutory health funds. As legal regulations of the reform left space for interpretation, discussions about purposes and potential implementation fields of risk adjustment in the remuneration system for outpatient medical care have been triggered. An important question from an economic point of view is Can the remuneration system for outpatient medical care in Germany be improved by including risk adjustment? This dissertation tries to enrich the discussion about the role of risk adjustment in the German outpatient remuneration system by providing new methodological solutions in the use of a diagnoses based classification system as well as an analysis of the conditions for their use under the specific German conditions.

49314

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GODAGER (G.), WIESEN (D.)

University of Oslo. Health Economics Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo. NOR

Profit or Patients' Health Benefit? Exploring the Heterogeneity in Physician Altruism

A son profit ou au bénéfice de la santé du patient ? Exploration de l'hétérogénéité de l'altruisme du médecin.

Working paper 2011; 7

Oslo : HERO : 2011 : 16p., tabl.

Cote Irdes : c, en ligne

http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_7.pdf

This paper investigates physician altruism toward patients' health benefit using behavioral data from the fully incentivized laboratory experiment of Hennig-Schmidt et al. (2011). This setup identifies both physicians' profits and patients' health benefit resulting from medical treatment decisions. It estimates a random utility model applying multinomial logit regression, finding that physicians attach a positive weight on patients' health benefit. Furthermore, physicians vary substantially in their degree of altruism. Finally, we provide some implications for the design of physician payment schemes.

49131

DOCUMENT DE TRAVAIL

FENG (Y.), FARRAR (S.), SUTTON (M.), MA (A.)
Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres.
GBR

The Effect of an Increase in the Rate of Payment on General Practitioners' Intrinsic and Extrinsic Motivation.

L'effet d'une augmentation du taux de rémunération des médecins généralistes sur leur motivation intrinsèque et extrinsèque.

Research Paper; 11/05

Londres : OHE : 2011/11 : 40p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ohe.org/publications/article/the-effect-of-payment-on-gps-motivation-96.cfm>

This paper investigates how the increased rate of Quality and Outcomes Framework (QOF) payments implemented on 1 April 2005 affects Scottish general practitioners' (GPs) intrinsic, extrinsic and overall motivation. A first difference method is used to model GPs' intrinsic and overall motivation. GPs' extrinsic motivation is modelled using a probit model and Mundlak approach. The main finding is that the increased QOF payment effectively motivated GPs' health care supply, but it also crowded out GPs' intrinsic motivation. The results suggests that using strong financial incentives to further motivate already well-motivated health care professionals may have unintended effects on their performance.

Soins intégrés
Integrated care

49188

RAPPORT, INTERNET

Department of Health. (D.H.). Victoria. AUS

***Primary Care Partnerships
Integrated Health Promotion 2011
Report.***

Promotion des soins intégrés par les partenariats de soins de santé primaires : rapport 2011.

Londres : Department of Health : 2011/11 : 16p.

Cote Irdes : En ligne

[http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/73C956A4C13ED501CA25793E0019B739/\\$FILE/FINAL%20PCP%20IHP%20REPORT%202011%20web%20ready.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/73C956A4C13ED501CA25793E0019B739/$FILE/FINAL%20PCP%20IHP%20REPORT%202011%20web%20ready.pdf)

This document published by the Department of Health in Victoria, Australia, sets out the achievements of the Primary Care Partnerships (PCP) strategy to deliver Integrated Health Promotion (IHP) in Victoria. This document draws on findings from an evaluation conducted in 2008 on the impact of the PCP IHP strategy. Case studies have been included to demonstrate the range of health promotion programs and activities being led by PCPs.

Hôpital/Hospital

Certification Certification

49475

OUVRAGE

HERREROS (G.), MILLY (B.)

La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique.

Paris: L'Harmattan : 2011 : 148p.

Cote Irdes : A4313

Cet ouvrage analyse les conditions de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité en milieu hospitalier. Des points d'accords se manifestent : l'objectif d'une amélioration du soin, l'idée que cette amélioration passe par une mise en tension entre l'élaboration de procédures et leur application d'une part, une meilleure coopération interprofessionnelle d'autre part. La démarche de certification est décisive dans les dynamiques de la qualité, mais elle provoque parfois des effets contre-dynamiques.

Chirurgie ambulatoire Ambulatory surgery

49291

RAPPORT, INTERNET

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

Chirurgie ambulatoire : Outils d'aide au développement. Note d'orientation.

Paris : ANAP ; Paris : HAS : 2011 : 15p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/appliation/pdf/2011-12/chir_ambu_note_d_orientation_2212_2011.pdf

La chirurgie ambulatoire reste en France insuffisamment développée alors qu'elle constitue un apport réel en termes de qualité pour les patients. Dans ce contexte, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) unissent leurs efforts pour informer et accompagner les professionnels. Cette note d'orientation formalise leur coopération, définit six axes de travail, précise la nature des productions attendues et donne un calendrier d'action.

Comptabilité hospitalière Hospital accountancy

48957

RAPPORT, INTERNET

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

Guide méthodologique de comptabilité hospitalière.

Paris : DGOS : 2011/11 : 89p., tabl., annexes

Cote Irdes : c, en ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH__B_OS_2011-4.pdf

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), mais aussi l'implication de plus en plus forte des médecins dans la gestion des établissements, engendrent un besoin accru d'indicateurs de gestion pertinents à destination des chefs de pôle et des directions d'établissements. En cela, la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière fiable est un moyen d'y répondre. Le guide de la comptabilité analytique décrit les différents outils disponibles et définit le cadre méthodologique applicable aux hôpitaux. S'adressant à tous les acteurs hospitaliers impliqués dans une gestion performante, il

énonce les règles et les méthodes qui permettent de calculer des coûts, des ratios, des indicateurs : **coût d'une journée de prise en charge quel que soit le champ d'activité**, coût direct de production de certaines activités, ratios et indicateurs de parangonnage (introduction, tome 1) ; coût de production des activités (tome 2, **en cours d'actualisation**) ; **coût d'un acte ou d'une séquence de soins** (guides ENCC, **en cours d'actualisation**). Tous les champs d'activité et de production de soins sont concernés : médecine chirurgie obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, comptes de résultats annexes.

Etudes d'ensemble Global studies

49177

OUVRAGE

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Le panorama des établissements de santé : édition 2011.

Paris : Drees : 2011 : 127p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4297

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2011-2.pdf>

Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Cette édition s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de figures accompagnées d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.

Financement Financing

48015

RAPPORT

JEGOU (J.J.)

Sénat. Commission des Finances. Paris. FRA

Rapport d'information sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Paris : Sénat : 2011/06 : 63p., tabl., graph.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/rap/r10-686/r10-6861.pdf>

La réforme de la tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004, avait pour objectif de moderniser le financement des établissements de santé en passant progressivement d'un mode de financement par dotation globale à un système de rémunération lié à l'activité réelle des établissements. Néanmoins, dès la mise en place de la T2A, il est apparu nécessaire de maintenir des sources de financement en dehors du principe général de tarification à l'activité pour certaines missions ne constituant pas des activités de soins quantifiables. De là découle la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette enveloppe de crédits, de plus de 8 milliards d'euros en 2011, constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et se situe à la croisée d'importantes réformes du secteur hospitalier. D'une part, son évolution a un impact direct sur la réforme de la T2A. D'autre part, de l'identification des MIGAC dépend, pour partie, la convergence tarifaire. Par ailleurs, ces dotations représentent un nouveau défi pour les agences régionales de santé, pour lesquelles le pilotage par la performance des dépenses hospitalières est au coeur de leur feuille de route. Si le maintien des MIGAC demeure incontestablement nécessaire, leur volume doit être mieux maîtrisé et leur construction rationalisée. Quant à leur pilotage, il reste à parfaire afin de s'orienter vers un réel modèle d'allocation des moyens fondé sur la performance et l'évaluation des résultats.

Gouvernance
Governance

49110

OUVRAGE, INTERNET

SALTMAN (R.B.) / éd., DURAN (A.) / éd.,
DUBOIS (H.F.W.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Genève. CHE, European Observatory on
Health Systems and Policies. Brussels. BEL,
Observatoire Européen des Systèmes et
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

**Governing public hospital : Reform
strategies and the movement towards
institutional autonomy.**

*Gouvernance des hôpitaux publics :
stratégies de réforme et mouvement vers
une autonomie institutionnelle.*

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe :

2011 : 16p. + 278p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf

Governance of public hospitals in Europe is changing. Individual hospitals have been given varying degrees of semi-autonomy within the public sector and empowered to make key strategic, financial, and clinical decisions themselves. This study explores the major developments and their implications for national and European health policy. The study focuses on hospital-level decision-making and draws together both theoretical and practical evidence. It includes an in-depth assessment of eight different country models of semi-autonomy, in the Czech Republic, England, Estonia, Israel, the Netherlands, Norway, Portugal and Spain. The evidence that emerges throws light on the shifting relationships between public-sector decision-making and hospital-level organizational behaviour and will be of real and practical value to those working with this increasingly important and complex mix of approaches.

Grippe H1N1
Influenza H1N1

49366

RAPPORT, INTERNET

BONMARIN (I.), LEVY-BRUHL (D.)
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).
Maladies Infectieuses. Saint-Maurice. FRA

**Analyse des données d'hospitalisation
en France à partir du PMSI pendant
la période pandémique 2009/2010.**

Saint-Maurice : InVS : 2012/01 : 78p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

Afin d'estimer le poids de la pandémie A (H1N1) 2009 sur les séjours hospitaliers en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins et d'étudier l'intérêt des données du système d'information hospitalier (PMSI) dans la surveillance de la grippe, Cette étude compare les données du PMSI concernant les séjours associés à la grippe et aux pneumopathies de 2009-2010 avec les données historiques, disponibles depuis janvier 2007. En métropole, le nombre de séjours pour grippe a été multiplié par cinq pendant la pandémie alors que les séjours en réanimation ou unités de soins intensifs (USI) l'ont été par un facteur 10 avec, pendant la pandémie, 14 680 séjours à l'hôpital dont 1 748 en réanimation ou USI. De même, les séjours pour grippe avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë, ceux concernant des femmes enceintes et ceux ayant conduit à un décès ont été beaucoup plus élevés pendant la pandémie. L'âge des patients a été en moyenne de 5 à 10 ans inférieur à celui observé pendant les épidémies saisonnières, que ce soit pour les séjours en réanimation ou pour l'ensemble des séjours. Les durées de séjours ont, par contre, été similaires. Le pic d'admission est survenu en décembre 2009. Dans les territoires ultramarins, les indicateurs des séjours pour grippe ont évolué de façon comparable à ceux de la métropole. Les pics d'activité se sont échelonnés dans le temps et sont survenus en août pour l'île de la Réunion, en septembre en Guyane et Martinique et en octobre en Guadeloupe. Les données du PMSI ont

confirmé une augmentation marquée du **nombre d'hospitalisations et une gravité plus** importante de la grippe pandémique comparée aux épidémies de grippe saisonnière survenues entre 2007 et 2009. **L'outil est exhaustif mais** manque de réactivité, même si pendant la pandémie, les données étaient fournies à **l'InVS dans les deux mois suivant la sortie du** patient. Il vient en complément des autres dispositifs et permet ainsi de consolider leurs analyses.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Analyse-des-donnees-d-hospitalisation-en-France-a-partir-du-PMSI-pendant-la-periode-pandemique-2009-2010>

Hôpitaux privés Private hospitals

47666

OUVRAGE, ATLAS

HAAS (S.), VIGNERON (E.)

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés à but non lucratifs. (F.E.H.A.P.). Paris. FRA

Solidarités et territoires : l'engagement des établissements et services privés non lucratifs.

Paris : FEHAP : 2010/10 : 146p., tabl., cartes
Cote Irdes : B7049

Beaucoup de disciplines ont investi le champ de la santé, en répondant aux questions : Qui ? Quoi ? Quand ? Comment ? Combien ? Mais la question d'« Où ? » est longtemps restée discrète. La réponse donnée par la philosophie républicaine du service public en matière d'aménagement du territoire ayant longtemps répondu de façon automatique « Partout », supposant ainsi une application quasi-uniforme sur un territoire national lissé, sans différenciation possible, ni justement en cas d'inégalité de traitement... Aujourd'hui, on reconnaît les aspérités du territoire et répondre à la question « Où ? » est la clé nécessaire à

l'élaboration d'une stratégie territoriale. La coordination locale des intervenants dans le champ sanitaire et médico-social doit être renforcée pour offrir des solutions globales répondant aux besoins spécifiques des habitants du territoire qu'ils servent. Les modalités de cette coordination sont plurielles. Ni les fusions ni les coopérations ne peuvent se décréter mais doivent, au contraire, faire l'objet d'un examen au cas par cas des situations locales : le tissu territorial est à l'image de ces toiles d'exception : dentelles de Calais ou du Puy en Velay, draps d'Elbeuf ou des Vosges, Batiste de Cambrai, Indiennes de Nîmes, soieries Lyonnaises, Velours des Flandres : il doit être cousu main (4e de couverture).

Hôpitaux publics Public hospitals

49123

OUVRAGE

MAS (B.), PIERRU (F.), SMOLSKI (N.), TORRIELLI (R.)

L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public organisé.

Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant :
2011 : 366p.
Cote Irdes : A4285, R1853

Cet ouvrage consacré à l'hôpital est organisé en deux parties. La première vise à restituer le contexte macro-économique et, surtout, macro-politique de la confrontation toujours plus grande du monde hospitalier à la rationalité néo-libérale et au préconisation du 'New public management'. Elle démonte les engrenages idéologiques, budgétaires, instrumentaux de la réforme. La seconde partie cherche à identifier les conséquences de cette grande transformation hospitalière sur les pratiques des soignants et, partant, sur la qualité des soins reçus (ou non) par les usagers de cette institution républicaine centrale. Ce faisant, cet ouvrage tente de tenir ensemble les dynamiques macrosociales et leurs

manifestations microsociologiques, les analyses de chercheurs en sciences sociales et en économie et les leçons qu'il est possible d'en tirer pour dessiner une réforme alternative de l'hôpital (Tiré de l'introduction).

Hospitalisation à domicile Home-based hospital

49900
RAPPORT, INTERNET
JACOB (P.)

Rapport sur l'hospitalisation à domicile des handicapés malades.

Paris : La documentation française : 2012 : 79p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000094/0000.pdf>

Ce rapport concernant l'accompagnement du développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements sociaux et médico-sociaux auprès des personnes en situation de handicap, indique que l'intérêt d'une telle prise en charge se situe dans la continuité de l'accompagnement de la personne ayant un handicap sévère, qui va avoir tendance à perdre ses repères lors d'un séjour hospitalier. En effet, l'hôpital a tendance à se focaliser sur les soins et ne peut garantir un accompagnement dans la vie quotidienne adapté à chaque personne. L'HAD n'étant actuellement mise en place que de manière expérimentale auprès de ces publics, l'auteur du rapport développe douze propositions pour améliorer l'accès aux soins des personnes touchées par un handicap sévère.

49458
RAPPORT, INTERNET

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

L'activité d'hospitalisation à domicile en 2010.

Paris : ATIH : 2012/01 : 200p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00029FF>

La loi HPST du 21 juillet 2009 reconnaissant l'HAD (l'hospitalisation à domicile) comme une forme d'hospitalisation à part entière, l'ATIH a décidé à partir de 2010, de renouveler, systématiser et enrichir progressivement la description des séjours d'HAD observés l'année antérieure en se basant sur les données du PMSI-HAD fournies par les établissements. Se basant sur le même modèle qu'en 2009, ce rapport décrit l'activité HAD 2010 tout en tenant compte des évolutions intervenues en mars 2010 avec notamment l'introduction du recueil des actes CCAM (Classification commune des actes médicaux). Outre l'analyse globale des séjours d'HAD, la description synthétique de l'activité d'HAD en 2010 comprend ici sous forme de fiches analytiques : une description détaillée de tous les modes de prise en charge de l'HAD, qu'ils aient été utilisés en mode de prise en charge principal (MPP) ou en mode de prise en charge associé (MPA), l'analyse globale des séjours/séquences d'HAD pédiatrique en 2010, en distinguant les très jeunes enfants de moins d'un an des enfants d'un an et plus et de moins de 18 ans, l'analyse des séjours/séquences d'HAD ayant au moins un acte CCAM renseigné, l'analyse de séjours/séquences groupés en « erreur ».

Hospitalisation évitable Avoidable hospitalisation

49423

RAPPORT, INTERNET

NOLTE (E.), ROLAND (M.), GUTHRIE (S.), et al.

Rand Europe. Cambridge. GBR

Preventing emergency readmissions to hospital. A scoping review

Eviter les réadmissions d'urgence à l'hôpital. Une revue d'ensemble.

Technical Report; n°1198

Santa Monica : Rand corporation : 2012 : 51p., tabl., annexes.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2012/RAND_TR1198.pdf

The report reviews the evidence and potential for use of 'emergency readmissions within 28 days of discharge from hospital' as an indicator within the NHS Outcomes Framework. It draws on a rapid review of systematic reviews, complemented by a synopsis of work in four countries designed to better understand current patterns of readmissions and the interpretation of observed patterns. Reviewed studies suggest that between 5 percent and 59 percent of readmissions may be avoidable. Studies are highly heterogeneous, but based on the evidence reviewed, about 15 percent up to 20 percent may be considered reasonable although previous authors have advised against producing a benchmark figure for the percentage of readmissions that can be avoided. The majority of published studies focus on clinical factors associated with readmission. Studies are needed of NHS organisational factors which are associated with readmission or might be altered to prevent readmission. The introduction of new performance indicators always has the potential to produce gaming. Observers from the USA cite experience which suggests hospitals might increase income by admitting less serious cases, thus simultaneously increasing their income and reducing their rate

of readmission. There is also the possibility that there may be some shift in coding of admissions between 'emergency' and 'elective' depending on the incentives. If hospitals are performance managed on the basis of readmission rates, it would be reasonable to expect that some behaviour of this type would occur.

Performance Performance

49312

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GOBILLON (L.), MILCENT (C.)

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

Innovative procedures: the key factor for hospital performance.

Les procédures innovantes sont le facteur clé de la performance hospitalière.

Working paper; 2011-42

Paris : Paris School of economics : 2011/12 : 8p., fig., tabl.+ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/34/41/PDF/wp201142.pdf>

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

49164

OUVRAGE

BUSSE (R.) / éd., GEISLER (A.) / éd.,
QUENTIN (W.) / éd., WILEY (M.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Genève. CHE, European Observatory on
Health Systems and Policies. Brussels. BEL,
Observatoire Européen des Systèmes et
Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

***Diagnosis-related groups in Europe :
moving towards transparency,
efficiency and quality in hospitals.***

*Les groupes homogènes de malades en
Europe : évoluer vers la transparence,
l'efficacité et la qualité à l'hôpital.*

Maidenhead : Open University Press - Mc Graw
Hill : 2011 : 20p. + 458p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : A4289

At the EuroDRG final conference, which is held in Berlin, 17 November 2011, the main results of the EuroDRG research project will be presented and discussed with policy-makers, researchers and stakeholders from Europe and beyond. Diagnosis Related Group (DRG) systems were introduced in Europe to increase the transparency of services provided by hospitals and to incentivise greater efficiency in the use of resources invested in acute hospitals. In many countries, these systems were also designed to contribute to improving - or at least protecting - the quality of care. After more than a decade of experience with using DRGs in Europe, the EuroDRG research project considered whether the extensive use of DRGs has contributed towards achieving these objectives. During this conference, a new Observatory publication *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* will be officially launched. The book is intended to contribute to the emergence of a 'common language' that will facilitate communication between researchers and policy-makers interested in improving the functioning and resourcing of the acute hospital sector (Résumé de l'éditeur).

48643

DOCUMENT DE TRAVAIL

GUTACKER (N.), BOJKE (C.), DAIDONE (S.)
University of York. Centre for Health
Economics. (C.H.E.). York. GBR

***Truly inefficient or providing better
quality of care? Analysing the
relationship between risk-adjusted
hospital costs and patients' health
outcomes.***

*Les hôpitaux sont ils vraiment inefficaces ou
fournissent-ils des soins de meilleure
qualité ? Analyse de la relation entre les
coûts hospitaliers ajustés au risque et les
résultats pour la santé des patients.*

CHE Research Paper Series : 68
York : University of York : 2011/10 : 21p., tabl., fig.
Cote Irdes : P149/6

[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/
researchpapers/CHERP68_Relationship_between
_risk-adjusted_hospital_costs_and_health_outco
mes.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP68_Relationship_between_risk-adjusted_hospital_costs_and_health_outcomes.pdf)

Accounting for variation in the quality of care is a major challenge for the assessment of hospital cost performance. Because data on **patients' health improvement are generally not** available, existing studies have resorted to inherently incomplete outcome measures such as mortality or re-admission rates. This opens up the possibility that providers of high quality care are falsely deemed inefficient and vice versa. This study makes use of a novel dataset of routinely collected patient-reported outcomes measures (PROMs) to i) assess the degree to which cost variation is associated **with variation in patients' health gain and ii)** explore how far judgement about hospital cost performance changes when health outcomes are accounted for. We use multilevel modelling to address the clustering of patients in providers and isolate unexplained cost variation. Our results provide some evidence of a U-shaped relationship between risk-adjusted costs and outcomes for hip replacement surgery. For the other three investigated procedures, the estimated relationship is sensitive to the choice of PROM instrument. We do not observe substantial changes in estimates of cost performance when outcomes are explicitly accounted for.

48022

DOCUMENT DE TRAVAIL

VERZULLI (R.), JACOBS (R), GODDARD (M.)
University of York. Centre for Health
Economics. (C.H.E.). York. GBR

***Do hospital respond to greater
autonomy ? Evidence from the
English NHS.***

*Comment réagissent les hôpitaux à une plus
grande autonomie ? Evidence issue du NHS
anglais.*

CHE Research Paper Series ; 64

York : University of York : 2011/07 : 26p., tabl., fig.
Cote Irdes : P149/6

[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/
researchpapers/RP64_Foundation_Trusts.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/RP64_Foundation_Trusts.pdf)

Foundation Trusts (FTs) were introduced in the English NHS in 2004/5 and gave NHS Trusts the opportunity to become independent not-for-profit public benefit corporations. Whilst remaining in the public sector, FTs were granted greater autonomy than non-FTs. The reform was intended to create incentives for providers to deliver higher quality services in the most efficient way. This paper examines the impact of the FT policy on hospital performance, as proxied by measures of financial management, quality of care and staff satisfaction. Results suggest that generally FTs perform better than non-FTs. However, these differences appear to be long-standing rather than the effect of the FT policy per se and we find some evidence of a convergence in hospital performance between FTs and non-FTs.

Politique hospitalière
Hospital policy

48950

DOCUMENT DE TRAVAIL

GAYNOR (M.), LAUDICELLA (M.), PROPPER (C.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Can Governments Do It Better?
Merger Mania and Hospital
Outcomes in the English NHS.***

*Les gouvernements peuvent-ils faire
mieux ? La manie des fusions et ses
conséquences pour les hôpitaux anglais.*

NBER Working Paper Series ; n° 17608

Cambridge : NBER : 2011/11 : 36p., tabl., fig.,
annexes

Cote Irdes : en ligne

The literature on mergers between private hospitals suggests that such mergers often produce little benefit. Despite this, the UK government has pursued an active policy of hospital merger. These mergers are initiated by a regulator, acting on behalf of the public, and justified on the grounds that merger will improve outcomes. We examine whether this promise is met. We exploit the fact that between 1997 and 2006 in England around half the short term general hospitals were involved in a merger, but that politics means that selection for a merger may be random with respect to future performance. We examine the impact of mergers on a large set of outcomes including financial performance, productivity, waiting times and clinical quality and find little evidence that mergers achieved gains other than a reduction in activity. In addition, mergers reduce the scope for competition between hospitals.

Santé mentale
Mental health

49524

OUVRAGE

THORNICROFT (G.), TANSELLA (M.)
GOLDBERG (D.) / préf.

***The mental health matrix : a manual
to improve services.***

*La matrice de la santé mentale : un manuel
pour améliorer les services.*

Cambridge : Cambridge University Press : 2006 :
291p., index

Cote Irdes : A4318
<http://www.amazon.fr/Mental-Health-Matrix-Services-Improvement/dp/0521621550>

There have been major changes to mental health services internationally in recent years revolving around the concept of care in the community. Although speed of change and precise service mechanisms differ among countries, there is nevertheless an increasingly widespread consensus on key components essential to adequate care provision. This in turn provides an opportunity to develop a widely acceptable model framework to direct future developments. This book proposes a simple model that can be used as a guide to increased clinical effectiveness through focused evidence-based reform. Using a time/space framework, it is intended to act as a practical aid to diagnosis of strengths and weaknesses in services that will be used by care providers, trainees, and planners (4e de couverture).

Tarification hospitalière Hospital payment system

49449
RAPPORT
COHEN (M.), MCGREGOR (M.), IVANOVA (I.)
Canadian Center for Policy Alternatives.
(C.C.P.A.). Vancouver BC. CAN

Beyond the Hospital Walls. Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform

Au-delà des murs de l'hôpital. Financement à l'activité contre réforme des soins de santé intégrés.

Vancouver: CCPA : 2012 : 48p., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2012/01/CCPA-BC_ABF_2012.pdf

This study raises concerns about Activity-Based Funding (ABF), a health care funding model introduced in British Columbia that

pays hospitals based on the number of surgeries performed. The study argues that **ABF's narrow focus does not address the need to control overall hospital costs while improving patient care.**

49320
DOCUMENT DE TRAVAIL
DAIDONE (S.), SMITH (A.)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

Estimating the Costs of Specialised Care: Updated Analysis Using Data for 2009/10

Estimation des coûts des soins spécialisés : une analyse réactualisée qui utilise des données 2009-2010.

CHE Research Paper Series : 71
York : University of York : 2011/11 : 26p., tabl., fig.
Cote Irdes : P149/6
http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP71_estimating_the_costs_of_specialised_care.pdf

We were commissioned by the Department of Health's Payment by Results (PbR) team to use 2009/10 data update the analysis we performed using 2008/9 data to estimate the marginal costs of providing specialised care (Daidone and Street, 2011). The objectives of the original work were to investigate: 1. Whether the costs associated with specialised activity are significantly different from nonspecialised activity within the same HRG; 2. Whether any differences in costs between specialised and non-specialised activity are due to differences in productive efficiency. The objective of the update is: 1. To see whether the results obtained on the 2008-09 data are robust to 2009-10 data. 2. To investigate whether there is a case for differentiating payment on the basis of marginal cost differences arising when patients transferred between providers.

48156

RAPPORT, INTERNET

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

Les réalisations de la campagne budgétaire 2010.

Paris : ATIH : 2011 : 185p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000400005FE>

Ce rapport sur les réalisations de la campagne budgétaire et tarifaire 2010 relatifs aux établissements de santé présente les résultats suivants. L'exercice 2010 est marqué par une évolution de l'activité des établissements de santé très soutenue. Ce dynamisme des dépenses s'est avéré incompatible avec le niveau des dépenses d'assurance maladie tel que fixé par la Loi de financement de la Sécurité sociale. Il **s'articule autour de trois** parties. Le premier chapitre vise à mesurer les réalisations de dépenses d'assurance maladie

et à les comparer aux prévisions de dépenses réalisées au moment de la construction des objectifs au titre de ce même exercice. Ces mesures sont présentées par enveloppe, en valeur absolue comme en taux de progression ; le second présente une analyse plus fine et plus détaillée de l'activité MCO (Médecine chirurgie obstétrique) des établissements de santé. Il s'attache plus particulièrement, et ce pour chacun des deux secteurs, à décrire les facteurs (catégorie d'établissements, catégorie de prises en charge, catégorie d'activités de soins, catégorie majeure de diagnostic) pouvant expliquer cette évolution du volume des dépenses ; la dernière partie présente un suivi plus spécifique de certaines activités comme la chirurgie ambulatoire, le cancer, les soins palliatifs, etc. Un document complémentaire à ce rapport présente pour chaque région une fiche de synthèse sur les dépenses des établissements de santé.

Professions de santé/Health professions

Démographie médicale

Medical demography

49172

INTERNET

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

Professionnels de santé libéraux : données géographiques détaillées.

Paris : CNAMTS : 2011/12 : xls

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-geographiques/demographie-des-professionnels-de-sante.php>

Cette rubrique détaille les données relatives à la démographie, à l'activité et aux honoraires des professionnels de santé libéraux. Ces données sont issues du Système national inter-régimes (SNIR). L'ensemble des informations relatives aux professionnels de santé libéraux est disponible au format excel par région et par département, pour l'année 2010. Grâce aux "Données complètes", l'utilisateur pourra, pour une année, filtrer ces données pour obtenir des tableaux personnalisés.

Infirmiers

Nurses

49967

RAPPORT

PELLET (F.), PICARD (J.M.)

Unité Transversale d'Éducation et de Promotion de la Santé du Pays des Vans. MSP/Station médicale Léopold Ollier. Les Vans. FRA

Place d'une consultation infirmière de suivi de patients atteints de maladie chronique dans les maisons et pôles de santé en France. Quelques éléments de réflexion et perspectives tirés d'une enquête (09/2011).

Les Vans : Unité transversale d'éducation et de promotion de la santé du Pays des Vans. : 2012 : 96p.+ annexes, tabl., fig.
Cote Irdes : C, en ligne

Cette étude avait pour but de connaître, par le biais d'une enquête comment les médecins généralistes et les infirmier(e)s se représentaient la consultation infirmière dans les maisons et pôles de santé. Elle s'est surtout centrée sur les consultations en lien avec la prévention, la santé publique, l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé qui s'appuient sur le rôle propre de l'infirmier(e). Cet état des lieux comportait, entre autres, une évaluation de la place accordée à une démarche de soins basée sur la classification internationale des diagnostics, interventions et résultats de soins infirmiers, aux représentations de l'éducation et de la santé, mais aussi à la place attribuée aux concepts de santé, d'éducation et aux théories infirmières.

Migration internationale

International migration

49282

RAPPORT, INTERNET

WETS (J.), DE BRUYN (T.)

Fondation Roi Baudouin. Bruxelles. BEL

La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé ?

Bruxelles : Fondation Roi Baudouin : 2011/12 : 113p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05%209_Pictures_documents_and_external_sites/09%209_Publications/PUB2011_3023_MigrationPenuriesPersonnelSante.pdf

Comme d'autres pays de l'Union européenne, la Belgique fait face à de grands défis dans le secteur des soins et de la santé. La demande de personnel soignant ne fait que croître sous **l'effet du vieillissement de la population et les établissements de soins ont du mal à attirer suffisamment de travailleurs pour pourvoir aux postes vacants.** Parmi les pistes qui peuvent être exploitées afin de pallier la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur figure le **recrutement de personnel à l'étranger.** Depuis plusieurs années, certains hôpitaux et maisons de soins font appel à du personnel étranger. A la demande de la Fondation Roi Baudouin, HIVA (KULeuven) a réalisé une étude visant à **examiner ce phénomène de plus près. Qu'en est-il de la présence en Belgique de professionnels de la santé d'origine étrangère ?** Quels sont les principaux pays dont ils proviennent et par quels canaux arrivent-ils sur notre marché du travail ? Quel est le rôle joué par les agences de recrutement ? Quel est **l'impact sur les pays d'origine ? C'est notamment à ces questions que cette étude tente d'apporter une réponse.**

Pharmaciens d'officine
Pharmacists

49263

DIPLOMES

FOLCO (J.B.)

Université de Grenoble 1. Faculté de Pharmacie. Grenoble. FRA

Mécanique et modèles économiques en officine : contribution pour une nouvelle rémunération.

Thèse de Doctorat de Pharmacie ; Université de Grenoble 1. UFR de Pharmacie.

Grenoble : Université de Grenoble 1 : 2011/11 :

Cote Irdes : En ligne

http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/62/54/12/PDF/2011GRE17026_folco_jean-patrice_1_D_.pdf

La profonde modification du système de distribution depuis l'explosion des hypermarchés en France a entraîné une modification du réseau des pharmacies françaises. Les dérives de la loi de répartition ont permis la création de pharmacies atypiques fonctionnant essentiellement sur un modèle de distribution. La taille de ces officines, la libération des prix et l'ouverture du monopole ont fait croire à la profession que son développement passait obligatoirement par des augmentations de trafics. La mise en place de la MDL (Marge dégressive lissée) en 1990 n'a pas modifié les analyses économiques de la profession ou des intervenants, toutes les analyses continuant à se reposer sur le seul modèle économique commercial à marge linéaire. En analysant l'économie officinale avec des indicateurs objectifs permettant la lecture de l'association de 2 marges de nature différente, cette étude montre l'existence de modèles économiques fonctionnant avec une mécanique dépendant du mode d'exercice du titulaire. En abandonnant l'association de la rentabilité avec des taux de marge aux profits des valeurs ajoutées, il est montré que les écarts de rémunérations sont en faveur de ceux qui ont fait le choix d'un exercice libéral. La modélisation économique est devenue indispensable pour comprendre les changements actuels de notre économie et pour appréhender les futurs changements dus à la loi HPST (Hôpital patients santé et territoires). Seule la connaissance de son modèle économique permettra de savoir si la nouvelle rémunération promise sera suffisante économiquement ou permettra de déterminer quelle rémunération sera la plus profitable à son économie. Le résultat est que, sauf pour l'honoraire à l'ordonnance, le modèle libéral est le modèle qui profitera le mieux d'une future modification de la rémunération.

Médicaments/Pharmaceuticals

Antidépresseurs *Antidepressants*

47770

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BLANCHFLOWER (D.G.), OSWALD (A.J.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

Antidepressants and Age

Antidépresseurs et âge.

IZA Working Paper ; 5785
Bonn : IZA : 2011/06 : 28p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp5785.pdf>

Antidepressants as a commodity have been remarkably little-studied by economists. This study shows in new data for 27 European countries that 8% of people (and 10% of those middle-aged) take antidepressants each year. The probability of antidepressant use is greatest among those who are middle-aged, female, unemployed, poorly educated, and divorced or separated. A hill-shaped age pattern is found. The adjusted probability of using antidepressants reaches a peak – approximately doubling – in people's **late 40s**. This finding is consistent with, and provides a new and independent form of corroboration of, recent claims in the research literature that human well-being follows a U-shape through life.

Benzodiazépines *Benzodiazepines*

49336

RAPPORT, INTERNET

CAVALIE (P.) / coord., RICHARD (N.) / coord.
Agence Française de Sécurité Sanitaire des
Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-
Denis. FRA

Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France

St Denis : AFSSAPS : 2012/01 : 46p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf

Les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central et qui possèdent toutes des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes mais a des niveaux différents en fonction de leur structure chimique. En France, 22 benzodiazépines et apparentées sont actuellement commercialisées. Elles sont ainsi indiquées et prescrites, selon leurs propriétés pharmacologiques, dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses, dans les manifestations du sevrage alcoolique, dans les troubles sévères du sommeil, dans le traitement des épilepsies généralisées ou partielles et le traitement des contractures musculaires douloureuses. Depuis les années 1990, de nombreux travaux ont souligné le niveau élevé de la consommation de médicaments psychotropes des français, en particulier des anxiolytiques et des hypnotiques, principalement représentés par les benzodiazépines. En 2009, selon certaines données européennes, la France était le deuxième pays européen consommateur **d'anxiolytiques (après le Portugal) et d'hypnotiques (après la Suède). Par ailleurs, un certain nombre d'effets négatifs et de risques** sont associés à la consommation de ben-

zodiazépines. Ce rapport vise à étudier la consommation actuelle des benzodiazépines en France et son évolution depuis 10 ans au travers des données de ventes déclarées à l'Afssaps, de données de remboursement de l'assurance maladie, d'études réalisées sur des populations particulières et de données provenant des systèmes de vigilance de l'Afssaps. Il présente également les actions réalisées par les autorités sanitaires ainsi qu'un plan d'action proposant des mesures pour limiter la consommation des benzodiazépines et favoriser leur bon usage.

Brevets Patents

49723

OUVRAGE

GUESMI (A.)

FARJAT (G.) / préf., REMICHE (B.) / post.

Le médicament à l'OMC : droit des brevets et enjeux de santé.

Bruxelles : Editions Larcier : 2011 : 652p., index

Cote Irdes : A4330

<http://www.lgdj.fr/theses/232624/medicament-omc-droit-brevets-enjeux-sante>

Si le médicament peut faire l'objet d'un brevet, il est avant tout un produit de santé. Cette double nature en fait un objet singulier, tiraillé entre des finalités parfois opposées. **L'avènement d'une protection du brevet à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) résulte d'un lobbying sans précédent de l'industrie pharmaceutique.** L'interprétation qui a été faite des normes ADPIC (Accord sur les aspects de droit et propriété intellectuelle liés au commerce), combinée à une politique commerciale agressive, a conduit à des situations de blocage. Le cas des anti-rétroviraux utilisés dans le traitement du VIH/Sida est topique. Il révèle la portée mondiale de ce problème d'accès à des biens essentiels à l'humanité. Cet ouvrage opère d'abord un retour sur la genèse du brevet à

l'OMC, puis dresse un bilan de sa mise en œuvre, en termes de santé publique. Il constate ensuite que les avancées concédées sur ce terrain, depuis la Déclaration de Doha, restent marginales malgré les « flexibilités » prévues par l'Accord sur les ADPIC. Il propose donc des pistes de réflexion en vue de réformer le droit des brevets et le fonctionnement de l'OMC, de façon à les rendre conformes à l'objectif de développement sous le signe duquel cette organisation a placé son action.

Classification Classification

49307

REPertoire, INTERNET

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

Collaborating Centre for Drug Statistics

Methodology. Oslo. NOR

Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) classification and DDD (Daily Dose Defined) assignment 2012.

Recommandations pour la classification ATC (Classification anatomique, thérapeutique et chimique) et l'attribution des DDD (Dose de médicament définie par jour) 2012.

Oslo : OMS Collaborating Centre for Drug Statistics

Methodology. : 2012 : 276p.

Cote Irdes : Ud323/1-2 (2012)

<http://www.whocc.no>

L'objectif de ce guide est de mettre à la disposition de l'utilisateur des recommandations concernant la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) et la notion de DDD (Dose définie par jour) pour les médicaments.

Conflits d'intérêt
Conflicts of interest

49331
DOCUMENT DE TRAVAIL
VEGA (A.)

Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français.

Roubaix : Formindep : 2011 : (200p.), annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf

Au regard de nombreuses études internationales, l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions de médicaments n'est plus à démontrer. Suite aux différentes affaires révélées dans les médias, il est désormais connu que les pressions des industriels s'exercent conjointement en France à tous les niveaux du système de santé : à l'hôpital, en médecine de ville, via la presse professionnelle et dans les instances de régulation nationale (au sein des principaux organes de décision de mise sur le marché des produits). Pourtant, les médecins, dont les médecins généralistes, continuent dans leur grande majorité soit à collaborer activement avec les firmes, soit à dénier être influencés par ces dernières. En repartant d'abord de faits observés en médecine générale, puis en s'appuyant sur les données d'enquêtes réalisées auprès d'autres médecins, il s'agit de mieux comprendre l'origine de ces dénis, c'est-à-dire de présenter quelles sont concrètement les stratégies des industriels.

Dossier pharmaceutique
Pharmaceutical record

48614
OUVRAGE
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.
(C.N.O.P.). Paris. FRA

Le dossier pharmaceutique.

Paris : CNOP : 2011 : 31p.
Cote Irdes : A4234

Ce premier cahier de l'Ordre national des pharmaciens dresse un bilan du dossier pharmaceutique : chiffres clés, mode d'emploi, perspectives et acteurs.

Etudes d'ensemble
Global studies

47027
RAPPORT, INTERNET
CAMERON (A.), EWEN (M.), AUTON (M.), ABEGUNDE (D.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Genève. CHE

The World Medicines Situation Report 2011.

Rapport mondial 2011 sur les médicaments.

Genève : OMS : 2011 : 32p., tabl., graph., ann.
Cote Irdes : En ligne
http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/index.html

Medicine availability and prices in both public and private sectors are key indicators of access to treatment. Surveys of medicine prices and availability, conducted using a standard methodology, have shown that poor medicine availability, particularly in the public sector, is a key barrier to access to medicines. Public sector availability of generic medicines is less than 60% across WHO regions, ranging from 32% in the Eastern Mediterranean Region to 58% in the European Region. Private sector availability of generic medicines is higher than in the public sector in all regions. However, availability is still less than 60% in the Western Pacific, South-East Asia and Africa Regions. In countries where patients pay for medicines in the public sector, average prices of generic medicines range from 1.9 to 3.5 times international reference prices (IRPs) in the Eastern Mediterranean and Western Pacific

Regions, respectively. While public sector availability of originator brand medicines is low, when these medicines were sold to patients their average costs ranged from 5.3 times IRPs in the Eastern Mediterranean Region to 20.5 times IRPs in the European Region.

Médicaments génériques Generic drugs

à48498

INTERNET, DOSSIER DE PRESSE

Gemme. Paris. FRA

Le modèle français du générique, quelle efficience économique ?

Paris : GEMME : 2011/03 : 29p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.medicamentsgeneriques.info/wp-content/uploads/2011/03/Presentation_Etude_Prix_FINALE_09_03_2011.pdf

Cette étude a pour objectif d'analyser le coût de la consommation de médicaments génériques en France par rapport à dix pays européens. Elle est fondée sur la base de données brutes IMS de Juillet 2010 et concerne 74 molécules ou DCI qui représentent plus de 80 % du chiffre d'affaire total des génériques remboursables sur le marché français dans dix pays européens : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Italie, Pologne, Portugal et Royaume Uni. L'analyse descriptive a constitué en un travail sur les prix moyens des différents pays étudiés. Elle montre que la France est un pays avec des prix légèrement inférieurs à la moyenne européenne

49540

RAPPORT, INTERNET

MENKES (C.J.)

Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

Place des génériques dans la prescription.

Paris : Académie nationale de médecine : 2012 : 7p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.academie-medecine.fr/generiques.pdf>

Ce rapport sur la place des génériques dans la prescription analyse dans un premier temps les freins à la substitution, en baisse de 3 % l'an dernier : médecins et patients s'interrogent ainsi sur la réelle équivalence entre princeps et génériques, sur leur efficacité, leur sécurité, leur origine et leur évaluation, les risques causés par les excipients, l'observance et le fait qu'ils puissent être une entrave à la recherche pharmaceutique. L'Académie émet ensuite cinq recommandations : prescrire en DCI ; appliquer les dispositions réglementaires de contrôle de qualité ; soumettre les génériques et les princeps aux mêmes règles de pharmacovigilance et de pharmaco-épidémiologie ; présenter les deux types de médicament de façon similaire, ou encore lister les principes actifs indispensables à avoir à disposition et les produire en France pour éviter les ruptures d'approvisionnement.

48033

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

DANZON (P.M.), FURUKAWA (M.F.)

National Bureau of Economic Research.

(N.B.E.R.). Cambridge. USA

Cross-National Evidence on Generic Pharmaceuticals: Pharmacy vs. Physician-Driven Markets

Médicaments génériques : étude internationale comparée entre les marchés du médicament selon que ces derniers soient dépendants du pharmacien ou du médecin.

NBER Working Paper Series ; 17226

Cambridge : NBER : 2011/07 : 44p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nber.org/papers/w17226>

This paper examines the role of regulation and competition in generic markets. Generics offer large potential savings to payers and consumers of pharmaceuticals. Whether the potential savings are realized depends on the extent of generic entry and uptake and the level of generic prices. In the U.S., the regulatory, legal and incentive structures encourage

prompt entry, aggressive price competition and patient switching to generics. Key features are that pharmacists are authorized and incentivized to switch patients to cheap generics. By contrast, in many other high and middle income countries, generics traditionally competed on brand rather than price because physicians rather than pharmacies are the decision-makers. Physician-driven generic markets tend to have higher generic prices and may have lower generic uptake, depending on regulations and incentives. Using IMS data to analyze generic markets in the U.S., Canada, France, Germany, U.K., Italy, Spain, Japan, Australia, Mexico, Chile, Brazil over the period 1998-2009, we estimate a three-equation model for number of generic entrants, generic prices and generic volume shares. We find little effect of originator defense strategies, significant differences between unbranded and unbranded generics, variation across countries in volume response to prices. Policy changes adopted to stimulate generic uptake and reduce generic prices have been successful in some E.U. countries.

Marché Market

48503

RAPPORT, INTERNET

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres clés 2010.

St Denis : AFSSAPS : 2011/09 : 28p., tab., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/990d02ce5b54dd4e2a19e603ccdf3ccd.pdf

Publiés depuis 2005 à partir des données que recueille l' Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), ces

chiffres-clés s'efforcent de retracer les évolutions les plus significatives, de mentionner les faits les plus marquants et de dégager les caractéristiques essentielles du marché pharmaceutique. Ils répondent à la préoccupation de diffuser rapidement, sous une forme synthétique, les principaux résultats de l'année écoulée et d'apporter ainsi les données plus récentes dont on ne peut se passer pour étudier la conjoncture. Cette septième édition présente d'importantes modifications, tant dans sa forme que dans son contenu. De nouvelles données, portant notamment sur les caractéristiques de la consommation pharmaceutique et sur certains marchés spécifiques, y ont été intégrées. Quelques résultats ne sont pas encore définitifs, mais les corrections qui y seront éventuellement apportées, devraient être limitées et ne pas modifier les tendances dégagées.

Politique du médicament Drug policy

49539

DOCUMENT DE TRAVAIL

DRUMMOND (M.)

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

Twenty Years of Using Economic Evaluations for Reimbursement Decisions. What Have We Achieved?

Vingt années d'utilisation des évaluations économiques dans les décisions de remboursement : qu'avons-nous accompli ?

CHE Research Paper Series : 75

York : University of York : 2012/02 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : c,P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP75_Using_economic_evaluations_for_reimbursement_decisions.pdf

The objective of this paper is to examine the impact of economic evaluation on the reimbursement process for pharmaceuticals.

Before the introduction of economic evaluation, a range of arrangements existed across different jurisdictions, varying from reimbursement based on clinical criteria alone and price controls, to a total absence of controls over price or reimbursement. The changes in the structure of reimbursement policies necessary to incorporate economic evaluation have been accomplished without major difficulty in most jurisdictions. However, several methodological differences in international guidelines for economic evaluation exist, only some of which can easily be justified. A number of beneficial changes in reimbursement processes have also been observed, such as a trend towards requiring the measurement of more meaningful clinical endpoints and increased engagement between manufacturers, drug regulators and payers. A consistent finding in studies of reimbursement decisions is that economic considerations have been influential, second only to the strength of the clinical evidence for the drug of interest. The impact of economic evaluation on the allocation of healthcare resources is hard to ascertain because of the difficulties in specifying the counterfactual and the fact that little is known about the extent to which reimbursement decisions actually lead to changes in healthcare practice. However, there is evidence that economic evaluation has assisted price negotiations and enabled reimbursement agencies to target drugs to those patients who will benefit the most. In publicly financed healthcare systems, an evidence-based system of pricing and reimbursement for drugs, considering societal willingness-to-pay, is a reasonable policy objective to pursue.

49313

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FILIPPINI (M.), GONZALEZ ORTIZ (L.G.),
MASIERO (G.)
University of Lugano. Department of
Economics. Lugano. CHE

***Assessing the impact of antibiotic
policies in Europe***

***Evaluation de l'impact des politiques
concernant les antibiotiques en Europe.***

Quaderno N. 12-02

Martigny : RERO : 2011/11 : 23p., fig., tabl.+ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000.42.6.20111222090546-HR/wp1202.pdf>

Because of evidence of causal association between antibiotic use and bacterial resistance, the implementation of national policies has emerged as an interesting tool for controlling and reversing bacterial resistance. The aim of this study is to assess the impact of public policies on antibiotic use in Europe using a differences-in-differences approach. Comparable data on systemic administered antibiotics in 21 European countries are available for a 11-years panel between 1997 and 2007. Data on national campaigns are drawn from the public health literature. We estimate an econometric model of antibiotic consumption with country fixed effects and control for the main socioeconomic and epidemiological factors. Lagged values and the instrumental variables approach are applied to address endogeneity aspects of the prevalence of infections and the adoption of national campaigns. It found evidence that public campaigns significantly reduce the use of antimicrobials in the community by 1.4 to 3.7 defined daily doses per 1000 inhabitants. This roughly represents an impact between 7.2% and 18.5% on the mean level of antibiotic use in Europe between 1997 and 2007. The effect is robust across different measurement methods. Further research is needed to investigate the effectiveness of policy interventions targeting different social groups such as general practitioners or patient.

48961

RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

***Plan national d'alerte sur les
antibiotiques 2011-2016.***

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011/11 : 78p.,
tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf

Le présent plan prend la suite de deux plans **nationaux pour préserver l'efficacité des antibiotiques** (2001-2005 et 2007-2010), qui visaient à maîtriser et rationaliser la prescription des antibiotiques. Ce troisième plan a pour titre « **plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques** ». **Derrière ce titre se profile une menace de santé publique majeure : un nombre croissant de situations d'impasse thérapeutique contre des infections bactériennes, du fait du développement des résistances aux antibiotiques. Cette menace appelle une mobilisation déterminée et durable de l'ensemble des acteurs impliqués dans le cycle de vie des antibiotiques, afin de concilier des objectifs individuels (qualité de la prise en charge des patients) et collectifs (préservation d'une ressource rare, précieuse et difficile à renouveler).**

Pharmacovigilance Drug safety

49396

OUVRAGE

FRACHON (I.)
BRAUMAN (R.) / préf.

Mediator 150 mg. Combien de morts ?

Brest : editions-dialogues.fr : 2010 : 148p.

Cote Irdes : c, A4301

Le 25 novembre 2009, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé annonce la suspension de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament. Il s'agit du **Mediator**, commercialisé depuis plus de trente ans, alors consommé quotidiennement par près de 300 000 français. Cette décision fait suite à la révélation d'une toxicité grave directement liée au médicament : une atteinte des valves du cœur, aux conséquences parfois mortelles. Les premiers éléments laissant suspecter la possibilité d'une telle toxicité

remontent à 1997 ; date à laquelle un médicament très proche, le coupe-faim **Isoméride**, est interdit pour les mêmes raisons. Médecin, j'ai été pendant vingt ans témoin puis acteur de cet épisode dramatique. J'ai pris la décision de raconter la chronique des événements auxquels j'ai pris part. Je pense qu'il est de mon devoir de citoyen de témoigner de ce que j'ai vécu, de la manière la plus factuelle possible, afin de permettre à chacun de découvrir le dessous des cartes, les rouages aboutissant aux prises de certaines décisions de santé publique en France (4e de couverture).

49350

RAPPORT

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

Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments.

St Denis : HAS: 2011 : 152p.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_117_0134/securisation-et-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments

La saisine de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) de juin 2009 demande l'adaptation au contexte français des outils d'autoévaluation et d'amélioration de la sécurité d'administration des médicaments sur la base des travaux internationaux (Canada, USA, Australie.), notamment pour les médicaments de niveau d'alerte élevé sur la base du bilan des déclarations des erreurs médicamenteuses (EM) du guichet des EM de l'AFSSAPS et des déclarations de pharmacovigilance. Elle rencontre les préoccupations identifiées au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) visant à apporter une aide aux établissements de santé dans la mise en place de leurs démarches de gestion des risques liés aux soins au moyen d'outils adaptés. Les résultats de la procédure de certification des établissements montrent d'ailleurs que les phases de dispensation, d'administration et de prescription du médicament sont parmi les 10

critères faisant l'objet du plus grand nombre de décisions.

48977
FASCICULE

Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique.

Paris : Prescrire : 2011 : 76p.
Cote Irdes : En ligne
<http://campus.prescrire.org/Fr/100/320/PositionsList.aspx>

Ce petit manuel est une sélection de textes publiés ces dernières années dans la revue Prescrire et qui propose quelques repères importants, des raisonnements de base, des concepts indispensables pour mieux comprendre les domaines de la pharmacovigilance et de la pharmacologie clinique. Il vise à aider, à connaître et à comprendre les **effets d'un médicament pour mieux prévoir les conséquences de ces effets, et mieux mettre les patients à l'abri des effets indésirables.**

48704
RAPPORT, INTERNET
CAZEAU (B.)

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

Rapport sur le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Paris : Sénat : 2011/10 : 263p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.senat.fr/rap/l11-044/l11-0441.pdf>

Après avoir présenté, à l'instar de la mission d'information sénatoriale sur le Mediator, un bref panorama du cadre actuel dans lequel s'exerce la police sanitaire, il demeure nécessaire de faire valoir à nouveau ce que les **Français sont en droit d'attendre de la réforme de la sécurité sanitaire et de mesurer à cette aune les propositions du Gouvernement, complétées par l'Assemblée nationale.**

Prescription
Prescription

49265
RAPPORT
VEGA (A.)

Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique - Recherche en ethno-sociologie médicale.

Paris : Formindep : 2011 : 17p.
Cote Irdes : B7090
<http://www.formindep.org/Les-surprescriptions-de.html>

Docteur en anthropologie sociale et ethnologie, Anne Vega a mené une enquête sur le rapport des médecins aux médicaments et l'influence des firmes pharmaceutiques sur leur pratique. Dans cette étude publiée sur le site du Formindep, association pour une formation professionnelle indépendante, la chercheuse observe une forte tradition positiviste vis-à-vis des médicaments. Les praticiens ne sont habitués ni à développer leur esprit critique sur les médicaments, ni à s'interroger sur les pratiques [de prescription] médicales. Ainsi, l'émission d'une ordonnance devient un réflexe. De plus, les médecins tendent de plus en plus à fournir une réponse médicamenteuse à certains problèmes sociaux. Enfin, les laboratoires deviennent très vite des partenaires, qui tentent de rester au plus près des besoins des praticiens, leur délivrant des informations à minima et recourant à la flatterie.

Prix
Pricing

49491

DOCUMENT DE TRAVAIL

SORASITH (C.), CELANT (N.), PICHETTI (S.),
SERMET (C.), CARTIER (T.), BERGUA (L.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Déterminants de l'écart de prix entre
médicaments similaires et le premier
entrant d'une classe thérapeutique.***

Document de travail (Irdes) ; 43

Paris : Irdes : 2012/02 : 42p.

Cote Irdes : DT43

[http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDe
Travail/DT43DeterminantsPrixMedicamentsClasse
Therapeutique.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT43DeterminantsPrixMedicamentsClasseTherapeutique.pdf)

Cette recherche vise à estimer, au sein de 31 groupes de médicaments homogènes du point de vue de leur structure moléculaire et de leurs indications, l'écart de prix entre la première présentation arrivée sur le marché et les similaires qui l'ont suivie, et à analyser les déterminants de cet écart de prix. Les résultats montrent l'existence d'écarts de prix significatifs avec un écart moyen de 59 % par groupe. Au sein d'un groupe donné, l'innovation accroît les écarts de prix tandis que l'arrivée de génériques dans un groupe ou la mise sous TFR (Tarif forfaitaire de responsabilité) les réduit.

Technologies médicales/Medical technologies

Communication Communication

48178

OUVRAGE

ROUTIER (C.) / éd., ARRIPE (A.d') / éd.

Communication & santé : enjeux contemporains.

Villeneuve d'Asq : Presses universitaires du Septentrion : 2010 : 275p.

Cote Irdes : A4233

<http://www.histoiredesmedias.com/Communication-et-sante-Enjeux.html>

La communication est au cœur de la santé contemporaine depuis les politiques publiques jusqu'à la relation patient – soignant, derrière la médiatisation de notre système de santé et ses évolutions, dans la rencontre de publics hétérogènes par des professionnels multiples. **L'interdisciplinarité est désormais le maître mot** et la communication, le carrefour des questions émergentes du monde de la santé. Considérer chacun dans son vécu de la **maladie, tracer l'évolution des conceptions et des modèles de la santé, développer le travail en réseau pour une santé globalisée, partager l'information et les connaissances médicales** avec le plus grand nombre ? tels sont quelques-uns des enjeux abordés dans cet ouvrage. En dialogue avec les professionnels et avec la société civile, une trentaine de chercheurs développent ici leurs analyses des réseaux de **santé, du discours des médias, de l'usage des TIC (technologies de l'information et de la communication) et des lieux de soin**. Les étudiants et enseignants en sciences de l'information et de la communication seront directement interpellés par ces analyses.

Innovation Innovation

49542

RAPPORT, INTERNET

BIRRAUX (C.), LE DEAUT (J.Y.)

Sénat. Paris. FRA, Assemblée Nationale.

(A.N.). Paris. FRA, Office Parlementaire

d'Evaluation des Choix Scientifiques et

Technologiques. (O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

L'innovation à l'épreuve des peurs et des risques (tome 1 et 2).

Rapport; n° 286, Rapport; n° 4214

Paris : Assemblée Nationale, Paris : Sénat : 2 vol. (379; 491p.)

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/rap/r11-286-2/r11-286-21.pdf>

Les principaux thèmes de réflexion de ce rapport sont les suivants. Quelles sont les conditions nécessaires pour que l'innovation ait un rôle moteur dans le monde du début du XXIème siècle ? Comment peut-on tirer les leçons des expériences réussies et des échecs, en tenant compte de la spécificité du système français de recherche et de stimulation de l'innovation ? Faut-il mettre en place une stratégie nouvelle permettant de rendre notre pays plus réactif et plus innovant ? Quels sont les politiques et les outils qui permettraient de mieux évaluer les risques au regard des bénéfices et de rendre l'innovation plus dynamique ? Dans le domaine de la santé, **l'innovation a été privilégiée. Les réels dysfonctionnements de l'industrie pharmaceutique, les conflits d'intérêt n'ont pas été approfondis, car ils le sont dans plusieurs autres rapports parlementaires, tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.**

48535

RAPPORT, INTERNET

BIRRAUX (C.)

Sénat. Paris. FRA, Assemblée Nationale. Paris. FRA, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

Rapport sur les sauts technologiques en médecine

Rapport; n° 3723, rapport; n°791

Paris : Assemblée Nationale, Paris : Sénat : 2011 : 79p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-off/i3723.pdf>

Ce rapport est un compte-rendu de l'audition publique sur les sauts technologiques en médecine. Elle s'est proposée d'analyser, à partir de différents exemples (à savoir les thérapies cellulaires, les actes et dispositifs médicaux), les causes qui sont à l'origine des réussites et des échecs de certains sauts technologiques en médecine. Des propositions ont été mises en avant pour surmonter les différents freins empêchant la mise en oeuvre de projets de recherche, propositions qui touchent au cadre législatif, aux institutions et au comportement des acteurs.

Prescription électronique *Electronic prescription*

49507

INTERNET, RAPPORT

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

Comment déployer la prescription électronique ? Note d'orientation.

Paris : CNOM : 2012 : 7p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Prescription_electronique.pdf

La prescription électronique devient incontournable car elle comporte un fort impact positif pour faciliter la sécurité des exercices professionnels et leur qualité tant au

titre de chaque professionnel de santé qu'au titre des bénéficiaires en santé publique, pour améliorer la sécurité et la qualité des prescriptions. Les ordres des professions de santé réunis au sein du CLIO Santé considèrent que le temps est venu d'agir et dressent dans cette note une liste des grandes options qu'il convient de proposer au plus vite à tous les acteurs concernés (d'après le résumé d'auteur).

Radiothérapie *Radiotherapy*

49081

RAPPORT

AOUN (A.), NIZRI (D.), CHIVOT (F.X.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Rapport sur l'organisation de la radiothérapie en Ile-de-France.

Paris : IGAS : 2011 : 79p.

Cote Irdes : C, B7084

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000577/0000.pdf>

Ce rapport sur l'organisation de la radiothérapie en Ile-de-France a pour objectifs : d'effectuer un état des lieux de l'activité de radiothérapie dans l'ensemble des établissements de santé et cabinets libéraux la pratiquant ; d'analyser l'organisation au regard des besoins de la population ; de proposer une réponse à brève échéance aux difficultés rencontrées pour cette prise en charge, d'une part au sud de la Seine-et-Marne et de l'Essonne et d'autre part, dans les Yvelines et le sud de la Seine-Saint-Denis ; de porter une attention toute particulière à la question des coopérations nécessaires pour satisfaire les objectifs de la planification.

Télé santé
Telehealth

48928

RAPPORT, INTERNET

GIORDANO (R.), CLARK (M.), GOODWIN (N.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

Perspectives on telehealth and telecare. Learning from the 12 Whole System Demonstrator Action Network (WSDAN) sites.

Perspectives sur la télé santé et la télémédecine : Leçon issue des douze sites du réseau WSDAN (Whole System Demonstrator Action Network).

WSDAN Briefing Paper.

Londres : King's Fund Institute : 2011 : 43p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/th_perspectives.html

This briefing paper, assembled by The Kings Fund for the British Ministry of Health, looks at Britain's Whole System Demonstrator Action Network (WSDAN), an online telecare and telehealth action research program. The paper examines the experiences of the WSDAN network's 12 sites in implementing telehealth and telecare.

Systemes de santé étrangers/ Foreign health care systems

Australie Australia

48744

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

JOHAR (M.), JONES (G.), KEANE (M.) et al.
University of Technology. Sidney. AUS

Discrimination in a universal health system: Explaining socioeconomic waiting time gaps.

Discrimination dans le système de santé universel : Expliquer les écarts socio-économiques du temps d'attente.

UTS Working Paper ; 165

Sydney : UTS : 2011 : 44p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.finance.uts.edu.au/research/wpapers/wp165.pdf>

One of the core goals of a universal health care system is to eliminate discrimination on the basis of socioeconomic status. This working paper tests for discrimination using patient waiting times for non-emergency treatment in public hospitals. Waiting time should reflect patients clinical need with priority given to more urgent cases. Using data from Australia, it finds evidence of prioritisation of the richest patients, especially the least urgent, who can be delayed with lower health risks, thereby allowing more scope for discrimination. The rich also benefit from variation in supply endowments. These results challenge the universal system's core principle of equitable treatment.

Autriche Austria

48922

OUVRAGE, INTERNET

LADURNER (J.) / éd., GERGER (M.) / éd., HOLLAND (W.W.) / éd. et al.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Public health in Austria - An analysis of the status of public health.

Santé publique en Autriche - une analyse de l'état de la santé publique.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2011 : 370p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf

Current demographic, medical and economic developments challenge the Austrian health care system in a hitherto unknown way, to be relevant not only today but also for decades to come. Actors are confronted with the difficult task of providing accessible, needs-orientated, high-quality and cost-effective health care services to everyone. Great efforts need to be made to promote sustainable health for the entire population, especially in view of the fact that disadvantaged population groups currently tend to have less favourable health opportunities and outcomes and that health system processes can intensify this situation. Health service provision must strive to be independent of income, level of education or professional status. Orientating health policy solely towards the health care sector is too limited. Modern health policy, which is characterized by a public health orientation, combines scientific, organizational and political efforts in order to promote the health

of populations or defined population groups and creates health care systems which show a **stronger focus on people's needs and efficiency**. Quality, effectiveness, efficiency, free access, equitable and needs-oriented health services are the basis for an optimal level of health care services for the population in the long term.

Canada
Canada

49162
RAPPORT, INTERNET

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

Healthcare in Canada 2011 : focus on seniors and aging

Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement.

Ottawa : C.I.H.I. : 2011 : 33p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf

Ce rapport est le douzième d'une série annuelle sur le système de santé et la santé des Canadiens. Au Canada comme dans de nombreux pays développés, la population est vieillissante et les personnes âgées sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que jamais auparavant. Le rapport examine l'incidence de la croissance de la population âgée sur le système de santé et aborde les différentes façons d'adapter le système pour répondre aux besoins futurs. Cette année, le rapport est accompagné d'un sommaire pour les provinces et territoires rassemblant les éléments clés et présentant, dans la mesure du possible, des analyses plus détaillées

Hongrie
Hungary

49142
OUVRAGE

GAAL (P.), SZIGETI (S.), CSERE (M.), et al. Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. EUR, European Observatory on Health Care Systems. Brussels. EUR

Hungary: health system review.

Revue du système de santé : Hongrie

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2011 : 266p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : C, en ligne
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/155044/e96034.pdf

The Health Systems in Transition profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of reform and policy initiatives in progress or under development in a specific country. Each profile is produced by country experts in collaboration with the Observatory's research directors and staff. In order to facilitate comparisons between countries, the profiles are based on a template, which is revised periodically. The template provides detailed guidelines and specific questions, definitions and examples needed to compile a profile. Health Systems in Transition profiles seek to provide relevant information to support policy-makers and analysts in the development of health systems in Europe. They are building blocks that can be used: to learn in detail about different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the main actors in health systems; to describe the institutional framework, the process, content and implementation of health care reform programmes; to highlight challenges and areas that require more in-depth analysis; and to provide a tool for the dissemination of information on health systems and the exchange of experiences of reform strategies between policy-makers and analysts in different countries.

Etats-Unis
United States

49185

INTERNET, RAPPORT

ANDREWS (R.E.), TIERNEY (J.F.)
United States General Accounting Office.
(G.A.O.). Washington WA. USA

Private Health Insurance: Early Indicators Show That Most Insurers Would Have Met or Exceeded New Medical Loss Ratio Standards.

Assurance maladie privée : Les premiers indicateurs montrent que la plupart des assureurs ont atteint ou dépassé les nouvelles normes médicales de sinistralité.

Washington : GAO : 2011/10 : 16p., fig., ann.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.gao.gov/new.items/d1290r.pdf>

To help ensure that millions of Americans who rely on private insurance for health care coverage receive value for their premium dollars, the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) established minimum "medical loss ratio" (MLR) standards for insurers. The MLR is a basic financial indicator, traditionally referring to the percentage of insurance premium revenues health insurers spent on their enrollees' medical claims. The MLR definition specified in the PPACA provision-- referred to as the PPACA MLR in this report--differs from the traditional MLR definition. Key differences are that the PPACA MLR allows insurers to include in their expenses spending on activities to improve health care quality and to deduct from their revenues certain tax payments and fees, and these differences will generally increase insurers' MLRs. Beginning in 2011, PPACA required insurers to meet minimum PPACA MLR standards of 85 percent in the large group market and 80 percent in the small group and individual markets or pay rebates to their enrollees. In implementing these MLR requirements, the Department of Health and Human Services (HHS) includes an adjustment for certain insurers to help address

the disproportionate impact of claims variability on smaller health plans. PPACA MLRs for insurers that cover at least 1,000 but less than 75,000 life years (partially credible insurers) will be upwardly adjusted using a credibility adjustment. Insurers that cover 75,000 or more life years (fully credible insurers) will not receive this adjustment. The PPACA MLR requirements will primarily affect partially and fully credible insurers, which we collectively refer to throughout this report as credible insurers. HHS estimated that in 2011, the PPACA MLR requirements would apply to health insurance plans covering about 75 million insured Americans. The first set of data subject to the requirements will be for insurer experience for calendar year 2011, which are to be submitted to HHS in June 2012. In the interim, in April 2011, insurers submitted preliminary MLR data to the National Association of Insurance Commissioners (NAIC) based on their 2010 experience using the PPACA MLR definition. The 2010 MLR data are not subject to the PPACA MLR rebate requirements. In July 2011, we reported that the 2010 data should be considered transitional and may reflect best estimates that will become more precise with data reported for 2011 and future years. Although these data are transitional, there was interest in early indications of what can be learned from these data given that they are the first data insurers reported using the new PPACA MLR definitions. Congress asked us to conduct an analysis of insurers' 2010 MLR data. We addressed two questions: (1) What can be learned from the 2010 MLR data regarding how reported MLR data varied by different insurer characteristics? (2) To what extent did the credibility adjustment, PPACA MLR formula, and reporting requirements affect insurers' 2010 MLRs? This report finds that most insurers in 2010 would have met or exceeded the 2011 PPACA MLR standards and the impact of various aspects of the PPACA provision varied by market. At least 64 percent of all credible insurers would have met or exceeded the 2011 PPACA MLR standards. A higher percentage of insurers in the large and small group markets met or

exceeded the standards compared to those in the individual market. Insurers in the individual market averaged higher nonclaims expenses, including expenses for brokers' commissions and fees, than those in other markets. The combined effect of the credibility adjustment and the new components of the PPACA MLR formula resulted in greater increases in average adjusted PPACA MLRs for individual and small group market insurers compared to those in the large group market. The average adjusted PPACA MLRs for individual, small group, and large group market insurers in 2010 were 7.5, 6.5, and 4.8 percentage points higher, respectively, than the average MLRs for these markets calculated without the credibility adjustment and using the traditional MLR formula. In addition, PPACA required insurers to report MLRs by state, and we found a wide range of reported MLRs for multistate insurers.

Etude d'ensemble
Global study

48866

RAPPORT, INTERNET

THOMSON (S.), OSBORN (R.), REED (S.J.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA

International Profiles of Health Care Systems.

Profils internationaux des systèmes de santé.

New York : The Commonwealth Fund : 2011 : 118p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf

This publication presents overviews of the health care systems of Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Each overview covers health insurance, public

and private financing, health system organization, quality of care, health disparities, efficiency and integration, use of health information technology, use of evidence-based practice, cost containment, and recent reforms and innovations. In addition, summary tables provide data on a number of key health system characteristics and performance indicators, including overall health care spending, hospital spending and utilization, health care access, patient safety, care coordination, chronic care management, disease prevention, capacity for quality improvement, and public views.

Europe
Europe

49469

OUVRAGE

COUTY (E.) / éd., LECLERCO (B.) / préf.,
TABUTEAU (D.) / préf.

Hospitals and major European Cities.
Hôpital et grandes métropoles européennes.

Paris : Editions de santé : 2009 : 222p.

Cote Irdes : A4311

http://www.editionsdesante.fr/product.php?id_produit=11

Comparer la place et le rôle des hôpitaux dans les grandes métropoles européennes a nécessité d'opérer des choix : choix de sujets d'étude, choix de métropoles, choix d'établissements hospitaliers, choix d'interlocuteurs... Cet ouvrage n'a donc pas la prétention d'aborder de manière exhaustive et rigoureusement scientifique le sujet traité. Outre le fait de nourrir le débat, il contribue à resituer l'hôpital dans les métropoles européennes et, modestement, à une meilleure connaissance du fonctionnement des systèmes hospitaliers dans les grandes villes européennes. L'ouvrage est bilingue français-anglais.

48924

RAPPORT, INTERNET

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

Better health : A shared challenge for hospitals and primary health care.

Une meilleure santé : un challenge partagé pour les hôpitaux et les soins de santé primaires.

Louvain : HOPE : 2011/10 : 96p., cartes

Cote Irdes : En ligne

http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/87_better_health/87_HOPE_Publication-Better_health_October_2011.pdf

The present report examines the content and findings of the HOPE (European Hospital and Healthcare Fédération) Agora 2011. Two sections illustrate in detail the most relevant experiences, mechanisms and instruments of integration and coordination between primary and secondary care in the European countries, as they have been presented by the participants of the HOPE Exchange programme 2011. In some cases, information from relevant international sources has been added. Findings are presented adopting two perspectives: a comparative overview referring to five central themes national reforms, locally implemented patterns, changes in the role of healthcare professionals, home care and use of ICTs (Information and Communication Technologies) – and a cross country analysis.

Italie
Italy

49111

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

FRANCESE (M.), ROMANELLI (M.)
Bank of Italy. Rome. ITA

Healthcare in Italy: expenditure determinants and regional differentials.

Les soins de santé en Italie : déterminants des dépenses et disparités régionales.

Temidi Discussioni : 828.

Rome : Bank of Italy : 2011/10 : 46p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/temidi/td11/td828_11/td828/en_tema_828.pdf

The aim of this work is to identify the determinants of health spending differentials among Italian regions, which could highlight the existence of potential margins for savings. The analysis exploits a dataset for the panel of the 21 Italian regions starting in the early 1990s and ending in 2006. After having controlled for standard healthcare demand indicators, spending differentials appear to be associated with differences in the degree of appropriateness of the treatments, supply structure and social capital indicators. These results suggest that savings could be achieved without reducing the amount of services supplied to citizens. This is particularly important in view of the expected rise in health spending associated with the forecast demographic developments.

Pays industrialisés
Developed countries

48552

RAPPORT

Cercle Santé Société. (C.S.S.). Paris. FRA
Europ Assistance. Paris. FRA

Les soins de santé en Europe et aux Etats-Unis. Résultats du baromètre 2011 et évolutions observées depuis 2006.

Paris : Cercle Santé Société : 2011 : 20p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.europ-assistance.com/sites/default/files/ea_cham2011_synthesis_fr.pdf

En octobre 2006, le Groupe Europ Assistance et le Cercle Santé Société lançaient, avec l'institut CSA, un baromètre annuel paneuropéen sur la relation et les pratiques des

citoyens européens à l'égard de leurs systèmes de santé. Cette publication présente les chiffres de la sixième vague de l'enquête. Dix pays sont comparés sur sept thèmes. Concernant le jugement des publics sur l'organisation de leur système de santé, CSA note une assez large diversité d'opinion selon les pays, la France (5,0) se retrouvant dans la moyenne haute. Le report des soins est un phénomène contrasté selon les pays et les soins concernés. Si les inégalités d'accès des citoyens aux soins médicaux sont pointées dans la plupart des pays, les scores restent globalement stables, avec un sentiment particulièrement négatif en Pologne, mais aussi en Allemagne, alors qu'en France et aux Etats-Unis la situation est jugée meilleure. On observe que les craintes sur le financement se révèlent relativement moins prégnantes que les problèmes liés à la qualité des soins. A la question : Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé de renoncer ou de reporter des soins médicaux pour vous ou un membre de votre foyer, en raison des difficultés financières ? Les Polonais sont 36 % à déclarer avoir dû opérer ce choix, les Français 29 % et les Américains 25 %, avec une progression de 6 % en France sur un an et de 18 % par rapport à 2009 ! Les scores sont plus faibles en Italie (19 % vs 18 %) et même une amorce de baisse en Grande-Bretagne (6 % vs 8 %) et en Allemagne (15 % vs 17 %). Parmi les soins reportés ou annulés, ce sont les soins dentaires et les lunettes qui ont été le plus cités dans notre pays (par 26 % des répondants), cette proportion étant sensiblement plus forte pour les catégories sociaux-professionnelles les moins favorisées par rapport aux catégories supérieures (28 % vs 15 %). La majorité des pays sondés porte un jugement favorable sur les professionnels de santé. Avec 59 % d'opinions favorables, les Français sont dans la moyenne, loin derrière les Autrichiens (86 %)., alors que seulement 17 % des Polonais et 29 % des Italiens ont un jugement positif. Sur le thème de la prise en charge de la dépendance, seuls les Autrichiens sont relativement satisfaits. En France, 64 % de la population a une opinion plutôt négative sur ce sujet et 54 % juge l'aide publique pour le maintien à domicile des personnes âgées insatisfaisante.

Royaume-Uni *United Kingdom*

49972

RAPPORT, INTERNET

RUMBOLD (B.), ALAKESON (V.), SMITH (P.)
The Nuffield Trust. Londres. GBR

Rationing health care.

Rationner les soins de santé.

Londres : Nuffield Trust : 2012/02 : 54p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/rationing_health_care_240212_0.pdf

Political debates over the Secretary of State's duty to provide 'a comprehensive health service' have again thrown a spotlight on how the NHS interprets national guidance at a local level. Clearly some fear that devolving more responsibility to local clinicians will result in a variety of purchasing decisions, possibly leading to inequities. Against this background, the intention is to examine whether drawing up an explicit account of what health care is and what is not funded by the NHS could help to promote the main objectives of the NHS, such as maintaining a comprehensive service based on need, being free at the point of use regardless of ability to pay, while spending within a global budget.

49187

RAPPORT, INTERNET

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

Innovation Health and Wealth: accelerating adoption and diffusion in the NHS.

Innovation médicale et richesse : accélérer l'adoption et la diffusion de l'innovation au sein du NHS.

Londres : Department of Health : 2011/12 : 36p., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131299

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_131784.pdf

This report sets out a delivery agenda for spreading innovation throughout the NHS. It recognizes that innovation has a vital role to play in improving outcomes for patients and delivering value for money. It also recognizes that adoption has been slow and that innovation must be nurtured through coordinated planning.

48925

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

CANNING (D.), BOWSER (D.)

Harvard School of Public Health. Program on the Global Demography of Aging. Boston MA. USA

Investing in Health to Improve the Wellbeing of the Disadvantaged: Reversing the Argument of the Marmot Reports.

Investir dans la santé pour améliorer le bien-être des populations défavorisées : inverser l'argumentation des rapports Marmot.

Boston : Harvard School of Public Health : 2010/05 : 13p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_78.pdf

The Marmot reports have argued that health inequalities are the result of social inequalities. They advocate reducing health inequalities by undertaking fundamental changes that make society fairer. We argue that the focus should be on improving the health and wellbeing of the disadvantaged, even if the policies that do this also raise the health of the better off, and worsen inequality. We also argue that the causality runs from health to social status, and that health interventions are needed to improve socioeconomic outcomes. While we disagree on goals and mechanisms we are in surprisingly close agreement with Marmot Reports on policies. In particular, we agree with the focus on in early childhood investments in health and physical and cognitive development that have long term

socioeconomic payoffs. We also endorse making society fairer, though mainly as a goal in itself rather than an instrument to reduce health inequality.

Russie

Russia

49521

OUVRAGE, INTERNET

POPOVICH (L.), POTAPCHIK (E.), SHISHKIN (S.), et al.

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

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

Russian Federation: Health system review.

Fédération russe : examen des systèmes de santé.

Health Systems in Transition

Bruxelles : Observatoire Européen des Systèmes et politiques de Santé. : 2011 : 190p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/157092/HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf

The HiT reviews are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of policy initiatives in progress or under development. HiTs examine different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the main actors in health systems; describe the institutional framework, process, content and implementation of health and health care policies; and highlight challenges and areas that require more in-depth analysis. At independence from the Soviet Union in 1991, the Russian health system inherited an extensive, centralized Semashko system, but was quick to reform health financing by adopting a mandatory health insurance (MHI) model in 1993. MHI was introduced in order to open up an earmarked stream of funding for

health care in the face of severe fiscal constraints. While the health system has evolved and changed significantly since the early 1990s, the legacy of having been a highly centralized system focused on universal access to basic care remains. High energy prices on world markets have ensured greater macroeconomic stability, a budget surplus and improvements in living standards for most of the Russian population. However, despite an overall reduction in the poverty rate, there is a marked urban–rural split and rural populations have worse health and poorer access to health services than urban populations. The increase in budgetary resources available to policy-makers have led to a number of recent federal-level health programmes that have focused on the delivery of services and increasing funding for priority areas – including primary care provision in rural areas. Nevertheless, public health spending in the Russian Federation remains relatively low given the resources available. However, it is also clear that, even with the current level of financing, the performance of the health system could be improved. Provider payment mechanisms are the main obstacle to improving technical efficiency in the Russian health system, as most budget funding channelled through local government is input based. For this reason, the most recent reforms as well as legislation in the pipeline seek to ensure all health care funding is channelled through a strengthened MHI system with contracts for provider payments being made using output-based measures.

Suisse
Switzerland

49467

OUVRAGE

KOCHER (G.) / éd., OGGIER (W.) / éd.
STRUPLER (P.) / préf., KAUFMANN (S.) / préf.

***Système de santé suisse 2010-2012 :
survol de la situation actuelle.***

Berne : Editions Hans Huber : 2011 : 477p., tabl.,
graph., fig., index
Cote Irdes : A4309
<http://verlag.hanshuber.com/vkat/einzeltitel.php?isbn=978-3-456-84888-4>

Le système de santé suisse, d'une grande complexité, est en mutation. Les tentatives de réforme et les mesures d'économie se succèdent, le plus souvent sans objectifs clairs ni coordination entre les différents secteurs. La politique de la santé fait l'objet depuis des années de débats politiques très vifs et passionnés, avec des polémiques idéologiques et de puissants groupes de pression. Face à ce constat, le besoin de transparence est réel. Ce livre est l'ouvrage de référence sur le système de santé suisse. Dans ses 40 chapitres rédigés par 61 auteurs, il donne une vue d'ensemble actuelle et objective de la situation actuelle. Il contient plus de 200 tableaux et plus de 70 graphiques. Les deux éditeurs attachent une importance particulière à la plus grande objectivité possible, à l'éloquence des données et à la lisibilité du texte. Par rapport à la 3ème édition (2006), celle-ci est entièrement revue, élargie et actualisée.

49295

RAPPORT, INTERNET

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

***OECD Reviews of Health Systems:
Switzerland 2011.***

*Examens de l'OCDE des systèmes de santé:
Suisse 2011.*

Paris : OCDE : 2011 : 179p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocd/social-issues-migration-health/examens-de-l-ocde-des-systemes-de-sante-suisse-2011_9789264120938-fr

Five years after the first Review of Switzerland's health system, the OECD and the World Organization combined their expertise again to report on progress and implementation of health reforms in the Swiss

health system. In addition to taking stock of the good overall performance of the Swiss health system, the two organizations propose concrete ways to help the system be more efficient and prepare for the future health needs of the Swiss population. The report focuses on three important issues: health insurance markets, health workforce planning and management and governance of the health system.

49108

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

ORTIZ (Y.)

Study Center Gerzensee. Gerzensee. CHE

Prices and Choices in the Swiss Health Care Insurance Market.

Prix et choix au sein du marché de l'assurance maladie en Suisse.

Working Paper ; 11.09

Gerzensee : Study Center Gerzensee : 2011/11 : 30p., 18 fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.szgerzensee.ch/fileadmin/Dateien_Anwender/Dokumente/working_papers/wp-1109.pdf

This paper describes three different extensive data sets on the Swiss market for basic health care insurance—a homogeneous product by construction. First, it provides descriptive statistics on market prices for period 2004 - 2010. Second, it presents aggregated data on health plan choices made by Swiss residents in the same period. Third, it describes and analyzes an extensive survey executed in 2009 which documents health care plan and insurer choices of enrollees as well as their switching behavior. Price data reveal an increase of the mean price level and substantial and persistent price level differences across regions. This working paper also observes a steady increase of price dispersion; contemporaneously, enrollees face an increasing number of operating companies. Indeed, it finds a strong positive relation between regional price dispersion, the regional price level and the number of operating companies. Although enrollees have moved to less expensive health care plans, the aggregate and survey data point to insufficient price

optimization on the part of the enrollees. Aggregate data disclose an increasing gap between the premia paid by enrollees and the lowest premia available in the respective submarket. Moreover, Swiss residents could have paid less on average if they had chosen their insurer randomly. The Survey data confirm this observation: Despite large potential monetary gains, only 20% of the enrollees did switch their insurance company by the end of November 2009. In addition, many enrollees switched to more expensive insurance companies, thereby incurring negative monetary benefits.

47653

RAPPORT, INTERNET

Office Fédéral de la Santé Publique. (O.F.S.P.). Berne. CHE

Rapport au Conseil fédéral sur la concrétisation de la stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé.

Berne : OFSP : 2011 : 62p., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=fr>

La mise en oeuvre de la stratégie en matière de qualité concerne le domaine de la fourniture des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Outre la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), cette mise en oeuvre doit prendre en compte les interfaces avec les autres assurances sociales, en veillant à leur harmonisation lorsque c'est indiqué. Le processus de fourniture des prestations est au coeur de ladite stratégie. D'autres domaines y sont également abordés et les activités d'application décrites dans ce rapport tiennent dûment compte des développements correspondants. Tel est le cas des évaluations des technologies de la santé (health technology assessment, HTA) liées au processus d'autorisation des prestations efficaces, adéquates et économiques, ainsi que des discussions portant sur la création d'un institut HTA. Dans l'esprit de la LAMal, la garantie de la qualité est considérée comme faisant partie intégrante de la fourniture des

prestations et s'étend à tous les fournisseurs de prestations mentionnés dans la loi. Les activités désormais assumées par la Confédération ne remplacent pas pour autant les efforts que les divers partenaires dans le **domaine de la santé déploient aujourd'hui**, à commencer par le développement de la qualité. Au contraire, il est expressément souhaité que ceux-ci poursuivent leurs activités, comme le prévoit la LAMal.

Prévision-Evaluation/Prevision-Evaluation

Evaluation des pratiques professionnelles Professional practices evaluation

49903

RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.). Saint-Denis. FRA

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Saint-Denis : ANESM : 2009 : 51p., annexes
Cote Irdes : En ligne

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article551>

L'objectif de cette recommandation est de fournir des repères aux professionnels chargés de conduire ou de participer aux démarches d'évaluation interne de la prise en charge des personnes âgées en Ephaad. La recommandation vise à aider les établissements et les professionnels à porter une appréciation sur leurs prestations et les effets pour les résidents au regard de l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables au secteur. Elle propose un questionnement évaluatif complet et pratique autour de 5 axes. Le document est constitué de trois parties : une synthèse des grands principes de la démarche d'évaluation interne, une déclinaison pratique de chaque axe d'évaluation recommandant un questionnement collectif autour des objectifs, des actions mises en place, des effets pour les résidents, la mise en place et le suivi d'un plan d'amélioration de la qualité et l'analyse régulière de 15 indicateurs de suivi, une aide méthodologique sous forme de fiches pratiques portant sur les textes de référence et la conduite de projet. L'objectif de la recommandation consiste à définir les

conditions et les bénéfices de l'ouverture des établissements à et sur leur environnement, en les précisant au regard des types d'établissement concernés et des situations spécifiques des usagers accueillis ou accompagnés.

49484

OUVRAGE

VIDAL (W.), TOUBOUL (M.), GUILLIER (F.)
MONCET (M.C.) / éd.

L'évaluation des pratiques professionnelles : une qualité des soins à construire ensemble.

Rueil-Malmaison : éditions Lamarre : 2011 : 181p., tabl., fig.
Cote Irdes : A4315

La qualité est au cœur des évolutions hospitalières depuis 1996. Les établissements de soins sont passés d'une appréhension culturelle de la problématique de la qualité à une meilleure compréhension opérationnelle. La démarche commence à impacter l'organisation interne des établissements créant une nouvelle activité collective, apportant de nouveaux métiers, d'autres façons pour les cadres de santé d'appréhender leurs missions. Réunis autour de la problématique de l'évaluation des pratiques professionnelles, les auteurs présentent dans ce livre leur approche différente, imbriquée et complémentaire de la mise en œuvre de la démarche qualité. Dans un premier temps, l'ouvrage permet d'identifier, d'un point de vue théorique et pratique, les possibilités offertes aux soignants et aux cadres de santé engagés dans la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles. La seconde partie, consacrée à la mise en œuvre d'actions d'évaluation, décrit les outils et méthodes, illustrés par des cas concrets, qui permettent aux cadres de santé le déploiement des démarches qualité au plus près du terrain et de leur quotidien. Enfin, une lecture plurielle de la démarche

qualité hospitalière explore la nouvelle place des cadres de santé dans l'institution en changement. Elle établit des repères pour développer et enrichir les compétences des cadres de santé, acteurs-relais impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie hospitalière (4e de couverture).

Evaluation économique Economic evaluation

49349
RAPPORT

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

Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS.

St Denis : HAS: 2011/10 : 83p.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120711/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has

Ce guide présente les principes et les méthodes adoptés par la Haute Autorité de santé pour répondre à sa mission d'évaluation médico-économique des interventions de santé. A l'instar de ce qui a été réalisé dans d'autres domaines d'évaluation de la HAS, ce travail de formalisation permet de garantir la rigueur, la transparence et l'homogénéité méthodologique des évaluations réalisées et de faciliter l'appropriation des conclusions auxquelles elles aboutissent en offrant aux professionnels de santé et décideurs institutionnels les clés pour comprendre la démarche suivie. Ce document permettra d'orienter la sélection de la littérature scientifique dans le cadre des revues systématiques que réalise la HAS et de définir les bases méthodologiques des études d'évaluation économique qu'elle entreprend, qu'elle initie ou qu'elle est amenée à expertiser.

Hébergement d'urgence Emergency shelter

49926

RAPPORT, INTERNET

HOFMAN-RISPAL (D.), ARNAUD (R.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Comité d'Évaluation et de Contrôle des Politiques Publiques. Paris. FRA

Rapport d'information sur l'évaluation de la politique de l'hébergement d'urgence.

Paris : Assemblée nationale : 2012 : 505p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4221.pdf>

L'Assemblée nationale a évalué la politique conduite par l'État en matière d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile ou mal logées, en mobilisant différents outils d'analyse : une étude spécifique de la Cour des Comptes, une enquête auprès de conseils généraux, des visites des centres et établissements accueillant les personnes sans domicile. Le présent rapport s'attache à présenter : – les principaux constats concernant la « refondation » en cours de la politique publique de l'État en matière d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile ou mal logées ; – les problématiques relatives à l'action décentralisée des collectivités territoriales concernant la prise en charge des personnes sans domicile (deuxième partie) ; – les conclusions de l'évaluation conduite par les rapporteurs et leurs propositions.

Marché du travail
Labor market

47951

RAPPORT

QUINTIN (O.) / prés., Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Département Questions Sociales. Paris. C.A.S.

Le travail et l'emploi dans vingt ans.

Paris : CAS : 2011/07 : 304p.
Rapports & Documents.

Dans le contexte de mondialisation des échanges et de globalisation financière, les transformations démographiques, économiques, technologiques et sociétales dessinent plusieurs futurs possibles pour le travail et l'emploi, avec l'espoir de vaincre le chômage de masse persistant depuis plus de trente ans et d'améliorer la qualité du travail. Parce que cela détermine largement à la fois la force de notre économie et la cohésion de notre société, les politiques publiques doivent relever ces défis. **Le Centre d'analyse stratégique a piloté, durant un an, un groupe de travail qui a notamment cherché à répondre à cinq questions concrètes sur le travail en 2030 (pourquoi, pour qui, comment, quand et où travaille-t-on ?). Deux scénarios d'ensemble ont été élaborés : un scénario d'accélération technologique et sociétale et un scénario de rééquilibrage et de volontarisme des acteurs. Dans les deux cas, les modes d'intervention des acteurs, notamment de l'Etat, devront évoluer, face aux enjeux d'emploi, de mobilité et de qualité du travail ou, plus globalement, de compétitivité et de cohésion sociale. Pour répondre à ces défis, ce rapport réalisé par le groupe de travail formule quatre propositions principales.**

Performance
Performance

49285

RAPPORT, INTERNET

DAMBERG (C.L.), SORBERO (M.E.), LOVEJOY (S.L.), et al.
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

An Evaluation of the Use of Performance Measures in Health Care.

Une évaluation de l'utilisation des mesures de la performance dans les soins de santé.

Technical Report; n°1148

Santa Monica : Rand corporation : 2011 : 46p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR1148.pdf

This report presents the results of an evaluation conducted for the U.S. National Quality Forum (NQF), which has established a portfolio of quality and efficiency measures for the Department of Health and Human Services. The report describes how performance measures are being used by different organizations, the types of measures being used for different purposes, and summarizes key barriers and facilitators to the use of these measures.

Politique publique
Public policy

49920

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

Rapport public annuel 2012 de la Cour des Comptes. 3 volumes.

Paris : Cour des comptes : 2012/02 : 1032p.+442p.+61p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Sommaire-27.html>

Le rapport annuel de la Cour des comptes comporte trois volets : les observations, les suites, les activités. Parmi les thèmes relatifs à la santé, on peut noter : l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la lutte contre le cancer, la prise en charge des personnes âgées par le système de soins...

48874

RAPPORT

HM Treasury. London. GBR

The Magenta Book - Guidance for evaluation

Le livre Magenta : guide d'évaluation

Londres : HM treasury : 2011 : 136p., tabl.
Cote Irdes : c, en ligne
http://www.hm-treasury.gov.uk/d/magenta_book_combined.pdf

The Magenta Book is HM Treasury guidance on evaluation for Central Government, but will also be useful for all policy makers, including in local government, charities and the voluntary sectors. It sets out the key issues to consider when designing and managing evaluations, and the presentation and interpretation of evaluation results. It describes why thinking about evaluation before and during the policy design phase can help to improve the quality of evaluation results without needing to hinder the policy process.

48732

RAPPORT, INTERNET

Conseil National de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale. (C.N.L.E.). Paris. FRA
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Paris. FRA

Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des politiques publiques.

Paris : CNLE : 2011 : 57p., annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//124000009/0000.pdf>

A la demande du ministre des solidarités et de la cohésion sociale, ce groupe de travail a été constitué afin de : définir les moyens de développer l'expression directe des personnes en situation de pauvreté lors de l'élaboration et de l'évaluation des politiques publiques qui les concernent et les conditions pour donner sa pleine efficacité à cette expression ; cerner les différents modes de participation possibles au niveau institutionnel ; souligner les freins à la participation dans ce domaine ; définir les modalités et les cadres de sa mise en oeuvre ; être particulièrement attentif aux questions d'éthique.

Politiques sociales
Social policies

49277

RAPPORT

HEINRICH (J.), JUANICO (R.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Comité
d'Évaluation et de Contrôle des Politiques
Publiques. Paris. FRA

Rapport d'information sur l'évaluation de la performance des politiques sociales en Europe.

Paris : Assemblée Nationale : 2011 : 148p., tabl.,
graph., annexes
Rapport d'information de l'Assemblée nationale ;
4098
Cote Irdes : en ligne
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4098.pdf>

En octobre 2010, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) a décidé d'inscrire à son programme de travail l'évaluation de la performance des politiques sociales en Europe. Essentielle pour l'amélioration du pilotage de l'action publique, cette évaluation n'en constituait pas moins un véritable défi, pour le moins ambitieux, sinon audacieux. Pour y répondre, le présent rapport comporte, tout d'abord, plusieurs éléments d'analyse transversale sur la performance des politiques sociales en Europe, ainsi qu'un second volet, thématique, ayant pour objet

l'évaluation de la performance comparée des politiques d'accompagnement des demandeurs d'emploi, d'une part, et de deux politiques sociales à destination des familles, d'autre part. Il est appuyé sur deux études comparatives, portant sur cinq pays européens outre la France (Allemagne, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède) [extrait de la synthèse].

Recommandations médicales

Medical recommendations

48501

DIPLOMES

DELARUE (L.A.)

Université de Poitiers. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Poitiers. FRA

Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques.

Thèse. Doctorat de Médecine
Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie : 2011 : 216p.
Cote Irdes : En ligne
<http://docteurdu16.blogspot.com/2011/08/louis-adrien-delarue-denonce-les.html>

Les Recommandations pour la Pratique Clinique émises par les autorités sanitaires françaises jouissent d'une certaine respectabilité dans le monde scientifique. Mais sont-elles élaborées sous l'influence du lobby pharmaceutique ? Ces Recommandations pour la Pratique Clinique, ou guides de pratique clinique, sont une référence pour les soignants, l'Assurance Maladie et l'expertise judiciaire. Quatre guides de pratique clinique ont été soumis à l'examen critique des connaissances médicales. Ils traitent de médicaments controversés (anti-Alzheimer, glitazones, coxibs) et indiqués pour des maladies fréquentes et graves. Il ressort de notre analyse qu'aucun de ces guides n'est conforme aux données de la science. Les experts en charge

des recommandations occultent des études et mettent en avant des arguments peu dignes d'un débat scientifique honnête. In fine, ils privilégient des molécules très coûteuses, avec une balance bénéfiques-risques nettement défavorable. L'impartialité de l'expertise pose question. Les scandales médicamenteux ont révélé l'ampleur de l'emprise des industriels du médicament sur le monde de la santé. Un des piliers stratégiques du lobbying est de tisser des liens avec des experts leaders d'opinion, véritables cibles et outils promotionnels des firmes. Les autorités sanitaires ont donc l'obligation de se prémunir des situations de conflits d'intérêts des experts qui y travaillent. L'examen des déclarations publiques d'intérêts des experts en charge des quatre recommandations étudiées révèle que transparence et indépendance sont loin de constituer la règle éthique qui doit prévaloir au sein de tout organisme public en charge de la santé des citoyens. La littérature internationale nous apprend qu'entretenir des intérêts communs avec les firmes biaise le jugement scientifique. Les quatre recommandations étudiées dans ce travail de thèse ne font pas exception à cette règle. En France, des recommandations médicales sont clairement sous influence. Les instances dirigeantes de ce pays ont le devoir d'imposer une législation plus dure en matière d'indépendance de l'expertise sanitaire publique (Résumé d'auteur).

Sociologie

Sociology

49692

RAPPORT

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

L'évaluation des aspects sociaux.

St Denis :HAS: 2011 : 163p.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201112/document_methodologique_evaluation_des_aspects_sociaux.pdf

En octobre 2007, la Haute Autorité de santé a mis en place un groupe de travail afin d'envisager la manière dont la sociologie pourrait contribuer à ses travaux d'évaluation. Les réflexions et les propositions de ce groupe de travail s'inscrivent dans le prolongement d'un groupe de travail plus largement consacré à la définition de la notion de Service rendu à la collectivité (SeRC). Ce groupe de travail s'est réuni à huit reprises entre novembre 2007 et novembre 2008. Composé de sociologues, d'autres experts en sciences sociales (science politique, anthropologie, économie) et de spécialistes en santé publique, il s'est attaché à cerner les dimensions sociologiques les plus pertinentes pour aborder les aspects sociaux de l'évaluation. A partir d'un examen de

documents produits par la HAS, six dimensions sociologiques ont été identifiées. Des connaissances scientifiques leur ont été associées. Dans un rapport remis en janvier 2009, le groupe de travail a synthétisé ces connaissances afin d'en rendre les principes accessibles à des non spécialistes. Pour chaque dimension, des questions simples " à se poser " ont par ailleurs été formulées afin d'identifier rapidement l'intérêt éventuel d'un éclairage sociologique complémentaire sur une question donnée. Cet ensemble de questions forme une " grille de questionnements sociologiques standardisés ", qui peut être utilisée en tant que de besoin. Ce rapport présente les six dimensions sociologiques retenues par le groupe de travail, reprend la " grille de questionnements sociologiques standardisés " qui leur est associée et détaille enfin les recommandations du groupe de travail.

Méthodologie-Statistique/Methodology-Statistics

Analyse des données

Data analysis

48493

OUVRAGE

NEWSOM (J.T.) / éd., JONES (R.N.) / éd.,
HOFER (S.M.) / éd.

Longitudinal data analysis : a practical guide for researchers in aging, health, and social sciences.

Analyse de données longitudinales : un guide pratique à l'usage des chercheurs sur le vieillissement, la santé et les sciences sociales.

New York : Routledge : 2012 : 14p.+391p., index
Cote Irdes : A4231

<http://www.amazon.com/Longitudinal-Data-Analysis-Multivariate-Applications/dp/0415874157>

This book provides accessible treatment to state-of-the-art approaches to analyzing longitudinal studies. Comprehensive coverage of the most popular analysis tools allows readers to pick and choose the techniques that best fit their research. The analyses are illustrated with examples from major longitudinal data sets including practical information about their content and design. Illustrations from popular software packages offer tips on how to interpret the results. Each chapter features suggested readings for additional study and a list of articles that further illustrate how to implement the analysis and report the results. Syntax examples for several software packages for each of the chapter examples are provided at www.psypress.com/longitudinal-data-analysis. Although many of the examples address health or social science questions related to aging, readers from other disciplines will find the analyses relevant to their work. In addition to demonstrating statistical analysis of longitudinal data, the book shows how to interpret and analyze the results within the

context of the research design. The methods covered in this book are applicable to a range of applied problems including short- to long-term longitudinal studies using a range of sample sizes. The book provides non-technical, practical introductions to the concepts and issues relevant to longitudinal analysis. Topics include use of publicly available data sets, weighting and adjusting for complex sampling designs with longitudinal studies, missing data and attrition, measurement issues related to longitudinal research, the use of ANOVA and regression for average change over time, mediation analysis, growth curve models, basic and advanced structural equation models, and survival analysis. An ideal supplement for graduate level courses on data analysis and/or longitudinal modeling taught in psychology, gerontology, public health, human development, family studies, medicine, sociology, social work, and other behavioral, social, and health sciences, this multidisciplinary book will also appeal to researchers in these fields (4e de couverture).

Bibliographie

Bibliography

48740

OUVRAGE

ROBETTE (N.)

Explorer et décrire les parcours de vie : les typologies de trajectoires.

Paris : INED ; Paris : Ceped : 2011 : 78p., fig., ann.
Cote Irdes : A4273

http://nicolas.robette.free.fr/Docs/Manuel_typo_traj_NRobette_2010.pdf

Au cours des dernières décennies, l'évolution de la mobilité résidentielle, des structures familiales, des études et des parcours professionnels, ainsi que l'importance de

l'interdépendance entre ces différentes sphères de la vie, a suscité un intérêt croissant pour les trajectoires biographiques. Progressivement, l'analyse des parcours de vie (life course analysis) est devenue une perspective majeure des sciences sociales, entraînant un passage de la structure au processus, du macro au micro, de l'analyse à la synthèse, du certain à l'incertain (« from structure to process, from macro to micro, from analysis to synthesis, from certainty to uncertainty », Willekens, 1999, p.26). Le développement de cette perspective est lié simultanément à des questions théoriques et aux progrès des techniques de collecte et d'analyse statistique des données longitudinales. Cet ouvrage fait le point sur les méthodes et typologies pour décrire et analyser les parcours de vie. Une version de cet ouvrage est disponible en ligne.

Comptes de la santé Health accounts

49133
RAPPORT

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, Eurostat. Luxembourg. LUX

A system of Health Accounts *Système des comptes de la santé*

Paris : OCDE : 2011 : 521p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPU/B/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF

A System of Health Accounts 2011 provides a systematic description of the financial flows related to the consumption of health care goods and services. As demands for information increase and more countries implement and institutionalise health accounts according to the system, the data produced are expected to be more comparable, more detailed and more policy relevant. This new edition

builds on the original manual, published in 2000, and the Guide to Producing National Health Accounts (2003) to create a single global framework for producing health expenditure accounts that can help track resource flows from sources to uses. The manual is the result of a four-year collaborative effort between OECD, Eurostat and WHO, and sets out in more detail the boundaries, the definitions and the concepts – responding to health care systems around the globe – from the simplest to the more complicated.

Demande de santé Health demand

49144
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DAI (J.), ZUCCHINI (W.), SPERLICH (S.)

Estimating and predicting the distribution of the number of visits to the medical doctor

Estimer et prévoir la distribution du nombre de visites chez le médecin.

Rochester : Social Science Electronic Publishing : 2011 : 17p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1964285

In many countries the demand for health care services is of increasing importance. Especially in the industrialized world with a changing demographic structure social insurances and politics face real challenges. Reliable predictors of those demand functions will therefore become invaluable tools. This article proposes a prediction method for the distribution of the number of visits to the medical doctor for a determined population, given a sample that is not necessarily taken from that population. It uses the estimated conditional sample distribution, and it can be applied for forecast scenarios. The methods are illustrated along data from Sidney. The introduced methodology can be applied as well to any other prediction

problem of discrete distributions in real, future or any fictitious population. It is therefore also an excellent tool for future predictions, scenarios and policy evaluation.

Econométrie Econometrics

50003

OUVRAGE

KUMBHAKAR (S.C.), KNOX LOVELL (C.A.)

Stochastic frontier analysis.

Analyse de frontière stochastique.

Cambridge : Cambridge University Press : 2004 : 10p.+333p.

Cote Irdes : A4333

<http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam032/99031297.pdf>

This book develops economic techniques for the estimation of production, cost and profit frontiers, and for the estimation of the technical and economic efficiency with which producers approach these frontiers. Since these frontiers envelop rather than intersect the data, and since the authors continue to maintain the traditional econometric belief in the presence of external forces contributing to random statistical noise (4e de couverture).

48953

RAPPORT

JONSSON (R.)

University of Göteborg. School of Business, Economics and Law. Department of Economics. Göteborg. SWE

A Markov Chain Model for Analysing the Progression of Patient's Health States.

Un modèle de chaîne de Markov pour l'analyse de la progression des états de santé des patients.

Göteborg : University of Göteborg. School of Business : 2011 : (29p.), tabl., fig.

Cote Irdes : C, En ligne

http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/27932/1/gupea_2077_27932_1.pdf

Markov chains (MCs) have been used to study how the health states of patients are progressing in time. With few exceptions the studies have been based on the questionable assumptions that the MC has order $m=1$ and is homogeneous in time. In this paper a three-state non-homogeneous MC model is introduced that allows m to vary. It is demonstrated how wrong assumptions about homogeneity and about the value of m can invalidate predictions of future health states. This can in turn seriously bias a cost-benefit analysis when costs are attached to the predicted outcomes. The present paper only considers problems connected with model construction and estimation. Problems of testing for a proper value of m and of homogeneity is treated in a subsequent paper. Data of work resumption among sick-listed women and men are used to illustrate the theory. A nonhomogeneous MC with $m = 2$ was well fitted to data for both sexes. The essential difference between the rehabilitation processes for the two sexes was that men had a higher chance to move from the intermediate health state to the state 'healthy', while women tended to remain in the intermediate state for a longer time.

47633

OUVRAGE

ANGRIST (J.D.), PISCHKE (J.S.)

Mostly harmless econometrics : an empiricist's companion.

L'économétrie partiellement inoffensive : un compagnon empirique.

Princeton : Princeton University : 2009 : 373p., index

Cote Irdes : A4204

<http://press.princeton.edu/titles/8769.html>

The core methods in today's econometric toolkit are linear regression for statistical control, instrumental variables methods for the analysis of natural experiments, and differences-in-differences methods that exploit policy changes. In the modern experimentalist

paradigm, these techniques address clear causal questions such as: Do smaller classes increase learning? Should wife batterers be arrested? How much does education raise wages? Mostly Harmless Econometrics shows how the basic tools of applied econometrics allow the data to speak. In addition to econometric essentials, Mostly Harmless Econometrics covers important new extensions--regression-discontinuity designs and quantile regression--as well as how to get standard errors right. The authors explain why fancier econometric techniques are typically unnecessary and even dangerous. The applied econometric methods emphasized in this book are easy to use and relevant for many areas of contemporary social science (D'après l'éditeur).

Enquêtes Surveys

49949
OUVRAGE
MARSDEN (P.V.) / éd., WRIGHT (J.D.) / éd.

Handbook of survey research.

Manuel de recherche par enquête.

Bingley : Emerald Group Publishing Company :
2010 : 14p.+886p., tabl., index
Cote Irdes : A4336

This book is divided into three parts. Part 1 provides a general background for what follows; it includes both a discussion of the substantive importance of dynamic analyses in sociology and a review of models and methods previously used by sociologists interested in the empirical study of social dynamics. Part 2 contains eight chapters on models and methods for analyzing change in qualitative outcomes; it concentrates mainly on methods based on analyses of event-history data. Part 3 contains six chapters on comparable models and methods for analyzing change in quantitative outcomes; it focuses primarily on methods based on analysis of panel data.

48566
CONGRES, RAPPORT
LAFERRERE (A.), DEBRAND (T.), SIRVEN (N.) et al.
BOURGUEIL (Y.) / éd.
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

L'enquête SHARE : bilan et perspectives.

Actes du séminaire. : Paris, 2011/05/17
Paris : Irdes : 2011/09 : 52p., tabl., ann.
Cote Irdes : R1848
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1848.pdf>

Le séminaire « L'enquête SHARE : bilan et perspectives », qui s'est tenu à Paris au ministère de la Recherche le 17 mai 2011, a rassemblé équipes de recherches et services d'études et de recherche des administrations centrales. Il avait pour objectif de faire le point sur les apports de l'enquête à la connaissance des enjeux économiques et sociaux du vieillissement, d'une part, et de poser la question de son avenir en termes de financement et de partenariat, d'autre part. Les exposés et discussions sur les apports de l'enquête se sont articulés autour de trois problématiques : les relations entre santé, travail et retraite ; l'espérance de vie en retraite, la situation financière des retraités et les transferts entre générations ; la dépendance, l'aide intergénérationnelle et une approche de la prévention de la dépendance par le concept de fragilité. En complément est jointe une annexe sur les actualités de la quatrième vague de l'enquête SHARE présentant les contours du projet SHARE, l'état des lieux de la vague 4 sur le terrain et une revue de littérature thématique.

Epidémiologie
Epidemiology

48181

OUVRAGE

ANCELLE (T.)
BRUCKER (G.) / préf.

Statistique épidémiologique.

Paris : Maloine : 2011 : 308p., tabl., graph., fig.,
index, ann.

Cote Irdes : A4235

http://www.unitheque.com/medecine/Statistique_epidemiologie-38398.html?&lang=FRA

Cet ouvrage se propose de rendre attractives et compréhensibles les disciplines de la statistique et de l'épidémiologie pour les étudiants en sciences de la santé, mais aussi pour tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, biologistes, infirmières, professions paramédicales, techniciens biologistes, vétérinaires). Il met l'accent sur la compréhension des principes fondamentaux grâce auxquels il devient possible, à partir de nombreux exemples et exercices, d'utiliser les tests statistiques les plus appropriés pour une recherche ou pour la conduite d'une enquête épidémiologique. La première partie étudie les outils servant à décrire les données. La deuxième aborde les méthodes d'estimation d'un paramètre inconnu à partir d'un échantillon. La troisième concerne l'emploi des tests statistiques. Elle comporte de nombreux tableaux pratiques d'aide au choix d'un test en fonction de la nature des problèmes, des paramètres à comparer et des conditions d'application ; cette partie est complétée par une série de « fiches pratiques » des principaux tests usuels. La quatrième partie est orientée vers les concepts statistiques utilisés en épidémiologie de terrain (4e de couverture).

Gestion du risque
Risk management

48433

RAPPORT

BAUMSTARK (L.), FERY (P.), AUVERLOT (D.), RAYNARD (C.)
GOLLIER (C.) / prés.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Développement Durable. Paris. FRA

Le calcul du risque dans les investissements publics.

Paris : CAS : 2011 : 234p., ann.

Cote Irdes : A4253

La prévention et la gestion des risques sont devenues depuis quelques années des thèmes **majeurs du débat public**. Cela s'explique notamment par la reconnaissance du principe de précaution : ainsi, de nombreuses **incertitudes, qu'elles soient de nature sanitaire, environnementale ou économique**, rendent les arbitrages publics plus délicats que naguère. **Élaboré au sein d'un groupe de travail qui réunissait universitaires, praticiens et responsables de différentes administrations, le rapport qui suit est original à plus d'un titre**. Il propose un cadre général, de manière pédagogique, tout en dépassant la simplicité des formules utilisées dans le langage courant sur la gestion du risque, qui masque souvent les enjeux collectifs. Il donne les clés au lecteur et au praticien pour entrer dans une littérature **technique, d'un abord difficile**. Il met ensuite en relation la réflexion académique et les pratiques des évaluateurs dans différents **secteurs où la question de l'évaluation des investissements se pose pour les pouvoirs publics avec une certaine acuité : l'agriculture, la santé, les transports, l'énergie**. Il montre combien les développements théoriques et les outils calculatoires qui en sont issus, de plus en plus complexes, ne trouvent une réelle efficacité dans la décision publique **que s'ils sont pensés et mis en oeuvre dans une gouvernance des études renouvelée et une prise en compte de l'importance stratégique que revêt la production d'une information de qualité**. Il permet ainsi de faciliter et

d'harmoniser la mise en pratique des principes et méthodes d'évaluation par les administrations chargées de telles études, dans leurs composantes à la fois économiques, environnementales et sociales. Par ce dialogue instauré entre la recherche universitaire et les attentes des praticiens, ce rapport initie, de manière modeste mais réelle, une démarche qui a pour objectif d'appriivoiser le risque, à défaut de le domestiquer.

48163

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOONE (J.), SCHOTTMULLER (C.)
Centre for Economics Policy Research.
(C.E.P.R.). London. GBR

Health Insurance without Single Crossing: why healthy people have high coverage.

Assurance maladie sans "single crossing" : pourquoi les personnes en bonne santé ont-elles une couverture maladie élevée ?

Discussion Paper Series ; 8501
Londres : CEPR ; 2011/08 : 38p.
Cote Irdes : En ligne
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpr:ceprdp:8501&=hea>

Standard insurance models predict that people with high (health) risks have high insurance coverage. It is empirically documented that people with high income have lower health risks and are better insured. We show that income differences between risk types lead to a violation of single crossing in the standard insurance model. If insurers have some market power, this can explain the empirically observed outcome. This observation has also policy implications: While risk adjustment is traditionally viewed as an intervention which increases efficiency and raises the utility of low health agents, we show that with a violation of single crossing a trade off between efficiency and solidarity emerges.

Handicap
Disability

48555

RAPPORT, INTERNET

IMBERT (G.), DORANGE (M.), THIBAULT (C.) et al.
Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.). Paris. FRA, Recherches et Etudes sur les Vulnérabilités Sociales et la Santé Publique. (R.E.V.E.S.S.). Bordeaux. FRA, Centre National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.). Umr 6578. Marseille. FRA, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Vanves. FRA / com., Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.). Paris. FRA / com.

Recherche qualitative exploratoire Handicaps - Incapacités - Santé et Aide pour l'Autonomie. R.H.I.S.A.A. Rapport de recherche 2009-2010 et annexes.

Paris : FNG : 2010/10 : 2 vol. (265 p.+378 p.)
Cote Irdes : c, En ligne
http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/RHISAA_Vol_I.pdf
http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/RHISAA_Vol_II.pdf

Cette recherche qualitative et exploratoire a consisté à interroger une soixantaine de triades (trois personnes) ou dyades (deux personnes) composées de personnes nécessitant une aide humaine pour les actes de la vie quotidienne, de leurs proches et des professionnels de l'aide ou du soin qui les accompagnent. L'objectif était d'explorer les besoins en matière de santé de ces personnes à partir d'entretiens semi-directifs individuels et collectifs ainsi que d'observations réalisées lors du suivi d'auxiliaires de vie qui ont fait l'objet d'une attention particulière. L'étude s'est déroulée sur trois régions : Île-de-France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les analyses ont été enrichies par deux revues de littérature sur les moyens visant à améliorer l'expression des besoins ainsi que sur les bonnes pratiques en promotion de la santé à destination de ces publics. Globalement, ces travaux permettent de constater les faiblesses, insuffisances et lacunes d'un système inadapté à la singularité

des individus, à la variabilité de leurs déficiences et à celle de leur environnement.

Inégalités de santé Health inequalities

48540

RAPPORT, INTERNET

SPINAKIS (A.), ANASTASIOU (G.), PANOUSIS (V.) et al.
Commission Européenne. (C.E.). Directorate for Health and Consumers. Luxembourg. INT

Expert Review and Proposals for Measurement of Health Inequalities in the European Union.

Revue d'expertise et propositions pour la mesure des inégalités de santé au sein de l'Union européenne.

Luxembourg : European commission : 2011 : 198p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/full_quantos_en.pdf

Monitoring of inequalities in health is an important public health task. Interest in health inequalities among EU countries and their regions as well as among the various social clusters in the EU population is growing. The search for the best appropriate 'summary measure' of health inequality that can be observed individually or in terms of groups of individuals, is a task that occupies a lot the researchers involved in the fields of inequality research. Lately in the EU, it has been recognized that a more focused effort is required. It is more natural to suggest and construct methodologies or indices that will be suitable for assessing trends in terms of mortality, morbidity and also self-perceived health. The selection of an appropriate indicator or an appropriate measurement methodology for health inequality across the EU-27 countries is a demanding task. Each available indicator has advantages and disadvantages. Simple indicators are usually

comprehensive but may not have some specific desirable characteristics. Other indicators are more technical and difficult to understand, apply and/or interpret, but can assist more in explaining significant components of the concept 'health inequality. Complex indicators can also be very useful in the decomposition of inequality. Based on the above, it is reasonable to state that one main goal in the study of health inequalities is to: propose appropriate measurement methods in the form of indicators that 'estimate and 'capture' the exact level of inequality in a population (here the EU population). The other very important goal of this study is to monitor the variation of health inequalities in all levels of analysis (e.g. social groups, regions, individuals) through time. Thus, perform a trend analysis. The main objective was to contribute in the area of 'Monitoring Health Inequalities in the EU', by combining the best practices in health inequalities measurement with the most reliable data that can be used to calculate these measures. The specific tasks of the project were: - the review and analysis of the existing work done in the measurement of health inequalities in the EU. - the review and analysis of the existing and planned data sets available across the EU, with an assessment of their suitability for the purposes of the analysis.

Médecine fondée sur les preuves Evidence based medicine

49722

OUVRAGE

PAWSON (R.)

Evidence-based policy : a realist perspective.

Politique fondée sur les preuves : une perspective réaliste.

Londres : Sage Publications: 2011 : 11p.+196p., index
Cote Irdes : A4329

<http://books.google.fr/books?id=raAC7Ui-w7sC&printsec=frontcover&dq=Evidence-based+policy+:+a+realist+perspective&hl=fr&sa=X&ei=3H9PT4qSGpOA0AWQxP3gCw&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Evidence-based%20policy%20%3A%20a%20realist%20perspective&f=false>

Author Ray Pawson presents a devastating critique of the dominant approach to systematic review - namely the 'meta-analytic' approach as sponsored by the Cochrane and Campbell collaborations. In its place is commended an approach that he terms 'realist synthesis'. On this vision, the real purpose of systematic review is better to understand program theory, so that policies can be properly targeted and developed to counter an ever-changing landscape of social problems.

Planification sanitaire Health planning

49455
RAPPORT, INTERNET

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

Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM.

Paris : DGOS : 2012/01 : 92p., fig., annexes
Cote Irdes : c, en ligne
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_CPOM_2012.pdf

Un guide méthodologique sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les ARS et les établissements de santé est proposé par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins). Afin de garantir l'efficacité des contrats, leur contenu devra être synthétique, stratégique et évaluable : en cela, le guide préconise un nombre limité d'orientations et d'indicateurs afin d'organiser un suivi régulier et réaliste dans le cadre de revues annuelles.

48168
RAPPORT

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

Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

Paris : CNSA : 2011/05 : 152p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.cnsa.fr/IMG/zip/Guide_SROMS2-2.zip

Après la période de mise en place des agences régionales de santé le 1er avril 2010, en application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la CNSA a participé à la construction des nouvelles modalités d'élaboration de la politique régionale de santé. La CNSA, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et en dialogue avec les équipes des agences régionales de santé (ARS) mais aussi des conseils généraux, a préparé ce guide méthodologique d'élaboration du nouveau SROMS. Il doit traduire, dans les organisations, les objectifs stratégiques pour faire progresser en région la qualité de vie des personnes handicapées quel que soit leur âge ou des personnes à difficultés spécifiques (exclusion, addictions...) dans l'esprit de la loi du 11 février 2005, qui promeut l'accès aux droits de tous et la citoyenneté.

Recherche Research

49970
RAPPORT, INTERNET

GILSON (L.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.), World Health Organisation. (W.H.O.). Alliance for Health Policy and Systems Research. (H.P.S.R.). Genève. CHE

Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader

Recherche en matière de politique et de systèmes de santé : un recueil méthodologique.

Genève : OMS : 2012 : 472p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_reader.pdf

Health Policy and Systems Research (HPSR) is often criticized for lacking rigour, providing a weak basis for generalization of its findings and, therefore, offering limited value for policy-makers. This Reader aims to address these concerns through supporting action to strengthen the quality of HPSR. The Reader is primarily for researchers and research users, teachers and students, particularly those working in low- and middle-income countries (LMICs). It provides guidance on the defining features of HPSR and the critical steps in conducting research in this field. It showcases the diverse range of research strategies and methods encompassed by HPSR, and it provides examples of good quality and innovative HPSR papers.

Recommandations
Recommandations

48845
RAPPORT
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis.
FRA

Élaboration de recommandations de bonne pratique. Note de cadrage.

Saint-Denis : (H.A.S.). : 2010 : 18p.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/2011-01/guide_methodologique_note_de_cadrage.pdf

La phase de cadrage est préalable à l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique (RBP). Elle aboutit à la note de cadrage qui est la feuille de route pour l'élaboration d'une RBP. Les étapes du cadrage sont les suivantes : 1. Recueil d'informations

pour préciser la problématique posée, l'objectif des recommandations et les améliorations attendues de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'analyser les données disponibles ; 2. Élaboration des questions et modalités de réalisation, notamment le choix de la méthode d'élaboration de la RBP : recommandations pour la pratique clinique ou recommandations par consensus formalisé ; 3. Réunion de cadrage avec les différents corps professionnels et représentants de patients et d'usagers ; 4. Rédaction de la note de cadrage selon un format standardisé (contexte, champ de la RBP, modalités de réalisation, mise en œuvre de la RBP, diffusion) ; 5. Validation de la note de cadrage par les instances de validation de la HAS.

Systèmes d'information
Information systems

49362
RAPPORT, INTERNET
BABUSIAUX (C.) / prés.
Institut des Données de Santé. (I.D.S.). Paris.
FRA

Rapport 2011 : progrès et consolidation.

Paris : Institut des données de santé : 2011 : 98p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/telechargements/RA_2011.pdf

Ce rapport présente l'activité 2011 de l'Institut des données de santé (IDS) et porte le sous-titre " Progrès et consolidation ". L'instance installée en 2007 a pour mission d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie, et de faciliter la mise à disposition des données issues des systèmes d'information de ses membres (État, assurance maladie obligatoire et complémentaire, CISS, établissements publics et privé, CNSA et l'UNPS). Christian Babusiaux, son président, note que l'année 2011 a été marquée par des

étapes importantes dans plusieurs domaines. Pour améliorer la connaissance que peuvent avoir les acteurs de la santé et de la protection sociale, un service d'aide à la décision a été ouvert. Il compte une quinzaine de tableaux de bord permettant de suivre des problèmes clefs comme le reste à charge pour les patients ou les transferts financiers de l'hôpital vers la ville. La nouvelle base de données, le Système National d'Informations Hospitalières (SNATIH), a été largement ouverte depuis février 2011 à tous les acteurs, donnant accès aux données essentielles sur le financement et l'activité de l'ensemble des établissements de soins. Un nombre croissant d'organismes de recherches accèdent au SNIIRAM et peuvent désormais obtenir des extractions de données de cette base. Autre fait marquant : la signature d'une charte d'engagements entre les assureurs maladie obligatoires et complémentaires pour le partage et la mise en commun de données issues de leur système d'information. La loi sur la sécurité sanitaire des produits de santé du 29 décembre 2011 prévoit, dans son article 22, la création d'un GIP Etudes de santé. Il permettra à l'ANSM (qui remplace l'Afssaps), à la HAS et à l'InVS d'avoir accès aux données du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, notamment en vue de réaliser des études de vigilance et d'épidémiologie impliquant des produits de santé.

49140
OUVRAGE
SARGUEIL (S.)

Rubrique santé : manuel de traitement de l'information.

Paris : Editions CFPJ : 2011 : 156p.
Cote Irdes : A4288
<http://www.amazon.fr/Rubrique-sant%C3%A9-Manuel-traitement-linformation/dp/2353070116>

Sida, gastro-entérite, téléthon, maladie d'Alzheimer, obésité, trou de la Sécu, bioéthique, hormones de croissance... La santé est chaque jour présente dans les médias. Cet ouvrage est destiné à tous ceux qui s'intéressent au traitement journalistique et médiatique de la santé. Il s'adresse aux journalistes qui couvrent cette rubrique, à ceux qui la traitent occasionnellement ; aux futurs ou jeunes journalistes désireux de mieux appréhender ce domaine et, finalement, à tous ceux qui communiquent sur ce sujet. Car parler de santé sans en connaître les bases et les spécificités est aussi absurde que de parler de politique économique sans notions d'économie ou de couvrir un match de football sans en connaître les règles. Grâce à de nombreux témoignages, des exemples d'applications journalistiques et d'éclairages, ce livre se veut pratique et très concret acquérir les connaissances et les réflexes indispensables au traitement de cette information complexe et sensible (Résumé de l'éditeur).

Démographie-Modes de vie/ Demography-Living conditions

Espérance de vie Life expectancy

49965

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BOURBEAU (R.), LEGARE (J.), OUELLETTE (N.)

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

Revue de la littérature sur l'évolution future de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en santé.

SEDAP Research Paper ; n°289

Hamilton : SEDAP : 2011/11 : 104p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap289.pdf>

Comme plusieurs pays industrialisés, le Canada connaît un vieillissement important de sa population et ce phénomène, hérité des suites de la transition démographique, continuera de s'amplifier au cours des prochaines années. L'évolution de la mortalité, en particulier aux grands âges, y contribuera singulièrement, d'où l'importance d'en connaître l'évolution récente et à venir. Il s'avère aussi impératif de s'intéresser à l'évolution récente et future de l'état de santé des personnes âgées, et de se demander si les années de vie gagnées grâce à l'accroissement de la longévité seront vécues en bonne ou en mauvaise santé. Ainsi, à travers cette recension des écrits, Cette publication retrace d'abord le débat académique sur l'évolution future de la mortalité, et plus particulièrement de l'espérance de vie à la naissance. Puisque le débat s'est essentiellement cristallisé autour de deux grandes visions divergentes, soit l'une qui entrevoit la réalisation de gains soutenus en matière de mortalité dans le futur et l'autre qui prévoit plutôt un plafonnement de ces gains, les arguments de chaque parti et leurs principales critiques sont exposés. L'étude donne ensuite un compte-rendu détaillé

d'un second débat s'étant juxtaposé au précédent et entourant la qualité plutôt que la quantité des années vécues. Les trois théories qui s'affrontent en matière d'évolution future de la morbidité – la compression de la morbidité, l'expansion de la morbidité et l'équilibre dynamique – sont présentées et la pertinence de chacune est examinée sur la base de données empiriques. Les difficultés inhérentes à la définition des concepts de santé et de morbidité, et à l'obtention des indicateurs comparables dans le temps et dans l'espace sont mises en lumière.

Migrants Migrants

48680

OUVRAGE

SALAMA (P.)

Migrants and fighting against discrimination in Europe.

Migrants et lutte contre les discriminations en Europe.

Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe : 2011 : 98p., tabl, fig.

Cote Irdes : A4268

Cet ouvrage présente la migration en Europe sous ses multiples aspects et prône un nouveau modèle d'intégration interculturelle, fondé sur le principe de l'égalité de dignité de tous les individus.

Economie générale/Economy

Crise économique Economic crisis

48988

DOCUMENT DE TRAVAIL

BASSO (G.), DOLLS (M.), EICHHORST (W.),
et al.
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

The Effects of the Recent Economic Crisis on Social Protection and Labour Market Arrangements across Socio-Economic Groups

Les effets de la récente crise économique sur la protection sociale et sur le marché du travail dans les différents groupes socio-économiques.

IZA Working Paper; 6080
Bonn : IZA : 2011/10 : 23p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp6080.pdf>

The Great Recession did not only affect European countries to a varying extent, its impact on national labour markets and on specific socio-economic groups in those markets also varied greatly. Institutional arrangements such as employment protection, unemployment insurance benefits and minimum income support, working time flexibility and wage setting played a crucial role in determining to what extent the economic crisis led to higher unemployment, wage cuts or income losses and rising poverty. As the crisis gained momentum, the action of automatic stabilisation mechanisms built into the national tax-benefit and social protection systems was accompanied by heterogeneous sets of discretionary policy measures. While these factors can explain cross-country variation in labour market developments, they also lead to an unequal distribution of economic risks associated with the crisis across socioeconomic groups. The present paper aims to investigate and assess to what extent the

financial and economic crisis that hit the global economy in 2008-2009 impacted these labour market developments and to what extent different socio-economic groups were affected.

Croissance Growth

47708

RAPPORT

PICHON (A.), SCHAFF (C.)
COEURE (B.) / pres., CHRIQUI (V.) / pres.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris.
FRA, Direction Générale du Trésor. (D.G.T.).
Paris. FRA

France 2030 : cinq scénarios de croissance.

Paris : la documentation française, Paris : CAS :
2011/05 : 121p., tabl., graph.
Cote Irdes : A4211
<http://www.strategie.gouv.fr/content/france-2030-cinq-scenarios-de-croissance-0>

Rédigé en collaboration par le Centre d'analyse stratégique et la Direction générale du Trésor, ce rapport synthétise les échanges entre les **économistes de l'administration, de la banque** et les universitaires qui ont eu lieu au cours des séances de travail du groupe. Il propose une réflexion en amont sur les **risques et opportunités pour l'économie française à l'horizon 2030. Quelles sont les perspectives de croissance de l'économie française à long terme ?** La croissance potentielle française a-t-elle été durablement affectée par la crise, et si oui, par quels mécanismes économiques pourra-t-elle rebondir? Telles sont les questions abordées dans ce rapport, commandé par le Premier ministre. **Cinq scénarios contrastés d'évolution sont ainsi proposés afin d'illustrer les trajectoires de croissance possibles à long terme.**

Etude d'ensemble
Global study

49941

RAPPORT

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

**Tableaux de l'économie Française -
Edition 2012.**

Paris : INSEE : 2012/02 : 250p., tabl., graph.
Cote Irdes : A4335
<http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2012/tef2012.pdf>

Les Tableaux de l'Économie Française (TEF) rassemble les principales données démographiques, économiques et sociales de la France. Cette édition présente de nouveaux indicateurs sur la durée et les conditions de travail. Organisé en 88 fiches, l'ouvrage couvre cinq grands domaines : territoire-population, emploi-revenus, conditions de vie-société, économie-finances et système productif. Chaque fiche fournit des informations sur la France, ainsi que des données de cadrage sur les 27 pays de l'Union européenne et sur le reste du monde. Des commentaires sur les chiffres présentés dans les tableaux et les graphes, des définitions et une liste de publications spécialisées sur le thème complètent l'ensemble.

Pauvreté
Poverty

48912

DOSSIER DE PRESSE

Secours Catholique. Paris. FRA, Fondation d'Entreprise Crédit Coopératif. Paris. FRA

**Statistiques d'accueil 2010. Jeunes,
une génération précaire.**

Paris : Secours Catholique : 2010/11 : 22p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.secourscatholique.org/IMG/pdf/Dp_Stats_2010-2-2.pdf

Cette étude du Secours catholique comptabilise 1 492 000 personnes rencontrées dans ses centres d'accueil en 2010 (dont 702 000 enfants), un chiffre en hausse de 2,3 % par rapport à 2009. Ce panel suffisamment conséquent permet de dresser quelques constats solides qui viennent à l'encontre du rapport au Parlement sur la pauvreté en France communiqué par le gouvernement le mois dernier. La proportion de situations de pauvreté déjà connues augmente à 35 % en 2010, ce qui montre la persistance des difficultés des ménages. Le Secours Catholique accueille de plus en plus de familles avec enfants (52,7 % des situations rencontrées). Le niveau de vie moyen des personnes rencontrées est de 576 euros, soit bien en dessous du seuil de pauvreté (954 euros pour une personne seule). Le rapport met aussi en évidence la hausse de la demande alimentaire dans les accueils de l'association et analyse particulièrement la précarité des jeunes de 18 à 25 ans, qui représentent la classe d'âge la plus pauvre de France. " Pour y remédier, le Secours Catholique souhaite - parmi ses 17 propositions - la création d'une allocation de soutien à l'autonomie des jeunes, l'extension du RSA " activité " à tous les jeunes actifs dès 18 ans, ou encore le maintien des prestations familiales jusqu'aux 20 ans du dernier enfant rattaché au foyer.

48197

DOCUMENT DE TRAVAIL

DAS GUPTA (M.), BONGAARTS (J.),
CLELAND (J.)

Banque Mondiale. Washington DC. USA

**Population, Poverty, and Sustainable
Development. A Review of the
Evidence**

*Population, pauvreté et développement
durable : une revue des évidences.*

Policy Research Working Paper 5719
Washington : Banque Mondiale : 2011 : 28p., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2011/06/30/000158349_20110630131122/Rendered/PDF/WPS5719.pdf

There is a very large but scattered literature debating the economic implications of high fertility. This paper reviews the literature on three themes: Does high fertility affect low-income countries' prospects for economic growth and poverty reduction? Does population growth exacerbate pressure on natural resources? and Are family planning programs effective at lowering fertility, and should they be publicly funded? The literature shows broad consensus that while policy and institutional settings are key in shaping the prospects of economic growth and poverty reduction, the rate of population growth also matters. Recent studies find that low dependency ratios (as fertility declines) create an opportunity for increasing productivity, savings and investment in future growth. They find that lower fertility is associated with better child health and schooling, and better health and greater labor-force participation for women. They also indicate that rapid population growth can constrain economic growth, especially in low-income countries with poor policy environments. Population growth also exacerbates pressure on environmental common property resources. Studies highlight the deep challenges to aligning divergent interests for managing these resources. However, part of the pressure on these resources can be mitigated by reducing the rate of population growth. Although family planning programs are only one policy lever to help reduce fertility, studies find them effective. Such programs might help especially in the Sub-Saharan African region, where high fertility and institutional constraints on economic growth combine to slow rises in living standards.

Travail Labor

49527

OUVRAGE

MOLINIE (A.F.) / coord., GAUDART (C.) / coord., PUEYO (V.) / coord., LACOMBLEZ (M.) / préf., LEYMARIE (C.) / collab.

La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail.

Toulouse : Octarès Editions : 2012 : 395p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4319

http://www.octares.com/boutique_fiche.asp?idProd=206

Le thème de cet ouvrage est au cœur de l'actualité, compte tenu des changements démographiques et des transformations rapides dans le monde du travail. Les « seniors » sont de plus en plus nombreux dans les entreprises et les administrations, mais aussi de plus en plus nombreux à quitter la vie active. C'est une tendance marquée, durable, quelles que soient les hypothèses d'âge de départ. L'arrivée de « nouveaux » est elle aussi de plus en plus fréquente, pour remplacer des départs en retraite ou du fait d'une accélération des mobilités. Or, dans le même temps, le monde du travail se transforme, privilégiant à la fois la rationalisation et la réactivité. Les espaces de liberté, les possibilités d'anticiper, de s'organiser individuellement et collectivement, diminuent. Les temps non immédiatement productifs sont réduits, tels ceux consacrés à la formation et aux apprentissages, à l'accueil des nouveaux, aux échanges entre collègues. Ce livre invite à saisir le « fil de l'âge » pour proposer des repères, théoriques et pratiques, afin de comprendre ces transformations dans le travail et les parcours professionnels, et leurs enjeux, souvent préoccupants, en termes de santé au travail et d'expérience. Sur l'apprentissage, le développement des compétences, les ressources que peut - ou non - constituer le collectif, la santé au travail en fin de vie active, il existe des connaissances, des

expériences, des pistes d'action, pour prendre en compte la diversité de la population et porter attention aux différents temps de la vie professionnelle. Les réflexions et les expériences que présente ce livre collectif sont étroitement liées aux problématiques et recherches développées depuis une vingtaine d'années au sein du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (Créapt) [4e de couverture].

49363

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

Centre d'Observation Economique et de Recherche pour l'Expansion de l'Economie et le Développement des Entreprises. (COE-REXECODE). Paris. FRA

La durée effective du travail en France et en Europe.

Paris : Coe-Rexecode : 2011 : 41p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.coe-rexecode.fr/public/Analyses-et-previsions/Documents-de-travail/La-duree-effective-du-travail-en-France-est-une-des-plus-faibles-d-Europe>

Selon cette nouvelle étude de l'institut COE-Rexecode, cabinet d'études économiques réputé proche du patronat, qui s'appuie sur des chiffres d'Eurostat, la durée effective annuelle

de travail des salariés à temps complet en France est, avec la Finlande, la plus faible d'Europe. En 2010, les Français ont travaillé, en moyenne, 1 679 heures, soit 224 heures de moins que les Allemands (situés dans la moyenne de l'Union), 177 heures de moins que les Britanniques et 134 heures de moins que les Italiens. C'est en France, avec les 35 h, que la durée du travail a le plus baissé depuis une décennie : 14 % (toujours pour les salariés à temps plein), contre - 6 % outre-Rhin, affirme l'étude. Mais voilà, la proportion des salariés à temps partiel a augmenté de 7,1 points en dix ans outre-Rhin alors qu'elle est restée quasi stable en France (+ 0,3 point) et le bilan de la réduction du temps de travail sur l'emploi et la précarité est nettement plus favorable à la France qu'à l'Allemagne, selon l'OFCE. D'ailleurs, un tableau comparatif de l'étude montre qu'entre 1999 et 2010, l'emploi a augmenté de 7,3 % en Allemagne et de 14,2 % en France ! L'INSEE conteste également l'ampleur du recul de la durée du travail présentée par l'étude. Déjà en 2011, un rapport COE-Rexecode sur la compétitivité comparée de la France et de l'Allemagne avait beaucoup fait parler de lui, avec des résultats résultant pour une large part d'une erreur de calcul.

Documentation/Documentation

Annuaire Directories

48976 REPERTOIRE

Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.).
Paris. FRA

Annuaire Politi 2012 : Etablissements hospitaliers publics de France.

Issy les Moulineaux : PG Promotion : 2011 : 1047p.,
index
Cote Irdes : c, Uc13 (2012)

Ce répertoire a été réalisé avec le concours de la Fédération Hospitalière de France. Il présente des informations actualisées concernant : les 3 600 établissements hospitaliers publics français, les 100 000 professionnels travaillant en établissements et administrations, les structures nationales, régionales et départementales de la santé et les 200 principaux fournisseurs et prestataires de services du monde hospitalier.

48875 REPERTOIRE

Rosenwald. Paris. FRA

Annuaire des médecins 2010 (2 tomes).

Paris : Editions Rosenwald : 2010 : 2 vol. (727p. +
1435p.)
Cote Irdes : Uc113 (2010)

Cet annuaire exhaustif sur le corps médical français comprend 2 tomes. Le premier tome recense les médecins par ordre alphabétique, ainsi que les organismes officiels, les organismes professionnels, les services d'urgence et de consultations spécialisées, les laboratoires pharmaceutiques et parapharmaceutiques, les fournisseurs du domaine, le thermalisme et la thalassothérapie, les établissements hospitaliers publics et privés selon un classement géographique. Le deuxième tome recense les médecins par

spécialités médicales et classement géographique.

Bibliométrie Bibliometrics

48675 DOCUMENT DE TRAVAIL

WAGSTAFF (A.), CULYER (A.J.)
Banque Mondiale.
World Bank. Washington DC. USA

Four decades of health economics through a bibliometric lens

Quatre décennies d'économie la santé à travers le prisme de la bibliométrie.

Policy Research Working Paper; 5829
Washington : Banque mondiale : 2011 : 72p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/10/05/000158349_20111005114250/Rendered/PDF/WPS5829.pdf

This paper takes a bibliometric tour of the past 40 years of health economics using bibliographic "metadata" from EconLit supplemented by citation data from Google Scholar and the authors' topical classifications. The authors report the growth of health economics (33,000 publications since 1969 -- 12,000 more than in the economics of education) and list the 300 most-cited publications broken down by topic. They report the changing topical and geographic focus of health economics (the topics 'Determinants of health and ill-health' and 'Health statistics and econometrics' both show an upward trend, and the field has expanded appreciably into the developing world). They also compare authors, countries, institutions, and journals in terms of the volume of publications and their influence as measured through various citation-based

indices (Grossman, the US, Harvard and the JHE emerge close to or at the top on a variety of measures).

Dictionnaires Dictionaries

49283

OUVRAGE

REY (A.)

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

Mots à maux. Recueil des mots d'Alain Rey publiés dans le Bulletin de l'Ordre des médecins.

Paris : Cnom : 2011 : 187p., ill.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.conseil-
national.medecin.fr/system/files/motsAREY.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/motsAREY.pdf)

Cet abécédaire rassemble les 'mots' d'Alain Rey publiés dans le bulletin de l'Ordre des médecins entre 2000 et 2010. Cet ouvrage met l'accent sur l'importance de la qualité entre le patient et son médecin.

48256

REPERTOIRE

PASQUIER (R.) / dir., GUIGNER (S.) / dir.,
COLE (A.) / dir., ESTEBE (P.) / préf., PAGE
(E.C.) / préf.

Dictionnaire des politiques territoriales.

Paris Les Presses SciencesPo : 2011 : 584p., index
Cote Irdes : Ub578

Le local est définitivement entré dans l'ère du territorial, c'est-à-dire celle de l'instabilité, des contradictions permanentes, de la diplomatie à toutes les échelles, de la confusion des genres entre la communauté de proximité et les réseaux proliférant. Cet ouvrage regroupe un ensemble de chercheurs travaillant tous sur les politiques territoriales.

Economie de la santé Health economics

48588

OUVRAGE

BRIGNON (J.), GALLOUJ (C.)

Précis de santé publique et d'économie de la santé.

Rueil-Malmaison : Editions Lamarre : 2011 : 309p.,
fig., tabl.

Cote Irdes : A4257

Cet ouvrage présente les différents concepts liés à la santé publique et ses principaux champs d'application en France et à l'étranger (Europe, pays en développement). Les concepts de protection sociale et d'économie de la santé sont également abordés.

Gestion des ressources humaines Human resource management

49430

OUVRAGE

HERVE (M.), BRIERE (T.)

Le pouvoir au-delà du pouvoir : l'exigence de la démocratie dans toute organisation.

Paris : Françoise Bourin Editeur : 2012 : 512p.,
index

Cote Irdes : A4305

[http://www.bourin-editeur.fr/livre/le-pouvoir-au-dela-
du-pouvoir-l-exigence-de-democratie-dans-toute-
organisation.html](http://www.bourin-editeur.fr/livre/le-pouvoir-au-dela-du-pouvoir-l-exigence-de-democratie-dans-toute-organisation.html)

Pourquoi la démocratie s'arrêterait-elle aux portes de l'entreprise ? Il n'y a aucune raison, ni politique ni économique, que les salariés ne soient pas leur propre chef et ne puissent pas évoluer dans leur entreprise comme des intra-entrepreneurs. Aussi est-il temps de généraliser à toute organisation les manières de réussir déjà à l'oeuvre dans le web 2.0 : la coopération entre pairs, l'organisation en réseaux et l'intelligence collective comme

sources d'ajustement permanent à un environnement évolutif. Une telle révolution passe par la libération du pouvoir de création de chacun, au-delà de l'antique pouvoir de domination exercé par quelques-uns seulement. L'heure de la démocratisation des organisations a sonné. C'est ce que montre ce livre, en s'appuyant notamment sur l'expérience, unique en France, menée depuis quarante ans au sein du groupe Hervé (4e de couverture).

Institutions

Institutions

48437
OUVRAGE, REPERTOIRE
ORBAN (D.)

La santé au sein des institutions internationales européennes et françaises.

Paris : Ellipses : 2011 : 235p.
Cote Irdes : Ue579
<http://www.livres-medicaux.com/la-sante-au-sein-des-institutions-internationales-europeennes-et-francaises.html>

Dans le cadre de la réforme des études de santé, le programme de Première Année des Etudes de Santé (PAES) a prévu un cours consacré aux institutions européennes et françaises. Cette nouvelle matière aurait pu se limiter à une description générale de systèmes institutionnels, mais la Faculté de médecine de Nice a voulu faire preuve d'originalité. La santé représente une préoccupation majeure pour chaque être humain ainsi que pour les autorités compétentes, ce qui se traduit par un important réseau d'organismes qui s'en préoccupent dans différentes sphères et sous de multiples aspects. Dès lors, les instances académiques niçoises ont initié un enseignement spécifiquement orienté vers la santé telle que les organisations internationales, les institutions européennes et l'exécutif français la prennent en charge.

L'auteur du présent ouvrage, spécialiste du milieu des Nations unies, des Organisations non gouvernementales (ONG), de l'Union européenne et des systèmes de soins nationaux, a commis ce livre afin de servir de référence incontournable à tous les étudiants, au seuil de leurs futures carrières de professionnels de santé.

Internet

Internet

49434
OUVRAGE
FAYON (D.), ALLOING (C.)
CHAPPAZ (P.) / préf.

Développer sa présence sur internet.

Paris : Editions Dunod : 2012 : 209p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : A4308
<http://www.dunod.com/entreprise-gestion/entreprise-neuriat/ouvrages-professionnels/developper-sa-presence-sur-internet>

Être sur Internet est un moyen puissant de développer son activité. Mais, une présence efficace sur Internet ne se limite pas à « occuper le terrain » : Pourquoi et comment être présent sur Internet ? Comment concevoir une stratégie web 2.0 adaptée à son activité ? Comment intégrer les médias sociaux à des actions de communication ? Comment protéger la e-réputation des PME (Petites et moyennes entreprises), la développer ? Ce livre fournit des plans d'action complets pour améliorer sa visibilité dans les moteurs de recherche, fédérer et animer une communauté sur le web, lancer une vidéo virale, écouter les attentes des internautes, etc (4e de couverture).

48987

RAPPORT, INTERNET

HIGGINS (O.), SIXSMITH (J.), BARRY (M.M.), DOMEGAN (C.)

European Centre for Disease Prevention and Control. (E.C.D.C.). Stockholm. SWE

A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. Insights into health communication.

Une revue de littérature sur le comportement de recherche d'information en santé sur Internet du point de vue du consommateur et du professionnel de santé. Aperçu de la communication en santé.

Stockholm : ECDC : 2011/10 : 12p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Literature%20review%20on%20health%20information-seeking%20behaviour%20on%20the%20web.pdf>

The purpose of this literature review is to provide an overview of research studies published from 2006 to 2010 in the English language on online health information-seeking behaviour by adults from the perspective of both the health consumer and the health professional. Interest in the internet as a communication tool for health-related information is growing rapidly. The profile of online health consumers can be broadly defined as patients, patients' friends/relatives, and citizens in general. Health information-seeking behaviour varies depending on type of information sought, reasons for, and experience of, searching. Research shows that women are more likely than men to search for health information and online health consumers tend to be more educated, earn more, and have high-speed internet access at home and at work. Internet-based health information is accessed from a variety of sources, including websites run by organisations, homepages run by individuals, and online support groups where people actively exchange health information and blogs. As more people use the internet as a source of health information the issue of source credibility and trust in websites

becomes important. Research shows that **health professionals' use of the internet to obtain health and medical information** has increased. Furthermore, in a cross-sectional survey, 80% of physicians reported experience of patients presenting printed internet-sourced health information at visits. Thus, the traditional doctor-patient relationship is being challenged. The internet is a resource available to an increasing number of European citizens but, as with other information sources, differential access and use is apparent both within countries and between countries in the European Union. A lack of research in the European context means that the potential of the internet as a source of health information may not be fully understood. Nevertheless, the internet would appear to provide the ideal medium for the provision of information targeted at the prevention and control of communicable disease for both health consumers and health professionals in Europe.

Sources statistiques
Statistical sources

48847

NOTE

HARKER (R.)

Sources of social statistics: Health Services and Public Health

Les sources des statistiques sociales : services de santé et santé publique

Londres : House of Commons : 2011 : 7p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.parliament.uk/briefing-papers/SN03843.pdf>

This note is intended as a guide to the key sources in health services and public health statistics. It represents a self-help guide, providing a starting point for those interested in obtaining statistics for themselves. Increasingly, key data sources are available online. Links to relevant websites and

publications are contained within the text of this Note, with footnotes detailing the web addresses for hard copy readers. As far as possible links lead to parent web pages, from which the user can choose the specific report they require. In some instances, however, the link leads directly to the document in question.

Réglementation/Law

Données de santé

Health data

48487

RAPPORT, INTERNET

BICLET (P.)

Comité d'Agrément des Hébergeurs de Données de Santé. Paris. FRA

Premier rapport d'activité du comité d'Agrément des hébergeurs : 2006-2011.

Paris : Comité d'Agrément des Hébergeurs de Données de Santé : 2011 : 58p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Rapport%20CAH%204.08.11%20VF.pdf>

Mis en place en février 2006, conformément aux dispositions du décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006, le Comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel est chargé après réception de l'avis de la CNIL, d'émettre un avis sur les dossiers de demande d'agrément à l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Cet avis est transmis par le secrétariat du comité d'agrément au ministre en charge de la santé qui décidera d'agréer ou non le candidat. Le comité se compose de représentants de professionnels de santé, d'usagers de la santé et de l'IGAS, ainsi que d'un collège d'experts en sécurité des données de santé, droit et questions éthiques. La composition du comité d'agrément a été renouvelée par arrêté du 14 juin 2011 (JORF n°0140 du 18 juin 2011 page 10455 texte n° 39), le mandat des membres d'une durée de cinq ans étant arrivé à échéance. Le Comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel publie son premier rapport d'activité pour la période 2006-2011 dans lequel il rappelle ses missions, sa doctrine, et le nombre d'avis qu'il a rendu. En outre, il propose un bilan et des perspectives d'adaptation pour l'agrément des hébergeurs de données de santé

à caractère personnel. Parmi elles, on retrouve l'affirmation de la nécessité de protéger les droits des patients, dans un contexte d'évolutions technologiques rapides du secteur. Toutefois, le Comité se dit aussi favorable à un allègement de la procédure d'agrément pour la rendre plus fluide et propose des pistes de réflexions pour un agrément européen.

Dossier médical

Medical record

48556

REPERTOIRE, INTERNET

Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.). Paris. FRA

Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient.

Paris : CISS : 2011 : 63p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.leciss.org/sites/default/files/110606_Dossier-medical-personnel.pdf

Droits des malades

Patient rights

49718

OUVRAGE

BRISSY (S.) / dir., LAUDE (A.) / dir.,

TABUTEAU (D.) / dir.

DELEVOYE (J.P.) / préf.

Refus de soins et actualités sur les droits des malades.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2012 : 139p.

Cote Irdes : A4326

<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/observatoire-des-droits-et-responsabilites-des-personnes-en-sante/Details/287/21/sante-publique/observat>

[oire-des-droits-et-responsabilites-des-personnes-en-sante/refus-de-soins-et-actualites-sur-les-droits-des-malades.html](#)

L'Institut Droit et Santé de l'université Paris-Descartes, en tant que partenaire de la Conférence nationale de santé, contribue au travail sur l'état des droits des malades commencé en 2008. En 2010, s'appuyant sur les axes directeurs révélés par l'analyse des rapports des conférences régionales, l'Institut Droit et Santé a organisé sa contribution autour du thème du refus de soins des professionnels de santé. Les auteurs présentent d'abord une typologie destinée à déterminer l'ampleur des pratiques de refus, leurs formes et leurs motifs. Ils se livrent ensuite à une étude des différentes règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations. La seconde partie de l'ouvrage rassemble les recommandations formulées par l'Institut pour assurer la promotion et la défense des droits des usagers, autour de quatre thèmes : le droit à l'information, l'accès aux soins, l'élargissement du droit des malades au secteur médico-social et l'accroissement du rôle des conférences régionales de santé dans l'amélioration du droit des usagers.

49360

INTERNET, RAPPORT

DAEL (T.) / prés.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Rapport 2011 sur les droits des usagers : pour une approche convergente des droits des usagers dans le système de santé (Conférence nationale de la santé).

Paris : Ministère chargé de la santé : 2011 : 23p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_droits_usagers_cns_050112.pdf

Après un aperçu sur l'évolution des droits des malades en France, ce rapport aborde ce concept sous l'angle de l'accessibilité aux soins : accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité en termes de qualité. L'accès à la santé s'entend au sens large : éducation à la santé, prévention, soin,

accompagnement du handicap ou de la perte d'autonomie.

Etablissements sanitaires
Hospitals

49083

INTERNET

Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA

Note d'analyse de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Paris : FHF : 2011 : 4p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.fehap.fr/DATA/30_8_2011_9_4_7_Note%20et%20loi%20Fourcade%20ao%C3%BBt%202011.pdf

Cette note analyse la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (dite loi Fourcade) modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et plus particulièrement les mesures impactant les établissements de santé.

48973

OUVRAGE

GALLET (B.)

EVIN (C.) / préf.

La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social : à jour de la loi " Fourcade " du 10 août 2011.

Paris : Heures de France : 2011 : 213p.

Cote Irdes : A4280

http://www.heuresdefrance.com/product_info.php/Path/52_48/products_id/215

Le développement de la coopération dans le secteur de la santé, considérée dans son acception la plus large, du soin technique à

l'action sociale, est un des enjeux majeurs de la prise en charge de demain. Le présent livre propose de recenser de façon précise et argumentée l'ensemble des outils juridiques créés au fil des réformes sanitaires et sociales. **L'étude comporte conjointement une réflexion sur les orientations qui requièrent d'être désormais adoptées afin d'en perfectionner le contenu. Il s'agit de favoriser une utilisation optimale de ces outils par les acteurs, promoteurs de réseaux et professionnels en charge du développement de projets de coopération. L'ouvrage, particulièrement documenté, intègre les textes les plus récents, notamment une étude des apports de la loi du 21 août 2009, dite « HPST » et de ses textes d'application, ainsi que de la loi du 10 août 2011, dite « Fourcade ». Sa portée résolument pratique en fait un guide indispensable pour les promoteurs d'actions de coopération et une source d'information précieuse pour toute personne intéressée par la coopération dans le champ sanitaire, social et médico-social.**

48180
OUVRAGE
DEVREESE (E.)

Droit de la santé et réformes hospitalières.

Paris : Editions Demos : 2011 : 368p., tabl.
Cote Irdes : A4234
<http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/droit-de-la-sante-et-reformes-hospitalieres-9782362410055>

" Tordant le cou " à de nombreuses idées reçues grâce à des points de vue originaux, l'auteur de cet ouvrage présente l'hôpital moderne, en le replaçant dans le contexte de la mondialisation et de la crise des finances publiques. L'hôpital français est ainsi envisagé sous "toutes ses coutures" : le contexte à travers une triple approche comparative, historique, économique, l'environnement-planification, régionalisation, coopération - et le fonctionnement interne (instances de décision et de concertation, qualité et certification). Cet ouvrage est le premier à présenter la nouvelle donne hospitalière issue de la réforme générale des politiques publiques (RGPP) et de la loi hôpital, patient, santé, territoire du 21 juillet 2009 (4e de couverture).

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ABECASSIS (P.)	87
ABEGUNDE (D.).....	104
Académie Nationale de Médecine	105
AG2R La Mondiale	23
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)	102, 106
Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.)	59, 90
Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.).....	62, 124
Agence Régionale de la Santé d'Ile de France. (A.R.S.)	77
Agence Régionale de Santé Languedoc- Roussillon. (A.R.S.).....	78
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.).....	94, 99
ALAKESON (V.)	119
ALAVOINE (L.)	62
ALGAVA (E.)	54
ALLOING (C.)	147
ALLONIER (C.)	48
ALVAREZ (S.)	73
ANASTASIOU (G.).....	136
ANCELLE (T.)	134
ANDERSON (G.).....	16
ANDREWS (R.E.).....	116
ANGRIST (J.D.)	132
AOUN (A.)	112
ARNAUD (R.)	125
ARRIPE (A.d').....	111

Assemblée Nationale. (A.N.)	25, 35, 37, 38, 42, 57, 111, 125, 127
Assessing Needs of Care in European Nations. (A.N.C.I.E.N.)	64
Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. (A.N.E.M.F.).....	84
Association Pour l'Informatique Médicale. (A.P.I.M.A.).....	34
AUBERT (J.M.)	17
AUTON (M.)	104
AUVERLOT (D.).....	134
Axa Prévention.....	53

B

BABUSIAUX (C.).....	138
BAIL (J.N.).....	17
Bank of Italy	118
Banque Mondiale.....	142, 145
BARBIER (J.C.).....	28
BARNAY (T.)	17
BARRY (M.M.)	148
BASSO (G.).....	141
BATIFOULIER (P.).....	87
BAUM (C.F.)	67
BAUMSTARK (L.)	134
BAZILLON (B.).....	58
BERGUA (L.).....	110
BICLET (P.).....	150
BIRRAUX (C.)	111, 112
BLANCHFLOWER (D.G.).....	102

Index des auteurs
Author index

BOJKE (C.)96
 BONGAARTS (J.)142
 BONMARIN (I.)92
 BOONE (J.)135
 BOUBAL (C.)37
 BOUCHER CASTEL (L.)62
 BOURBEAU (R.)140
 BOURDON (E.)65
 BOURGUEIL (Y.)133
 BOURGUIGNON (F.)29
 BOWSER (D.)120
 BRAS (P.L.)17
 BRAUMAN (R.)108
 BRECHAT (P.H.)18
 BRIERE (T.)146
 BRIGNON (J.)146
 BRISSY (S.)150
 British Medical Association. (B.M.A.)70
 BRUCKER (G.)134
 BRUGERE (F.)15
 BUSSE (R.)96

C

CAHUZAC (J.)42
 CAILLE (Y.)14
 Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.)67
 Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)63
 Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.) 25, 34, 40, 44, 100
 Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.) 60, 61, 135, 137
 Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine. (C.P.A.M.)44

California Health Care Foundation. (C.H.C.F.) 84
 CAMERON (A.) 104
 CAMPION (M.D.) 15
 Canadian Center for Policy Alternatives. (C.C.P.A.) 98
 Canadian Reference Group on Social Determinants of Health. (C.R.G.) 71
 CANAT (G.) 80
 CANNING (D.) 120
 CARTIER (T.) 110
 CASERIO-SCHONEMANN (C.) 20
 CAVALIE (P.) 102
 CAVALIER (M.) 21
 CAVALIN (C.) 54
 CAYLA (F.) 61
 CAZEAU (B.) 109
 CELANT (N.) 110
 CELERIER (S.) 54
 Centre d'Observation Economique et de Recherche pour l'Expansion de l'Economie et le Développement des Entreprises. (COE-REXECODE) 144
 Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.) 66, 126, 134, 141
 Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.) 66
 Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.) 54
 Centre for Economics Policy Research. (C.E.P.R.) 135
 Centre National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.) 135
 Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.) 150
 Cercle Santé Société. (C.S.S.) 118
 CHAPPAZ (P.) 147
 CHAUVEAU (C.) 73
 CHAUVET (R.) 65
 CHAUVIERE (M.) 62
 CHIVOT (F.X.) 112
 CHOSSY (J.F.) 16
 CHRIQUI (V.) 141

D

CHRISTOPANOS (P.).....	78	DAEL (T.).....	13, 151
CLARK (M.).....	113	DAI (J.).....	131
CLELAND (J.)	142	DAIDONE (S.).....	96, 98
CLEMENT (M.)	83	DAMBERG (C.L.)	126
COEURE (B.).....	141	DANET (S.).....	48
COHEN (M.)	98	DANZON (P.M.).....	105
COIGNARD (B.).....	20	DAS GUPTA (M.).....	142
COLE (A.).....	146	DAUDIGNY (Y.)	43
Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.).....	30	DAURES (J.P.)	17
Collège National des Enseignants de Gériatrie. (C.N.E.C.G.)	59	DAVIES (H.T.O.).....	18
COMBIER (M.).....	17	DE BRUYN (T.)	100
Comité d’Agrément des Hébergeurs de Données de Santé.....	150	DE PAOLA (M.)	27
Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.).....	118	DEBRAND (T.).....	133
Commission Européenne. (C.E.)	33, 136	DEDESSUS-LE-MOUSTIER (N.).....	52
Commonwealth Fund.....	117	DEGOS (L.).....	24
COM-RUELLE (L.)	48	DELARUE (L.A.).....	128
CONNANGLE (S.).....	58	DELAVOIX (M.)	65
Conseil d’Orientation des Retraites. (C.O.R.)	66	DELEVOYE (J.P.).....	150
Conseil National de l’Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	77, 83, 112, 146	DELOITTE.....	23
Conseil National de l’Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.)	104	DEMORTIERE (G.).....	51
Conseil National de Lutte contre la Pauvreté et l’Exclusion Sociale. (C.N.L.E.)	75, 127	DENTON (F.T.).....	63
CORVEZ (A.)	17	Department of Health. (D.H.)	89, 119
COSTA-FONT (J.)	63	DEPINOY (D.).....	85
Cour des Comptes	19, 43, 60, 126	DESREUMAUX (M.)	77
COURBAGE (C.).....	63	DEVREESE (E.)	152
COURTEMANCHE (C.J.).....	27	Direction de la Recherche - des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	31, 32, 33, 48, 61, 91
COUTY (E.)	117	Direction Générale du Trésor. (D.G.T.)	141
CSERE (M.)	115	DIRICQ (N.).....	40
CULYER (A.J.).....	145	DIXON (A.).....	44
CURTIS (S.E.)	72, 81	DOLLS (M.)	141
CUTLER (D.M.)	68	DOMEGAN (C.).....	148
		DORANGE (M.).....	135
		DOUCIN (M.)	14
		DOUGUET (F.)	22, 52

DREUX (C.)	13
DRULHE (M.).....	22
DRUMMOND (M.)	106
DUBOIS (H.F.W.).....	92
DUBOIS (M.)	57
DUBOWITZ (T.)	81
DUCHIER (J.)	61
DUGUET (E.).....	53
DUPRAT (P.).....	62
DURAN (A.)	92
DURAND (E.)	51
DURAND-ZALESKI (I.)	15
DURANTEAU (O.)	84

E

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.)	21, 65
Economic and Social Research Institute (E.S.R.I.)	87
EDOUARD (R.).....	83
EICHHORST (W.)	141
ESPINASSE (C.).....	77
ESTEBE (P.).....	146
Europ Assistance	118
European Centre for Disease Prevention and Control. (E.C.D.C.).....	148
European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.).....	64
Eurostat	58
EVIN (C.).....	24, 151
EWEN (M.)	104

F

FAGOT CAMPAGNA (A.).....	47
FAHET (G.).....	61
FARJAT (G.).....	103
FARRAR (S.)	89
FAYON (D.)	147
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés à but non lucratifs. (F.E.H.A.P.)	93
Fédération Française des Associations de Médecins Coordinateurs en EHPAD. (F.F.A.M.C.O.).....	59
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.).....	145, 151
Fédération Nationale des Associations des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.)	30
FENG (Y.).....	89
FERY (P.).....	134
FILIPPINI (M.)	107
FILLAUT (T.).....	22
FINNIE (R.).....	63
FLECHE (S.)	46
FLEUREL (S.)	72, 81
FOLCO (J.B.)	101
Fondation d'Entreprise Crédit Coopératif ..	142
Fondation Konrad Adenauer	66
Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.).....	135
Fondation Roi Baudouin	100
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	31
FONTAINE (R.).....	56
FONTAINE GAVINO (K.).....	80
FOSSE (S.).....	47
FOURNET (N.).....	20
FRACHON (I.).....	108
FRANCESE (M.).....	118
FURUKAWA (M.F.)	105

G

GAAL (P.).....	115
GALLET (B.)	151
GALLET (M.A.).....	73
GALLOUJ (C.).....	146
GANZ (M.).....	67
GARNERO (M.).....	32
GARNUNG (M.).....	61
GASKIN (D.).....	71
GAUDART (C.)	143
GAUDRON (G.).....	37
GAYNOR (M.).....	97
GEISSLER (A.)	96
Gemme.....	105
GERGER (M.).....	114
GIBBS (M.)	88
GILSON (L.).....	137
GIORDANO (R.)	113
GOASGUEN (C.)	25
GOBILLON (L.).....	95
GODAGER (G.)	88
GODDARD (M.)	97
GODET (M.).....	29
GOELZER (B.).....	54
GOLDBERG (D.)	97
GOLDSTEEN (K.).....	35
GOLDSTEEN (R.L.)	35
GOLLIER (C.).....	134
GONZALEZ ORTIZ (L.G.)	107
GOODWIN (N.).....	113
GOT (C.)	15
GRAHAM (D.G.)	35
GRALL (J.Y.).....	79
GRAMAIN (A.).....	56
GRAND (A.)	17
GROSJEAN (V.).....	52

GUCHER (C.).....	73
GUESMI (A.)	103
GUIGNER (S.).....	146
GUILLAUME (S.)	48
GUILLEMIN (M.)	54
GUILLIER (F.)	124
GUTACKER (N.).....	96
GUTHRIE (S.)	95

H

HAAS (S.).....	93
HARKER (R.).....	148
HARRISON (A.)	44
Harvard School of Public Health	67, 120
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.)	20, 38
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.)	69
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)	90, 108, 125, 128, 138
HEINRICH (J.).....	127
HENDERSON (J.)	42
HERREROS (G.)	90
HERVE (C.).....	14
HERVE (M.).....	146
HIGGINS (O.)	148
HM Treasury	127
HOAREAU (E.).....	50
HOBER (J.)	41
HOFER (S.M.).....	130
HOFMAN-RISPAL (D.).....	125
Hogeschool-Universiteit Brussel (H.U.B.)	52
HOLLAND (W.W.)	114
HOUSSIN (D.)	21

HOYEZ (A.C.) 72, 81

I

IMBERT (G.)135
INGLEBY (D.)72
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.)..... 14, 70, 112
Institut Canadien d'Information sur la Santé.
(I.C.I.S.)42, 115
Institut CSA53
Institut d'Aménagement et d'Urbanisme Ile de
France. (I.A.U.).....78
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)110, 133
Institut des Données de Santé. (I.D.S.).....138
Institut d'Etudes Politiques. (I.E.P.S.)74
Institut Français d'Opinion Publique et d'Etude
de Marchés. (I.F.O.P.).....85
Institut für Betriebswirtschaft und
Volkswirtschaft. (I.B.E.S.).....86, 88
Institut LH223
Institut Montaigne.....29
Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....61
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)142
Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.).....38, 51, 135
Institut National de Veille Sanitaire.
(I.N.V.S.).....20, 47, 92
Institut National du Cancer.
(I.N.C.A.)34, 38, 86
Institut Thomas More.....41
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.)46, 53, 56,
72, 88, 102, 141
International Tobacco Control. (I.T.C.).....38
IVANOVA (I.)98

J

JACOB (P.) 94
JACOBS (R) 97
JACOBSON (D.)..... 81
Jalma 85
JEANDEL (C.)..... 55, 59
JEGOU (J.J.) 91
JOHAR (M.)..... 114
Joint Center for Political and Economic
Studies. (J.C.P.E.C.) 71
JONES (G.) 114
JONES (M.K.) 53
JONES (R.N.) 130
JONSSON (R.) 132
JOURDAIN (A.)..... 18
JOUVENEL (H. DE) 24
JUANICO (R.) 127
JUNG (A.)..... 38
JURIN (V.) 79

K

KAUFMANN (S.) 121
KEANE (M.)..... 114
KERDRAON (R.) 28
KIM (D.) 67
King's Fund Institute 44, 113
KNOEF (M.) 56
KNOX LOVELL (C.A.) 132
KOCHER (G.) 121
KOLLER (T.)..... 75, 76
KOOREMAN (P.) 56
KPGM 58
KRAUS (M.)..... 64

KUMBHAKAR (S.C.)	132
KUPIEC (J.M.)	57
Kyiv School of Economics	41

L

LABARTHE (J.)	31
LABELLE (B.)	80
Laboratoire Montpellierain d'Economie Théorique et Appliquée. (L.A.M.E.T.A.)	53
LACOMBLEZ (M.)	143
LADURNER (J.)	114
LAFERRERE (A.)	133
LAFORGUE (D.)	73
LANCRY (P.J.)	17
LAUDE (A.)	150
LAUDICELLA (M.)	97
LAVEIST (T.)	71
LE CLAINCHE (C.)	53
LE DEAUT (J.Y.)	111
LE FUR (P.)	48
LE GUEN (J.M.)	19
LE NEZET (O.)	51
LE PEN (C.)	17
LECLERCQ (B.)	117
LEGARE (J.)	140
LELIEVRE (M.)	31
LEVY-BRUHL (D.)	92
LEYMARIE (C.)	143
LLERAS-MUNEY (A.)	68
LOPEZ (A.)	14, 70
LOVEJOY (S.L.)	126

M

MA (A.)	89
MAES (M.)	52
MANGENEY (C.)	78
MANNION (R.)	18
MANSION (S.)	17
MANTOVANI (J.)	61
MARMOT (M.)	70
MARSDEN (P.V.)	133
MARSHALL (M.N.)	18
MARTELLI-BANEGAS (D.)	77
MARTIN (J.K.)	23
MAS (B.)	93
MASIERO (G.)	107
MATTEI (J.F.)	13
MAVROMARAS (K.G.)	53
MCGOVERN (M.E.)	69
MCGREGOR (M.)	98
MCGUIRE (A.)	42
MCLEOD (J.D.)	23
McMaster University	63
MEHAIGNERIE (P.)	42
MEMBRADO (M.)	61
MENARD (C.)	51
MENKES (C.J.)	105
MILCENT (C.)	95
MILLY (B.)	90
MILTON (B.)	68
Ministère chargé de la Santé 13, 28, 31, 32, 33, 34, 38, 48, 90, 91, 107, 137, 151	
Ministère chargé des Affaires Sociales ...	16, 61
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale	29, 127
Ministère du Budget - des Comptes Publics - de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat	28
Ministère du Travail - de la Solidarité et de la Fonction Publique	58

Index des auteurs
Author index

Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.).....	61
MOLEUX (M.).....	70
MOLINIE (A.F.).....	143
MONCET (M.C.).....	124
MOONAN (M.).....	68
MOONEY (G.).....	42
MUNDLE (C.).....	44
Mutualité Sociale Agricole de Gironde. (M.S.A.).....	44
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.).....	80

N

National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).....	27, 68, 97, 105
NEWMAN (J.).....	14
NEWSOM (J.T.).....	130
NIZRI (D.).....	112
NOLAN (A.).....	87
NOLTE (E.).....	95

O

Obea/Infraforces.....	26
OBRIZAN (M.).....	41
Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.).....	73, 74
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.).....	50, 51
Observatoire International des Prisons. (O.I.P.).....	76
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.).....	79
Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.).....	61

Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes. (O.R.S.R.A.).....	80
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.P.L.).....	80
Observatoire Suisse de la Santé. (O.B.S.A.N.).....	64
Office de Prospective en Santé. (O.P.S.).....	24
Office Fédéral de la Santé Publique. (O.F.S.P.).....	122
Office of Health Economics. (O.H.E.).....	89
OGGIER (W.).....	121
ORBAN (D.).....	147
O'REILLY (J.).....	87
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).....	16, 46, 48, 65, 121, 131
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).....	39, 49, 72, 75, 76, 79, 92, 96, 103, 104, 114, 115, 120, 131, 137
Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance. (O.C.I.R.P.).....	57
Organisme Gestionnaire Conventionnel. (O.G.C.).....	84
ORTIZ (J.P.).....	78
ORTIZ (Y.).....	122
OSBORN (R.).....	117
OSWALD (A.J.).....	102
OUELLETTE (N.).....	140

P

PAGE (E.C.).....	146
PANOUSIS (V.).....	136
PARAPONARIS (A.).....	65
PARIS (V.).....	17
Paris School of Economics (P.S.E.).....	95
PASQUIER (R.).....	146
PAWSON (R.).....	136
PELLET (F.).....	100

Index des auteurs
Author index

PESCOSOLIDO (B.A.)	23
PICARD (J.M.).....	100
PICHETTI (S.)	110
PICHON (A.)	141
PIERRU (F.).....	93
PINVILLE (M.).....	37
PISCHKE (J.S.).....	132
PLOCHG (T.)	16
POIROT-MAZERES (I.)	17
POLLAK (C.).....	66
POPOVICH (L.).....	120
POPOVICI (C.).....	41
POTAPCHIK (E.).....	120
POUVOURVILLE (G. de).....	17
PRAZNOCZY (C.).....	78
PREEL (J.L.).....	35
Premier Ministre	16
PROPPER (C.)	97
Public Health Agency of Canada. (P.H.A.C.) ..	71
PUEYO (V.)	143
PUPO (V.).....	27

Recherches et Etudes sur les Vulnérabilités Sociales et la Santé Publique. (R.E.V.E.S.S.)	135
REED (S.J.)	117
REILICH (J.)	50
REMICHE (B.).....	103
Réseau Français des Villes-Santé. (R.F.V.S.) .	79
REY (A.)	146
REYNAUD-MAURUPT (C.).....	50
RIBES (A.)	22
RICHARD (D.).....	22
RICHARD (N.).....	102
RIEDEL (M.)	64
ROBETTE (N.).....	130
ROBLES (A.G.).....	76
ROCHEREAU (T.).....	48
ROGERS (A.)	23
ROLAND (M.).....	95
ROMANELLI (M.)	118
ROSANVALLON (P.)	29
Rosenwald.....	145
ROSKAM (A.J.).....	48
ROUTIER (C.)	111
RUHM (C.)	72
RUMBOLD (B.).....	119

Q

QUENTIN (W.).....	96
QUINTIN (O.).....	126

R

Rand Corporation	81, 126
Rand Europe	95
RAYNARD (C.)	134
RAYNAUD (J.).....	78

S

SALAMA (P.)	140
SALTMAN (R.B.)	92
SARGUEIL (S.)	139
SCHAETZEL (F.)	70
SCHAFF (C.)	141
SCHILLINGER (P.).....	32
SCHWEYER (F.X.).....	22
SCOTTON (C.)	70
Secours Catholique	142

T

Sénat.....	28, 32, 36, 43, 91, 109, 111, 112
SENIK (C.).....	46
SERMET (C.)	55, 110
SHISHKIN (S.)	120
SICOT (F.)	22
SIRUGUE (C.).....	25
SIRVEN (N.)	66, 133
SIXSMITH (J.).....	148
SLOANE (P.J.)	53
SMITH (A.).....	98
SMITH (C.).....	46
SMITH (P.).....	119
SMITH (S.).....	87
SMOLSKI (N.)	93
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.)	140
Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (S.F.G.G.)	59
Société Française de Santé Publique. (S.F.S.P.).....	79
SORASITH (C.)	110
SORBERO (M.E.).....	126
SORSA (P.).....	46
SPENCER (B.G.)	63
SPERLICH (S.)	131
SPIILKA (S.).....	51
SPINAKIS (A.).....	136
STAMMEN (B.).....	52
STRUPLER (P.)	121
Study Center Gerzensee.....	122
SURLES (D.)	17
SUTTON (M.).....	89
Syndicat National de Gérontologie Clinique. (S.N.G.C.)	59
SZIGETI (S.).....	115
TABUTEAU (D.).....	21, 24, 117, 150
TALLEC (A.).....	80
TANSELLA (M.)	97
TAYLOR (R.).....	16
TAYLOR-ROBINSON (D.).....	68
TEISSEIRE (B.)	15
TESTENOIRE (M.L.).....	54
The Nuffield Trust	119
Théorie des Actes et des Contrôles des Institutions Publiques. (T.A.C.I.P.)	17
THERET (B.)	28
THIBAUT (C.).....	135
THOMAS (D.).....	86
THOMSON (S.).....	117
THORNICROFT (G.).....	97
TIERNEY (J.F.)	116
TONKENS (E.)	14
TORRIELLI (R.)	93
TOUBOUL (M.)	124
TOVAR (M.L.)	51
TRANCART (D.).....	54
TRUJILLO (A.J.)	71
TUFFREAU (F.).....	80

U

Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.)	30
Union Régionale des Professions de Santé. (U.R.P.S.)	78
Unité Transversale d'Éducation et de Promotion de la Santé du Pays des Vans	100
United States General Accounting Office. (G.A.O.)	116
Università della Calabria.....	27
Universität Witten/Herdecke	36
Université de Grenoble 1	101
Université de Poitiers	128
Université de Potsdam	50
Université Paris Dauphine	56
University College Dublin	69
University of Göteborg	132
University of Liverpool	68
University of Lugano.....	107
University of Oslo	88
University of Technology.....	114
University of York	96, 97, 98, 106

V

VASSELLE (A.).....	43
VEGA (A.)	104, 109
VERZULLI (R.)	97
VIAL (B.)	73, 74
VIDAL (W.)	124
VIGNERON (E.).....	93

W

WAGSTAFF (A.)	145
WALDFOGEL (J.)	72
WALENDZIK (A.)	86, 88
WARRIN (P.)	73, 74
WEEGEN (L.).....	86
WEHBY (G.L.).....	41
WEI (Z.)	53
WETS (J.)	100
WIESEN (D.).....	88
WILEY (M.)	96
WILLIAMS (M.V.).....	81
WITWER (J.)	56
WRIGHT (J.D.)	133
WÜBKER (A.)	36

Z

ZAIDMAN (C.).....	32
ZAPATA (D.).....	27
ZUCCHINI (W.).....	131

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers adress book

CARNET D'ADRESSES DES ÉDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

**A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de
Sécurité Sanitaire des Produits du santé)**

143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
Email : wb.internet@afssa.fr
<http://www.afssaps.fr/>

**A.N.A.P. (Agence Nationale d'Appui à la Perfor-
mances des établissements de santé et médico-
sociaux)**

23 avenue d'Italie
75013 Paris
☎ 01 57 27 12 00
<http://www.anap.fr/accueil/>

**A.N.E.S.M. (Agence Nationale de
l'Evaluation et de la qualité des
Établissements et Services sociaux et
Médico-sociaux)**

5 rue Pleyel
Bâtiment Euterpe
93200 Saint-Denis
☎ 01.48.13.91.00
Fax : 01.48.13.91.22
<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

**A.N.E.M.F. (Association Nationale des
Étudiants en Médecine de France)**

c/o FAGE
5, rue Frederick Lemaitre
75020 Paris
☎ 01 40 33 70 72
<http://www.anemf.org/>

**A.P.I.M.A (.Association Pour l'Informatique
Médicale)**

3 place du cygne
67000 Strasbourg
☎ 03.88.37.37.38
Email : contact@apima.org
<http://www.apima.org/contenu/contact.php>

A.R.S. Ile-de-France

35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
☎ 01 44 02 00 00
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/ARS-Ile-de-France.iledefrance.0.html>

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

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 Lyon cédex 03
☎ 04.37.91.33.10
Fax : 04.37.91.33.67
<http://www.atih.sante.fr/index.php?>

Académie Nationale de Médecine

16, rue Bonaparte
75272 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 57 70
Fax : 01 40 46 87 55
<http://www.academie-medecine.fr>

Assemblée Nationale

126, rue de l'Université
75007 Paris
☎ 01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

AG2R La Mondiale

Ag2r
35, boulevard Brune
75680 Paris Cedex 14

La Mondiale
32, avenue Emile Zola
59370 Mons-en-Baroeul.
<http://www.ag2rlamondiale.fr>

Amsterdam University Press

Herengracht 221
1016 BG Amsterdam
Pays-Bas
020-4203214 (fax)
Email : info@aup.nl
<http://www.aup.nl/do.php>

AXA Prévention

313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
<http://www.axaprevention.fr/>

B

B.M.A. (British Medical Association)

Board of science
BMA House
Tavistock Square
London WC1H 9JP
Royaume-Uni
<http://www.bma.org.uk>

Bank of Italy

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
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)

Banque Mondiale (Distributeur en France)

Editions Eska;
12, rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
☎ 01 42 86 55 66
Email : eska@eska.fr
<http://www.eska.fr/>

C

C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)

18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
☎ 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/>

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

Direction des Statistiques et des Etudes Economiques et Financières
Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
73547 Bagnolet cedex
☎ 01 41 63 80 77
Fax : 01 41 63 83 80
<http://www.msa.fr>

C.C.P.A. (Canadian Centre for Policy Alternatives)

410-475 Albert Street
Ottawa ON K1P 5E7
Canada

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

☎ 00 1 613 563 1341
Fax : 00 1 613 233 1458
Email : ccpa@policyalternatives.ca
<http://www.policyalternatives.ca>

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

Immeuble Le Descartes 1
29, promenade Michel-Simon
93166 Noisy-Le-Grand cedex
☎ 01 45 92 68 97
Fax : 01 49 31 02 44
<http://www.cee-recherche.fr>

C.E.P.E.D.

19 Rue Jacob
75006 Paris
<http://www.ceped.org/>

C.E.P.R. (Center for Economic Policy Research)

77 Bastwick St,
London EC1V 3PZ
Royaume-Uni
http://www.cepr.org/default_static.htm

C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information) . I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé) /

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Canada
☎ 00 1 613 241 7860
Fax : 00 1 613 241 8120
<http://www.cihi.ca>

C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)

10, villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
Email : contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>

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

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

C.N.A.V. (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse)

110, Avenue de Flandre
75951 Paris cedex 19
<https://www.lassuranceretraite.fr>

C.N.L.E. (Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale)

Adresse postale :
DGCS
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Adresse des bureaux :
DGCS
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon
75014 Paris
<http://www.cnle.gouv.fr/>

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

180, bd Haussman
75008 Paris
☎ 01 53 89 32 00
Fax : 01 53 89 32 01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

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

4, Avenue Ruysdaël
75379 Paris Cedex 08
☎ 01 56 21 34 34
Fax : 01 56 21 34 99
<http://www.ordre.pharmacien.fr>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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

66 avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
☎ 01 53 91 28 00
<http://www.cnsa.fr>

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

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

C.P.A.M. Hauts-de-Seine

92026 Nanterre cédex

California HealthCare Foundation

1438 Webster Street Suite 400, Oakland, CA
94612
Etats-Unis
<http://www.chcf.org/>

Cambridge University Press

The Edinburgh Building
Cambridge CB2 1RP
Royaume-Uni
<http://www.cambridge.org/>

Centre d'Economie de la Sorbonne

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

Cercle Santé Société

32 rue Cassette
75006 Paris
☎ 01 42 22 29 02
Fax : 01 42 22 35 88
<http://www.cerclesantesociete.fr/>

Coe Rexocode (Centre de Recherches pour l'Expansion de l'Economie et le Développement des Entreprises)

29, avenue Hoche
75008 Paris
☎ 01 53 89 20 89
Fax : 01 45 63 86 79
<http://www.coe-rexocode.fr/>

Comité d'Agrément des hébergeurs de données de santé

Secrétariat : ASIP Santé
9, rue Georges Pitard
75015 Paris
Email : contact-agrement-hebergeurs@sante.gouv.fr
<http://esante.gouv.fr>

Commission européenne

Direction générale de la santé et des consommateurs
B-1049 Bruxelles
Belgique
http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_fr.htm

Commonwealth Fund (The)

One east 75th street
New York, NY 10021.2692
Etats-Unis
☎ 00 1 212 535 0400
Email : cmwf@cmwf.org
<http://www.commonwealthfund.org/>

Conseil des prélèvements obligatoires

13 rue Cambon
75100 Paris cédex 01
☎ 01 42 98 95 95
<http://www.ccomptes.fr/CPO/Accueil.html>

Cour des Comptes

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

D

D.G.O.S (Direction Générale de l'Offre de Soins)

Ministère de la Santé

☎ 01 40 56 60 00

Fax : 01 40 56 49 63

<http://www.sante.gouv.fr/hopital>

<http://www.sante.gouv.fr/les-rapports-et-publications.html>

D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques)

Ministère chargé de la Santé, Ministère des Affaires sociales

11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon

75696 Paris cedex 14

☎ 01 40 56 80 68

Fax : 01 40 56 81 40

<http://www.sante.gouv.fr/publications-de-la-drees.3891.html>

Delachaux et Niestle

Diffusé par les Editions de la Martinière

2, rue Christine

75006 Paris

☎ 01 40 51 52 00

<http://www.delachaux-niestle.com/>

Deloitte France

185, avenue Charles de Gaulle

92524 Neuilly-sur-Seine Cedex

http://www.deloitte.com/view/fr_FR/fr/index.htm

Department of Health (D.O.H.)

Customer services

Richmond House

79 Whitehall

London SW1A 2NS

Royaume-Uni

☎ 00 44 020 7210 4850

Email : dhmail@dh.gsi.gov.uk

<http://www.doh.gov.uk/>

Documentation Française (La)

Librairie de Paris

29, Quai Voltaire

75007 Paris

☎ 01 40 15 71 10

Fax : 01 40 15 72 30

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml>

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

Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)

124, rue Henri-Barbusse

93308 Aubervilliers cedex

☎ 01 40 15 68 74

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

E

E.C.D.C. (European Centre for Disease Prevention and Control)

171 83 Stockholm

Suède

☎ 46 (0) 8 586 01000

<http://ecdc.europa.eu>

E.H.E.S.P. (Ecole des hautes Etudes en santé Publique)

(Prêt des mémoires)

Unité de documentation multimédia

Avenue du professeur Léon Bernard

CS 74312

35043 Rennes Cedex

Fax : 02 99 02 26 28

<http://www.ehesp.fr/portail/#ressourcesdocumentaires>

=> conditions de prêts, mémoires en ligne à partir de 1999

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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

c/o Center for European Policy Studies
place du congrès 1
1000 Bruxelles
Belgique
Email: info@enepri.org
<http://www.enepri.org/>

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

Editions de santé

49, rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
<http://www.editionsdesante.fr/>

E.S.R.I. (Economic and Social Research Institute)

Whitaker Square
Sir John Rogerson's Quay
Dublin 2
☎ (+353) 1 8632000
Fax (+353) 1 8632100
Email: admin@esri.ie
<http://www.esri.ie/>

Editions Dialogues.fr

54 rue Jean Macé
29200 Brest
<http://www.editions-dialogues.fr>

Economica

Groupe Eyrolles
61, bd Saint-Germain
75240 Paris cedex 05
☎ 01 44 41 11 11
<http://www.eyrolles.com/Accueil/Editeur/3/economica.php>

Editions du Conseil de l'Europe

Division des Editions
Palais de l'Europe
67075 Strasbourg cedex
☎ 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>

Economix

Université Paris Ouest, Nanterre - La Défense
Bâtiment G
200, Avenue de la République
92001 Nanterre cedex
☎ 01 40 97 59 07
<http://economix.fr/>

Editions du Croquant

Broissieux 73340 Bellecombe-en-Bauges
☎ : 06 42 38 66 00
Email: alain.oriot@wanadoo.fr
<http://atheles.org/editionsducroquant>

Editions C.F.P.J. (Centre de Formation de Perfectionnement des Journalistes)

35, rue du Louvre
75002 Paris
☎ 01 44 82 20 00
<http://www.cfpj.com/editions/>

Editions du moment

15 rue Condorcet
75009 Paris
<http://www.editionsdumoment.com/>

Editions DEMOS

20 rue de l'Arcade
75008 Paris
☎ 01 44 94 16 16

Editions Dunod

5, rue Laromiguière
75005 Paris
☎ 01 40 46 35 00
Email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Edition Ellipses

32, rue Bague
75740 Paris cedex
☎ 01 45 67 74 19
Fax : 01 47 34 67 94
<http://www.editions-ellipses.fr>

Editions La Découverte et Syros

9 bis, rue Abel Hovelacques
75013 Paris
☎ 01 44 08 84 00
Email : ladecouverte@ladecouverte-syros.com
<http://www.editionsladecouverte.fr>

Editions Seuil (Le)

27, rue Jacob
75261 Paris 06
☎ 01 40 46 50 50
Fax : 01 40 46 43 00
<http://www.seuil.com/>

Editions Hans Huber

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
Postfach
3000 Bern 9
Suisse
E-Mail: verlag@hanshuber.com
<http://www.verlag-hanshuber.com>

Editions Harmattan (L')

5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique
75005 Paris
☎ 01 43 54 79 14
Fax : 01 43 29 86 20
<http://www.editions-harmattan.fr>

Editions Lamarre

Groupe Liaisons
1 Avenue Edouard Belin
92856 Rueil Malmaison cedex
☎ 01 41 29 77 01

Editions Larcier

Rue des Minimes, 39
1000 Bruxelles
Belgique
<http://editions.larcier.com/>

Editions Rosenwald

10, rue Vineuse
75784 Paris cedex 16
☎ 01 41 10 04 09
Fax : 01 44 30 81 11
Email : rosenwal@wanadoo.fr
<http://www.rosenwald.com>

Editions Tec & Doc

11, rue Lavoisier
75384 Paris cedex 08
☎ 01 42 65 39 95
Fax : 01 42 65 02 46
Email : edition@tec-et-doc.com
<http://www.tec-et-doc.com/fr/>

Editions Vigot-Maloine

23, rue de l'Ecole de Médecine
75006 Paris
☎ 01 43 25 60 45
<http://www.vigotmaloine.fr>

Emerald Group Publishing Limited

Howard House
Wagon Lane
Bingley BD16 1WA
Royaume-Uni
<http://www.emeraldinsight.com/index.htm>

Erasmus University

PO Box 1738
3000 DR Rotterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 10 408 1111
Email : mgz@erasmusmc.nl
<http://www.erasmusmc.nl/mgz/publications/?lang=en>

ESV Production

276, rue Lecourbe
75015 Paris
☎ 01 48 56 76 76
Fax : 01 56 08 04 38
Email : mbonnel@esvdv.com
<http://www.esvprod.com/>

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

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

F

F.E.H.A.P. (Fédération des Etablissements d'Hospitalisation & d'Assistance Privée)

179 rue de Lourmel
75015 Paris
☎ 01 53 98 95 00
<http://www.fehap.fr/>

Formindep

188 rue Daubenton
59100 Roubaix
<http://www.formindep.org>

Françoise Bourin éditeur

10, rue d'Uzès
75002 Paris
☎ 01 53 05 99 59
Fax : 01 44 94 90 99
<http://www.bourin-editeur.fr/>

F.H.F. (Fédération Hospitalière de France)

1, bis rue Cabanis
75014 Paris
☎ 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
<http://www.fhf.fr>

G

F.N.G. (Fondation Nationale de Gérontologie)

49, rue Mirabeau
75016 Paris
☎ 01 55 74 67 14 / 04
Fax : 01 55 74 67 01
Email : contact@fng.fr
<http://www.fng.fr/>

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

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

Fondation Roi Baudouin

Rue Brederode 21
1000 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 511 18 40
Fax : 00 32 2 511 52 21
Email : asq@kbs-frb.be
<http://www.kbs-frb.be>

GEMME (Générique Même Médicament)

6 avenue Franklin D. Roosevelt
75008 Paris
<http://www.medicamentsgeneriques.info/>

H

H.A.s. (Haute Autorité de santé)

2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
☎ 01 55 93 70 00
Email : contact.web@has-sante.fr (webmaster)
Email : contact.presse@has-sante.fr (contact presse)
Email : contact.revues@has-sante.fr (contact revues)
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5

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

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
☎ 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/-Actualites,1189->

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

Adresse postale
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Bureaux
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
☎ 01 40 56 79 80
☎ ADSP : 01 40 56 79 56
Fax : 01 40 56 79 49
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil>

H.E.R.O. (Health Economics Research Programme)

University of Oslo
Institute of Health Management and Health Economics
P.O. Box 1089
Blindern
NO-0317 Oslo
Norvège
<http://www.hero.uio.no/publications.html>

H.O.P.E (European Hospital and Healthcare Federation)

Bd. A. Reyers 207-209 - B7
BE-1030 Bruxelles
Belgique
☎ 32 2 742 13 20
Email : sg@hope.be
<http://www.hope.be/>

H.U.B. (Hogeschool - Universiteit Brussel)

Stormstraat 2
1000 Brussels
Phone: 02-210 12 11
Fax: 02-217 64 64
Email: info@hubrussel.be
http://www.hubrussel.be/HUB_english/HUB_web/HUB-English.html

Harvard School of Public Health

677 Huntington Avenue
Boston, MA 02115
Etats-Unis
<http://www.hsph.harvard.edu/>

Heures de France

7, cité du Cardinal-Lemoine
75005 Paris
☎ 01 53 10 08 18
Fax : 01 53 10 85 19
<http://www.heuresdefrance.com/>

House of Common

Research Publications Officer
Room 407, 1 Derby Gate
London, SW1A 2DG
Royaume-Uni
Email : PAPERS@parliament.uk
<http://www.parliament.uk/index.cfm>

HM Treasury

The Public Enquiry Unit
1 Horse Guard Road
London SW1A 2HQ
Royaume-Uni
Email : public.enquiries@hm-treasury.uk
<http://www.hm-treasury.gov.uk>



I.A.U.R.I.F. (Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile-de-France)

15 rue Falguière
75740 Paris cedex 15
☎ 01 53 85 79 37
Fax : 01 53 85 76 02
<http://www.iaurif.org>

I.FO.P. (Institut Français d'Opinion Publique)

6-8, rue Eugène Oudiné
75013 Paris
☎ 01 45 84 14 44
Fax : 01 45 84 93 36
<http://www.ifop.com>

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

25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
☎ 01 40 56 6000
Fax : 01 40 56 6001
<http://www.igas.gouv.fr/>

I.N.A. Editions

4 avenue de l'Europe
94366 Bry-sur-Marne cedex
☎ 01.49.83.20.00
<http://www.ina-sup.com/>

I.N.C.A. (Institut National du Cancer)

52, avenue André-Morizet
92513 Boulogne-Billancourt cedex
☎ 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.fr/>

I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques)

133, boulevard Davout
75020 Paris cedex
☎ 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
☎ 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
☎ 01 41 17 50 50
<http://www.insee.fr>

Diffusion : Insee Info Service

Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452
Fax : 01 53 17 88 09
http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm

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

12 rue du Val d'Osne
94415 St Maurice cedex
☎ 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67

<http://www.invs.sante.fr>

**I.R.D.E.S. (Institut de Recherche et
Documentation en Economie de la Santé)
[ex CREDES]**

Service Publication-communication
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 17
Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>

**I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor /
Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)**

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9
PO Box 7240
53072 Bonn
Allemagne
☎ 00 49 228 3894 0
Fax : 00 49 228 3894 510
Email : iza@iza.org
<http://www.iza.org/>

Institut d'Etudes Politiques de Paris (I.E.P.)

27, rue St Guillaume
75537 Paris cedex 07
☎ 01 45 49 50 50
<http://www.sciencespo.fr/>

Institut de Données de Santé (I.D.S.)

19 rue Arthur Croquette
94220 Charenton-le-Pont
<http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/>

Institut Montaigne

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris
☎ : 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28
Email : info@institutmontaigne.org
<http://www.institutmontaigne.org/site/page.php>

Institut Thomas More

20, rue Laffitte
75009 Paris
☎ 01 49 49 03 30
Email : info@institut-thomas-more.org
<http://www.institut-thomas-more.org/home.html>

**Institut für Betriebswirtschaft und
Volkswirtschaft (IBES)**

Universität Duisburg-Essen
Universitätsstraße 12
45141 Essen
Allemagne



John Libbey Eurotext

127, av. de la République
92210 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : contact@john-libbey-eurotext.fr
<http://www.john-libbey-eurotext.fr>

**Joint Center for Political and Economic
Studies**

1090 Vermont Ave., NW, Suite 1100
Washington, DC 20005-4928
<http://www.jointcenter.org/>

K

K.P.G.M.

Immeuble Le Palatin
3 cours du Triangle
92939 Paris La Défense Cedex
☎ 01 55 68 86 60
<http://www.kpmg.com/fr/fr/Pages/default.aspx>

Fax : 01 40 51 81 85

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

King's Fund Institute

11-13 Cavendish Square
London W1G 0AN
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7307 2591
Fax : 00 44 20 7307 2801
Email : bookshop@kingsfund.org.uk
<http://www.kingsfund.org.uk>

M

M.S.A. Gironde

13 rue Ferrère
33052 Bordeaux cédex
☎ 05 56 01 83 83
<http://www.msa33.fr>

Kyiv Economics Institute

Yakira St. 13, 3d floor
04119 Kyiv
Ukraine
<http://www.kse.org.ua>

McMaster University

Department of Economics
Kenneth Taylor Hall, Rm 426
McMaster University
1280 Main Street West
Hamilton, Ontario, Canada
L8S 4M4
☎ 00 1 905 525 9140, ext. 22765
Email : econ@mcmaster.ca - econch@mcmaster.ca
<http://www.mcmaster.ca/economics/>

L

L.A.M.E.T.A. (Laboratoire Montpellierain d'Economie Théorique et Appliquée.)

Université Montpellier 1 - UFR d'Economie
Av. Raymond Dugrand
Site de Richter C.S. 79606
34960 Montpellier cédex 2
<http://www.lameta.univ-montp1.fr>

Médecine-Sciences- Flammarion

Le sequana
87 quai Panhard et Levassor
75 647 Paris cedex 13
☎ 01 40 51 30 08
Fax : 01 43 25 01 18
<http://medecine.flammarion.com/>

Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence

E.J.A. (Editions Juridiques Associées)
20, rue Soufflot
75005 Paris
☎ 01 46 33 89 85

Ministère chargé de la Santé

8, av. de Ségur
75007 Paris
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 54 25
<http://www.sante.gouv.fr>

**Ministère chargé du travail, des relations
sociales et des solidarités**

127, rue de Grenelle
75700 Paris
☎ 01 44 38 38 38
Fax : 01 44 38 20 20
<http://www.travail.gouv.fr/>



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

1050 Massachusetts Avenue
Cambridge MA 02138
Etats-Unis
☎ 001 617 588 0315
<http://www.nber.org>

**Nuffield Trust for Research and Policy
Studies in Health Services**

59 New Cavendish Street
London W1G 7LP
Royaume Uni
☎ 00 44 20 7631 8450
Email : mail@nuffieldtrust.org.uk
<http://www.nuffieldtrust.org.uk>



**O.C.D.E. (Organisation de Coopération et
de Développement Economique)**

2, rue André-Pascal
75116 Paris cedex
☎ 01 45 24 82 00
Fax : 01 45 24 18 15
<http://www.oecd.org/>

**O.F.D.T. (Observatoire Français des
Drogues
et des Toxicomanies)**

3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Email : ofdt@ofdt.fr
<http://www.ofdt.fr/>

Obea /Infraforces

21, rue Viète • 75017 Paris
☎ 01 40 53 47 47
Email : information@infraforces.com
<http://www.infraforces.fr/>

**O.D.E.N.O.R.E. (Observatoire des Non-
Recours aux Droits et Services)**

Adresse postale :
MSH-Alpes UPMF
BP 47
38 040 Grenoble cedex 9

Adresse physique :
1221 avenue Centrale - Domaine Universitaire
38400 Saint Martin d'Hères
<http://www.msh-alpes.prd.fr/odenore/>

**O.F.S.P. (Office Fédéral de la Santé
Publique)**

3003 Berne
Suisse
☎ +41 (0)31 322 21 11
Fax +41 (0)31 323 37 72
<http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=fr>

**O.G.C. (Organisme Gestionnaire
Conventionnel)**

Formation Professionnelle Conventionnelle des
médecins)
217, rue de la Fontaine
94120 Fontenay sous Bois
☎ 01 48 76 19 05 : 01 49 74 98 60
<http://www.ogc.fr/index.php>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

O.H.E. (Office of Health Economics)

12 Whitehall
London SW1A 2DY
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7747 8850
<http://www.ohe.org/page/index.cfm>

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

Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse
☎ 00 41 22 791 21 11
<http://www.who.int/en/>
[http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE_\(diffuseurs en France\)](http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE_(diffuseurs%20en%20France))

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

Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>

**OMS Collaborating Centre for Drugs
Statistics Methodology**

Norwegian Institute of Public Health
P.O. Box
4403 Oslo
Norvège
<http://www.whocc.no>

**O.R.C.I.P. (Organisme commun des
Institutions de rentes et de prévoyance)**

10 rue Cambaceres
75008 Paris
<http://www.ocirp.fr/>

**O.R.S. des Pays de la Loire (Observatoire
Régional de la Santé des Pays de la Loire)**

Hôtel de la Région
1, rue de la Loire
44966 Nantes cedex 9
☎ 02 51 86 05 60

Fax : 02 02 51 86 05 61

Email : accueil@orspaysdelaloire.com
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

**O.R.S.M.I.P. (Observatoire régional de la
Santé Midi-Pyrénées)**

37, allées Jules Guesde
31073 Toulouse cedex
☎ 05 61 53 11 46
Fax : 05 62 26 42 40
Email : orsmip@orsmip.org
<http://www.orsmip.org/>

**O.R.S.A. (Observatoire Régional de la Santé
Aquitaine)**

Espace Rodesse
103 ter, rue Belleville
33000 Bordeaux
☎ 05 56 56 99 60
Fax : 05 56 56 99 61
Email : contact@ors-aquitaine.org
<http://www.ors-aquitaine.org/>

**Observatoire européen des systèmes
et des politiques de santé / European
Observatory on Health Care Systems
and Policies**

Rue de l'Autonomie, 4
B - 1070 Bruxelles
Belgique
☎ +32 2 525 09 35
Fax: +32 2 525 09 36
<http://www.euro.who.int/observatory>

Observatoire Suisse de la Santé

Office fédéral de la statistique
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
Suisse
☎ +41 32 713 60 45
Email: obsan@bfs.admin.ch
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/01.html>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Octarès Editions

24, rue de Nazareth
31000 Toulouse
<http://www.octares.com>

**Office des Publications Officielles des
Communautés Européennes**

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
☎ 00 352 29 29 1
http://publications.europa.eu/index_fr.htm

Réseau d'agents de vente :
http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm
=> France

Open University Press –Mc Graw Hill

McGraw-Hill Education
Shoppenhangers Road
Maidenhead
Berkshire
SL6 2QL
Royaume-Uni
☎ 00 44 1628 502500
Email : enquiries@openup.co.uk
Email : emea_queries@mcgraw-hill

France : Anne-Marie Pluijm :
anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com
<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

P

Palgrave Macmillan

Palgrave Orders Department
Palgrave Macmillan
Houndmills
Basingstoke
Hampshire RG21 6XS
Royaume Uni
Email: orders@palgrave.com
<http://www.palgrave.com/home/index.asp>

Paris School of Economics

48 boulevard Jourdan
75014 Paris
☎ 01 43 13 63 00
Fax: 01 43 13 63 10
Email: accueil@pse.ens.fr
<http://www.pse.ens.fr/>

PG Promotion

21 rue Camille Desmoulins
92789 Issy Les Moulineaux cedex 9
☎ 01 73 28 15 80
Fax : 01 73 28 15 81
Email : info.pgpromotion@medimedia.fr
<http://www.pgpromotion.fr/>

Presses de l'EHESP

CS 74312
35043 Rennes Cedex
☎ 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
Email ; presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

Prescrire

Rédaction et diffusion :
Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75558 Paris cedex 11
Fax : 01 49 23 76 48
Email : revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org>

Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64
Email : info.pressessciences-po.fr
<http://www.pressessciencespo.fr/>

Presses Universitaires de France (PUF)

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
☎ : 01.58.10.31.00
Fax : 01.58.10.31.82

R

<http://www.puf.com/>

Presses Universitaires du Québec

Édifice Le Delta I
2875, boul. Laurier,
bureau 450
Québec (Québec) Canada G1V 2
<http://www.puq.ca/>

Presses Universitaires du Mirail

5, allée Antonio Machado
31058 Toulouse cedex 1
☎ 05 61 50 38 10
Fax : 05 61 50 38 00
Email : pum@univ-tlse2.fr
<http://w3.pum.univ-tlse2.fr/>

Presses universitaires du Septentrion

Université de Lille 3
Rue du Barreau
BP 30199
59654 Villeneuve d'Ascq cedex
<http://www.septentrion.com>

Princeton University Press

41 William Street
Princeton
New Jersey, USA, 08540-5237
<http://pup.princeton.edu/>

Public Health Agency of Canada - Agence de la santé publique du Canada

130, chemin Colonnade
IA 6501H
Ottawa K1A 0K9
Canada
<http://www.phac-aspc.gc.ca>

RERO (Réseau des bibliothèques de Suisse occidentale)

av. de la Gare 45 CH
1920 Martigny
Suisse
<http://doc.rero.ch>

Rand corporation

Publications customer services
1776 Main Street
PO Box 2138
Santa Monica CA 90407-2138
Etats-Unis
☎ 00 1 310 451 7002
Fax : 00 1 412 802 4981
Email : order@rand.org
<http://www.rand.org>

Routledge

2, Park Square
Milton Park
London EC4 P 4EE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7583 9855
Fax : 00 44 20 7842 2298
<http://www.routledge.com/>

S

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://socserv.mcmaster.ca/sedap/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

S.F.S.P. (Société Française de Santé Publique)

2, Av. du Doyen J. Parisot
BP 7
54501 Vandoeuvre les Nancy
☎ 03 83 44 39 17
Fax : 03 83 44 37 76
Email : accueil@sfsp.info
<http://www.sfsp.info/sfsp/index.php>

Sage Publications Ltd

1 Oliver's Yard
55 City Road
London EC1Y 1SP
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7324 8500
<http://www.sagepub.co.uk/>

Secours Catholique

Département Méthodes-Statistiques
106, rue du Bac
75341 Paris cedex 07
☎ 01 45 49 73 71
Fax : 01 45 49 94 50
Email : dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr
<http://www.secours-catholique.org/>

Sénat

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 Paris
☎ 01 42 34 21 21
Email : espace-librairie@senat.fr
<http://www.senat.fr>

Social Science Electronic Publishing

2171 Monroe Avenue, Suite 3
Rochester, NY 14618
Etats-Unis
<http://www.ssrn.com/>

Springer-Verlag France

22, rue de Palestro
75002 Paris
☎ 01 53 00 98 60
Fax : 01 53 00 98 61
http://www.springer.com/france/home?SGWID=7-102-12-173889-0&teaserId=65075&CENTER_ID=161743

Springer Publishing Company

11 West 42nd Street, 15th Floor
New York, NY 10036
Etats-Unis
Email: contactus@springerpub.com
<http://www.springerpub.com/>

Study Center Gerzensee

Dorfstrasse 2
P.O. Box 21
CH-3115 Gerzensee
<http://www.szgerzensee.ch>



Unité Transversale d'Education et de Promotion de la Santé du Pays des Vans

MSP/Station médicale Léopold Ollie
<http://www.stamed.fr/>

Universita della Calabria

Dipartimento di Economia e Statistica,
Ponte Pietro Bucci, Cubo 0/C,
87036 Arcavacata di Rende
Italie
<http://www.ecostat.unical.it/>

Universität Witten/Herdecke gGmbH

Alfred-Herrhausen-Straße 50
D-58448 Witten
Allemagne
<http://www.uni-wh.de>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Université de Potsdam

Am Neuen Palais 10
14469 Potsdam
Allemagne
<http://www.uni-potsdam.de/>

Université Paris IX Dauphine

Service commun de la documentation
Pl. du Mal de Lattre de Tassigny
75775 Paris cedex 16
☎ 01 44 05 40 94
Fax : 01 44 05 40 97
Email : sabatier@bu.dauphine.fr
<http://www.bu.dauphine.fr/scd/>

Université de Grenoble

470 avenue de la Bibliothèque
BP 52 – Domaine Universitaire
38402 St Martin-d'Hères cédex
☎ 04 76 82 83 84
Email : contact@grenoble-universites.fr
<http://www.grenoble-univ.fr/>

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la milétrie - B9 199
86034 Poitiers Cedex
☎ : 05 49 45 43 43
<http://medphar.univ-poitiers.fr>

University College Dublin

Belfield, Dublin 4
Irlande
<http://www.ucd.ie/research/>

University of Goteborg

Department of Economics
Statistical Research Unit
P.O. Box 640
SE 405 30 Göteborg
Suède
<http://www.statistics.gu.se/>

University of York

Department of economics and related studies
York
YO10 5DD
Royaume-Uni
☎ (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

URPS Languedoc Roussillon

285 rue Alfred Nobel
34000 Montpellier
Email : unionlr@urpsml-lr.org
<http://www.urpsml-lr.org/>

UTS (University of Technology)

P.O. Box 123
Broadway, NSW 2007
Australie
<http://www.uts.edu.au/>

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:

Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15
am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé

Contacter la documentation de l'Irdes

- **Consultation sur place, *uniquement sur rendez-vous* :**

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Courriel :** documentation@irdes.fr

- **Site Internet :** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

Contact Irdes Documentation center

- **On-site consultation, *on appointment only*:**

Tél.: + 33 (0)1 53 93 43 56 or 01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

- **By post:**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Email:** documentation@irdes.fr

- **Website:** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>