

Quoi de neuf, Doc ?

Janvier - avril / January-April 2013, n° 1

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

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

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, Doc ? Janvier - avril 2013, n° 1

Table of contents (in English)	7	Présentation.....	2
		Comment lire une notice ?	11
		Index des auteurs	101
		Carnet d'adresse des éditeurs	109

Références bibliographiques

15 POLITIQUE DE SANTÉ

Agences	15
Droits des malades	15
Etudes d'ensemble	16
Fin de vie	17
Gouvernance intersectorielle	17
Handicap	18
Réforme	18
Santé mentale	19
Systèmes de santé	20

21 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie	21
Etudes d'ensemble	21
Fraudes sociales	22
Inclusion sociale	23
Indemnités journalières	23
Mutuelle étudiante	24
Politique sociale	24
Protection complémentaire	25
Réformes	26
Sécurité sociale	27

29 PRÉVENTION

Activités sportives	29
Cancer	29
Diabète	30
Lutte anti-tabac	31
Médecine du travail	31
Politique publique	32
Vaccination	32

34 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Arrêts de travail	34
Comptes de la protection sociale	34
Comptes de la Sécurité sociale	35
Croissance économique	36
Couverture maladie universelle	36
Dépenses de santé	37
Dépenses pharmaceutiques	37
Etudes d'ensemble	38
Maîtrise des coûts	39

40 ÉTAT DE SANTÉ

Cancer	40
Handicap	41
Migrants	41
Obésité	42
Panorama de la santé	42
Santé environnementale	43
Schizophrénie	43
Travail et santé	44

46 PERSONNES ÂGÉES

Conditions de travail	46
Dépendance	46
Ehpad	46
Etude d'ensemble	48
Productivité	48
Soins à domicile	49
Soins informels	49
Vieillessement actif	50

52 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins.....	52
Enfants.....	54
Inégalités sociales de santé.....	55
Non-recours.....	56

57 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Démographie médicale.....	57
Gouvernance.....	58
Hôpital.....	58
Milieu urbain.....	59
Projets régionaux de santé.....	59
Systèmes d'information.....	59

61 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Démographie médicale.....	61
Décision médicale.....	61
Equipe interprofessionnelle.....	62
Etudes d'ensemble.....	62
Médecine scolaire.....	63
Performance.....	64
Pratique professionnelle.....	64
Relations médecin – malade.....	65
Rémunération.....	65
Réseaux de santé.....	65
Santé mentale.....	66

67 HÔPITAL

Cancer.....	67
Chirurgie ambulatoire.....	67
Etudes d'ensemble.....	67
Financement.....	68
Hospitalisation évitable.....	69
Performance.....	69
Soins de suite et réadaptation.....	70
Tarifcation hospitalière.....	71
Urgences.....	72

73 PROFESSIONS DE SANTÉ

Orthophonistes.....	73
Pharmaciens.....	73

74 MÉDICAMENTS

Antibiotiques.....	74
Asthme.....	74

Industrie pharmaceutique.....	75
Maladie iatrogène.....	75
Marché.....	76
Médicaments génériques.....	76
Prescription.....	77
Politique du médicament.....	77
Prix.....	78
Régulation.....	78

79 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Informatique médicale.....	79
Radiothérapie.....	79

80 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Angleterre.....	80
Belgique.....	80
Ecosse.....	81
Etats-Unis.....	81
Europe.....	83
Etudes comparée.....	84
Irlande du Nord.....	84
Pays de Galle.....	85
Pays émergents.....	85
Royaume Uni.....	86

87 PRÉVISION-ÉVALUATION

Dépenses de santé.....	87
Innovation technologique.....	87
Personnes handicapées.....	88
Pharmacie hospitalière.....	88
Politique publique.....	88

90 MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Analyse de données.....	90
Appariement.....	90
Recherche qualitative.....	91
Revue systématique.....	91
Systèmes d'information.....	92

93 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Emploi.....	93
Marché du travail.....	93
Théorie.....	94

95 DOCUMENTATION

Bibliométrie	95
Dossiers documentaires	95
Périodiques.....	96

97 RÉGLEMENTATION

Maisons de santé.....	97
-----------------------	----

Table of contents

Quoi de neuf, Doc ? January-April 2013, n° 1

Table of contents (in English)	7	Presentation.....	2
		Reading a notice.....	11
		Author index.....	101
		Publishers address book.....	109

Bibliographic references

15 HEALTH POLICY

Agencies	15
Patients rights	15
Global studies	16
End-of-life.....	17
Intersectoral governance	17
Disability.....	18
Reform	18
Mental health	19
Health care systems	20

21 SOCIAL PROTECTION

Health insurance.....	21
Global studies	21
Social frauds	22
Social inclusion	23
Sickness benefits.....	23
Student mutual insurance	24
Social policy.....	24
Supplementary health insurance	25
Reforms	26
Social security.....	27

29 PREVENTION

Sports.....	29
Cancer	29
Diabetes.....	30
Tobacco control.....	31
Occupational health care	31
Public policy.....	32
Vaccination.....	32

34 HEALTH ECONOMICS

Sickness absence	34
Social protection accounts.....	34
Social security accounts	35
Economic growth	36
Universal health coverage	36
Health expenditures.....	37
Pharmaceutical expenditures.....	37
Global studies	38
Health care containment.....	39

40 HEALTH STATUS

Cancer	40
Disability.....	41
Migrants	41
Obesity.....	42
Health at glance	42
Environmental health	43
Schizophrenia	43
Occupational health	44

46 ELDERLY

Workplace characteristics	46
Dependency.....	46
Home for the aged.....	46
Global study	48
Productivity	48
Home care	49
Informal care	49
Active ageing	50

52 HEALTH INEQUALITIES

Health care accessibility	52
Children.....	54
Social health inequalities	55
Non-take up	56

57 GEOGRAPHY OF HEALTH

Medical demography.....	57
Governance	58
Hospital	58
Urban area.....	59
Health regional projects	59
Information systems.....	59

61 PRIMARY HEALTH CARE

Medical demography.....	61
Medical decision	61
Interprofessionnal team	62
Global studies	62
School health service.....	63
Performance	64
Professional practice.....	64
Physician-patient relationships	65
Payment.....	65
Health networks	65
Mental health	66

67 HOSPITAL

Cancer	67
Ambulatory surgery.....	67
Global studies	67
Financing	68
Avoidable hospitalisation	69
Performance	69
Follow-up and rehabilitation	70
Hospital payment system.....	71
Emergency.....	72

73 HEALTH PROFESSIONS

Speech therapists	73
Pharmacists	73

74 PHARMACEUTICALS

Antibiotics.....	74
Asthme.....	74

Pharmaceutical industry.....	75
Iatrogenic disease.....	75
Market.....	76
Generic drugs	76
Prescription	77
Drug policy	77
Pricing.....	78
Regulation.....	78

79 MEDICAL TECHNOLOGIES

Medical informatics	79
Radiotherapy.....	79

80 FOREIGN HEALTH SYSTEMS

England.....	80
Belgium.....	80
Scotland.....	81
United States	81
Europe	83
Comparative study.....	84
Northern Ireland.....	84
Wales	85
Emerging countries.....	85
United Kingdom	86

87 PREVISION-EVALUATION

Health expenditures	87
Health technologies	87
Disabled persons	88
Hospital pharmacy	88
Public policy	88

90 METHODOLOGY-STATISTICS

Health data.....	90
Matching	90
Qualitative research	91
Systematic reviews	91
Information systems.....	92

93 ECONOMY

Employment.....	93
Labour market.....	93
Theory.....	94

95 DOCUMENTATION

Bibliometrics.....	95
Bibliographic synthesis	95
Periodicals	96

97 LAW

Medical home.....	97
-------------------	----

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, propects</i>	Titre original
French title	<i>La révolution raisonnable : promotion de la santé : fondements, perspectives</i>	Titre français
Publisher	<i>Assen : Van Garcum</i>	Editeur
Pagination	1989 ; 130 p. réf. Bibl.	Pagination
Language	Langue : ENG	Langue de publication
Abstract	Cet ouvrage cherche à définir de nouveaux modèles ponctuels effectués dans les pays industrialisés : États-Unis, Pays-Bas	Résumé
Internal references	Réf. 6579 ; A1100	Références internes à l'Irdes

Meaning of abbreviations**Signification des abréviations**

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

Références bibliographiques

Bibliographic references

Politique de santé / Health policy

Agences

Agencies

51582

INTERNET, RAPPORT
RICHARD (J.) / rapp.
Conseil d'Etat. Paris. FRA

Les agences : une nouvelle gestion publique ?

Paris : La documentation française : 2012/03 : 289p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000501/0000.pdf>

Le Conseil d'État a retenu comme thème de son étude annuelle pour 2012 le sujet des agences. Cette forme d'organisation administrative, de plus en plus présente, en France comme à l'étranger, dans la mise en oeuvre des politiques publiques, suscite des interrogations multiples, qui portent tant sur la définition de ce qu'est une agence que sur les conditions dans lesquelles les pouvoirs publics y recourent. Le Conseil d'État a souhaité définir dans cette étude les grandes lignes d'une doctrine d'emploi des agences qui fait aujourd'hui largement défaut. Son adoption présente des enjeux considérables pour la cohérence de l'organisation de l'État. Qu'apporte au juste la création d'une agence ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ? Ce qui est attendu ne pourrait-il pas être fait par les structures administratives existantes ?

51499

INTERNET, RAPPORT
JUERY (J.F.), PAULHAC (V.), BARRE (P.) et al.
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie.
(M.I.N.E.F.I.). Inspection Générale des Finances. (I.G.F.).
Paris. FRA, Ministère du Budget - des Comptes Publics et
de la Réforme de l'Etat. Paris. FRA

L'Etat et ses agences.

Paris : IGF : 2012/03 : 74p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.economie.gouv.fr/files/2012-rapport-igf-l-etat-et-ses-agences.pdf>

Ce rapport se penche sur les 1 244 agences d'Etat, leurs fonctions, leurs financements et leurs effectifs. Il dénonce une myriade d'agences nationales créées de façon ponctuelle sans cohérence d'ensemble, et souvent à l'efficacité douteuse. De 2007 à 2012, alors que les effectifs de l'Etat ont diminué de 6%, ceux des agences ont augmenté de 6%. Elles emploient actuellement 442 830 personnes, soit 20% des effectifs des administrations centrales. Entre 1986 et 2008, leurs dépenses de fonctionnement ont augmenté de 4,3% par an contre +2,6% pour l'Etat. Les salaires dans ces agences seraient 5% supérieurs à ceux du reste de l'administration. L'IGF met en cause la gestion financière de ces organismes, leurs dépenses ou encore les rémunérations des dirigeants. Certaines agences ont des ressources propres. C'est le cas par exemple du Centre national du cinéma (CNC) qui est financé par une taxe sur les services de télévision (TST) due par les éditeurs et les distributeurs de services de télévision, ou encore du Centre national pour le développement du sport (CNDS) qui touche les revenus d'une taxe sur les jeux en ligne. Mais la plupart ne vivent que grâce aux dotations de l'Etat. Elles coûtent 50 milliards d'euros par an. De nouvelles contraintes pourraient s'avérer indispensables dans un contexte difficile pour les finances publiques. L'Inspection suggère de piocher 2 milliards d'euros dans les trésoreries excédentaires des agences pour alléger la dette de l'Etat.

Droits des malades

Patients rights

52708

DOCUMENT DE TRAVAIL
RABEHARISOA (V.), O'DONOVAN (O.)
Centre de Sociologie de l'Innovation Mines-ParisTech.
(C.S.I.). Paris. FRA

Europe of patients, Europe for patients': the Europeanization of healthcare policies by European patients' organizations.

*L'Europe des patients, l'Europe pour les patients :
l'europeanisation des politiques des soins de
santé par les associations de patients en Europe.*

CSI Working papers series; 030

Paris : CSI : 2013 : 33p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.csi.ensmp.fr/Items/WorkingPapers/Download/WP_CSI_030.pdf

The last two decades have witnessed an efflorescence of European lobbying organizations, including European civil society organizations (Lahusen 2004). Lobbying activity is mainly clustered around enterprise and environmental policy, domains in which the EU has greatest regulatory competencies. However, health has been identified as the fastest growing lobbying sector (Coen 2007). Patients' organizations have been part of the 'rush to Europe'. This domain is of particular significance because health-care is a major area of the welfare state in which the EU has in the past had little involvement, but one which has in recent years witnessed an increasing Europeanization of policy (Greer et al. 2008). To date, very few studies have explored the species of organizations that European patients' organizations (EPOs) constitute, and the form of activism they develop. This article examines these two issues.

52652

FASCICULE

BLOCH (L.) / dir.

Dix ans d'application de la loi Kouchner

Bordeaux : Les Etudes hospitalières : 2013 : 133p.

Cote Irdes : A4425

http://www.leh.fr/edition/revue-generale-de-droit-medical/dix-ans-d-application-de-la-loi-kouchner-9771297011406_00017.html

À l'occasion des dix ans de loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », l'Institut du droit de la santé Bordeaux IV a réuni d'éminents spécialistes des questions de responsabilité médicale. Tous les maillons de la procédure d'indemnisation ont ainsi pu être analysés, salués ou critiqués : l'ONIAM, la CNAMED, les CCI, les experts. Des représentants de ces institutions sont intervenus permettant ainsi une meilleure compréhension des rouages de ce système devenu au fil de temps plus complexe. Les évolutions législatives, mais également les principales décisions jurisprudentielles, seront ici abordées afin d'offrir une vision actualisée du dispositif. La victime d'un accident médical n'est toutefois pas tenue de suivre la procédure de règlement amiable, aussi la place du juge reste très importante en matière d'accidents médicaux. La loi de 2002, en maintenant une dua-

lité de juridictions, oblige les praticiens à connaître aussi bien la jurisprudence des juridictions administratives que celle des juridictions judiciaires. Le dialogue des juges conduisant parfois à une parfaite convergence peut laisser place, ailleurs, à certaines divergences. Un point sur cette question sensible a ainsi pu être mené. Au-delà de la procédure d'indemnisation, amiable ou contentieuse, les différents faits dommageables, à savoir la faute d'humanisme, les infections nosocomiales, les accidents médicaux non fautifs, ou encore les produits de santé, ont suscité des tables rondes. La faute d'humanisme occupe toujours une place importante dans le contentieux. Elle est ainsi le siège de découverte de nouveaux préjudices. Les infections nosocomiales posent également de nombreuses questions, aussi bien quant à leur définition qu'à leur régime d'indemnisation. Les accidents médicaux non fautifs sont l'occasion de préciser les compétences de l'ONIAM mais aussi de préciser les contours parfois flous entre la faute, source de responsabilité, et la simple erreur. Enfin, à l'heure où les scandales sanitaires se multiplient, l'indemnisation des victimes de produits de santé reste, malgré la loi de 2002, toujours aussi problématique. Cet ouvrage recueille les réflexions d'intervenants d'horizons variés : magistrats, médecins, juristes, universitaires, représentants des victimes. Cette pluralité d'intervenants confère à ce colloque sa singularité. Ces points de vue, parfois divergents, permettront de garantir au lecteur une vision à la fois objective et pédagogique de l'état d'une question en perpétuelle expansion (Résumé de l'éditeur).

Etudes d'ensemble

Global studies

52340

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de) / dir.,

Fédération Nationale de la Mutualité Française.

(F.N.M.F.). Paris. FRA

Carnet de santé de la France en 2012 : économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF, Paris : Economica : 2012 : 190p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Ac4423

Ce 7e Carnet de santé est publié à l'occasion du 40e Congrès national de la Mutualité Française. Parmi les sujets récurrents figurent le déficit de l'assurance maladie et son financement ainsi que l'aggravation des inégalités, notamment dans l'accès aux soins (partie 1). Et si les qualités du système français, internationalement reconnues, restent remarquables, son classement recule ! Introduction d'une « règle d'or » en matière de Sécurité sociale, fusion des régimes d'assurance maladie doublée d'une budgétisation des branches maladie et famille, utilisation appropriée des nouvelles technologies de l'information, évolutions possibles de la médecine générale au regard des nouvelles attentes des jeunes praticiens dont les femmes constituent une majorité, constituent les voies d'avenir possibles présentées dans la deuxième partie. Au titre des nouveaux thèmes traités dans ce Carnet 2012, deux politologues analysent la manière dont les idées viennent aux politiques. Le premier, américain, traitera du cas général, quand le second, français, l'illustrera à partir de l'exemple de notre pays (d'après la 4ème de couverture).

51496

RAPPORT

KICKBUSCH (I.), GLEICHER (D.)

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

Governance for health in the 21st century.
Gouvernance de la santé au XXIème siècle.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 : 107p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

A range of collaborative governance mechanisms has developed in many policy arenas in the past decade. The study on governance for health in the 21st century tracks governance innovations that have been introduced to address priority determinants of health and summarizes them as five strategic approaches to smart governance for health. The study relates the emergence of joint action of the health sector and non-health sectors, of public and private actors and of citizens to achieve seminal changes in 21st-century societies. They include a new understanding of health and well-being as key features of what constitutes a successful society and vibrant economy and the higher value placed on equity and

participation. The study further describes the type of structures and mechanisms that enable collaboration and outlines the new role that health ministers and ministries and public health agencies need to adopt in such a challenging policy environment.

Fin de vie

End-of-life

52139

RAPPORT

SICARD (D.)

Penser solidairement la fin de vie.
Rapport à François Hollande, Président de la République française.

Paris : Ministère chargé des affaires sociales : 2012 : 191p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>

Ce rapport se penche sur la prise en charge de la fin de la vie en France, pointe les insuffisances dans ce domaine, compare avec d'autres pays et formule des recommandations.

Gouvernance intersectorielle

Intersectoral governance

51456

OUVRAGE , INTERNET

MCQUEEN (D.V.) /éd. , WISMAR (M.) / éd. , LIN (V.) /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

Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences

La gouvernance intersectorielle pour la santé dans toutes les politiques. Structures, actions et expérience.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 : xix +

206 p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>

Un grand nombre de politiques et de programmes influant sur la santé proviennent en fait d'autres secteurs que celui de la santé. Les pouvoirs publics doivent par conséquent, en s'occupant de la santé des populations, faire usage d'une stratégie ou d'un principe politique favorisant l'action intersectorielle. La santé dans toutes les politiques réalise cet objectif, en encourageant les approches intersectorielles en matière de gestion, de coordination et d'action. Cette publication illustre la recherche sur le mode de fonctionnement des structures de gouvernance intersectorielles, en montrant : comment les pouvoirs publics et les ministères peuvent engager une action, et comment les structures de gouvernance intersectorielles peuvent être établies, utilisées et maintenues avec succès. Elle présente des exemples accessibles et pertinents d'outils et d'instruments de gouvernance disponibles pour les responsables politiques, ainsi que plus de 20 mini-études de cas en provenance d'Europe, des Amériques, d'Asie et d'Australie sur la façon dont les pays ont actuellement recours à la gouvernance intersectorielle pour intégrer la santé dans toutes les politiques. Elle définit également plusieurs grandes structures intersectorielles, et leur manière de faciliter l'action intersectorielle : commissions et secrétariats ministériels, commissions parlementaires, commissions et unités interministérielles, super-ministères et regroupements de ministères, budgétisation conjointe financé par le public, et participation du public, des parties prenantes et du secteur privé.

Handicap Disability

52141

INTERNET, RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève.
CHE, Banque Mondiale. Washington DC. USA

Rapport mondial sur le handicap 2011.

Genève : OMS : 2012 : xxiv+360p., tabl., fig., annexes, index

Cote Irdes : En ligne

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/index.html

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

Ce premier rapport mondial sur le handicap produit conjointement par l'OMS et la Banque mondiale estime que plus d'un milliard de personnes aujourd'hui dans le monde souffriraient d'un handicap. Les personnes handicapées sont généralement en plus mauvaise santé, atteignent des niveaux d'éducation plus bas et présentent des taux plus élevés de pauvreté que les personnes non handicapées. Cette situation est due, dans une large mesure, au manque de services à leur disposition et aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans leur vie de tous les jours. Le rapport fournit les meilleures données disponibles sur les moyens qui fonctionnent pour surmonter les obstacles pour accéder aux soins de santé, à la réhabilitation, à l'instruction ; à l'emploi et aux services d'appui, et pour créer un environnement favorisant l'épanouissement des personnes handicapées. Il se termine par un ensemble concret d'actions recommandées pour les gouvernements et leurs partenaires.

Réforme Reform

52016

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Paris : Presses Universitaires de France : 2012 : 128p.

Cote Irdes : A3847 (2012)

http://www.puf.com/Que_sais-je:La_r%C3%A9forme_des_syst%C3%A8mes_de_sant%C3%A9

Agences régionales de santé, franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail... Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de l'assurance-maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (États-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent

contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

Santé mentale Mental health

52159

RAPPORT
MILON (A.)

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

Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux.

Paris : Sénat : 2012 : 59p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-2491.pdf>

Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi que sous l'angle de la dangerosité des malades, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. Ce rapport entend préparer l'arrivée des grands textes de santé publique et d'organisation des soins en dressant un bilan de la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux, sans ignorer la situation de celles souffrant de troubles du comportement ou de troubles envahissant du développement, et en formulant des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients. La commission des affaires sociales a adopté onze propositions pour remédier aux difficultés persistantes de la prise en charge psychiatrique des malades et favoriser la diffusion des meilleures pratiques en associant étroitement les soignants, les malades et les familles.

52015

OUVRAGE

DEMAILLY (L.) / dir., AUTES (M.) / dir.

La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses.

Paris : Armand Colin : 2012 : 231p.

Cote Irdes : A4404

http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/la-politique-de-sante-mentale-demailly_2012.pdf

Les débats sur la politique de santé mentale se déploient en tous sens : sur la «sécurité», sur l'insuffisante prévention de la récurrence, sur le manque d'accès au soin, sur les dérives technocratiques, sur les atteintes à la dignité de la personne humaine, sur les soins les plus efficaces. Plus généralement, le langage de la santé mentale et de la souffrance psychique est devenu un des vecteurs les plus habituels pour parler des tensions sociales ou des troubles existentiels. Enfin, la question du soin est instrumentalisée dans le cadre d'une pratique émotionnelle de la politique. En même temps, la psychiatrie comme discipline médicale est confrontée aux impératifs gestionnaires de la rigueur budgétaire. Face à l'extension de diverses formes de souffrance psychique, la psychiatrie est appelée à devenir l'acteur central d'une politique de « santé mentale », dont les tentatives de rationalisation ne sont pas sans susciter de multiples débats. Ces questions ont été jusqu'ici peu étudiées par les sociologues. Le présent ouvrage en propose une description et une analyse synthétique. Comment se construit une politique de santé mentale ? Quels en sont les acteurs ? Les outils ? Les enjeux ? Les connaissances ? Quelles controverses traversent aujourd'hui son champ ? Ces différents angles d'analyse mettent en évidence les incertitudes propres à notre modernité tant sur la construction des subjectivités que sur les conceptions politiques et éthiques du lien social (4e de couverture).

Systèmes de santé

Health care systems

52337

RAPPORT

SAINT-PAUL (G.)

Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA

Réflexions sur l'organisation du système de santé.

Paris : La documentation française : 2012 : 178p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : P117

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000014/index.shtml>

Ce rapport sur l'organisation du système de santé français aborde plus particulièrement les deux questions suivantes : quelles sont les justifications économiques de l'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé ? Que penser des systèmes en vigueur de tarification des actes médicaux (avec notamment la mise en place de la tarification à l'activité - T2A - en 2005) et comment les améliorer ? Suite à ce rapport, on trouvera les commentaires de Brigitte Dormont, Professeur à l'Université Paris Dauphine, et de Franck von Lenep, Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère des affaires sociales et de la santé. Trois contributions extérieures sont également indexées à ce rapport. Elles abordent successivement les thèmes suivants : analyse de la littérature concernant la régulation de la demande de soins ; évaluation de modifications du système de remboursement des soins; fondements théoriques, mesures empiriques et implications en matière de choix fiscal de l'évaluation économique de la vie humaine.

Protection sociale / Social protection

Assurance maladie Health insurance

52376

RAPPORT

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

Les principes de solidarité de l'assurance maladie.

Paris : HCAAM : 2013 : 11p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.securite-sociale.fr/Les-principes-de-solidarite-de-l-assurance-maladie-Note-du-Haut-conseil-pour-l-avenir-de-l>

Le HCAAM, dans sa séance du 24 janvier 2013, a rappelé les principes de solidarité entre bien portants et malades de l'assurance maladie obligatoire. Il en a souligné les effets redistributifs qui résultent essentiellement de ses modalités de financement. Il rappelle également les mécanismes de mutualisation assurantielle de l'assurance maladie complémentaire qui contribuent à l'accès aux soins

51486

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

DIONNE (G.) , FOMBARON (N.) , DOHERTY (N.)

Université Laval. Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.).

Québec. QC. CAN

Adverse Selection in Insurance Contracting.

Sélection adverse lors de la souscription d'une assurance.

CIRPEE Working Paper ; 12-31

Laval : CIRPEE : 2012 : 68p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers_2012/CIRPEE12-32.pdf

This survey presents some of the more significant results in the literature on adverse selection in insurance markets. Sections 1 and 2 introduce the subject and Section 3 discusses the monopoly model developed by Stiglitz (1977) for the case of single-period contracts extended by many authors to the multi-pe-

riod case. The introduction of multi-period contracts raises many issues that are discussed in detail; time horizon, discounting, commitment of the parties, contract renegotiation and accidents underreporting. Section 4 covers the literature on competitive contracts. The analysis is more complicated because insurance companies must take into account competitive pressures when they set incentive contracts. As pointed out by Rothschild and Stiglitz (1976), there is not necessarily a Cournot-Nash equilibrium in the presence of adverse selection. However, market equilibrium can be sustained when principals anticipate competitive reactions to their behavior or when they adopt strategies that differ from the pure Nash strategy. Multi-period contracting is discussed. We show that different predictions on the evolution of insurer profits over time can be obtained from different assumptions concerning the sharing of information between insurers about individual's choice of contracts and accident experience. The roles of commitment and renegotiation between the parties to the contract are important. Section 5 introduces models that consider moral hazard and adverse selection simultaneously and Section 6 covers adverse selection when people can choose their risk status. Section 7 discusses many extensions to the basic models such as risk categorization, multi-dimensional adverse selection, symmetric imperfect information, reversed or double-sided adverse selection, principals more informed than agents, uberrima fides and participating contracts.

Etudes d'ensemble Global studies

52291

OUVRAGE

ZAIDMAN (C.) / coord.

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

La protection sociale en France et en Europe en 2010.

Paris : DREES : 2012 : 222p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-sociale-en-france-et-en-europe-en-2010_11025.html

Ce rapport s'ouvre sur une vue d'ensemble des comptes de la protection sociale, puis retrace en deuxième partie la dynamique sur une longue période du financement de la protection sociale. Il présente enfin les dépenses sociales des départements. La troisième partie présente sous forme de fiches techniques les dépenses de protection sociale en France et en Europe.

Fraudes sociales

Social frauds

52116

RAPPORT, INTERNET

BELLEMARE (C.), FORTIN (B.), JOUBERT (A.)

Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (A.C.O.S.S.). Direction des Statistiques, des Etudes et de la Prévision. Mission Recherche, Etudes et Publications. Montreuil. FRA

Effets de pairs et fraude sociale : une analyse économétrique sur données françaises.

Montreuil : AcoSS : 2012 : 28p.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=23/5673/26665&lng=fr>

<http://www.acoss.fr/index.php?option=content&task=blogcategory&id=200&Itemid=5597>

Cette étude estime les effets de pairs et le multiplicateur social dans la décision des entreprises de s'adonner à la fraude sociale (cotisations de sécurité sociale non déclarées et dissimulation de salariés). Les données proviennent d'une enquête menée en 2009 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (AcoSS) sur 4 241 entreprises du commerce de détail non-alimentaire en France. À partir du plan d'échantillonnage de l'enquête, les inspecteurs ont contrôlé de manière aléatoire des commerces à travers toutes les régions du territoire en proportion de l'activité dans chacune des régions. L'approche théorique se fonde sur un modèle linéaire-en-moyenne. Nous supposons, en outre, que les entreprises interagissent en groupe dans leur

décision de frauder. Plusieurs définitions de groupe (selon l'espace géographique et le type d'entreprise) sont considérées. Deux approches économétriques sont analysées : la méthode du maximum de vraisemblance conditionnel de Lee (2007) et l'approche de variables instrumentales (VI) avec effets aléatoires fondée sur des restrictions d'exclusion. Dans nos données, l'approche de Lee, qui permet d'identifier les effets de pairs en imposant relativement peu d'hypothèses, conduit à des estimateurs qui se révèlent être peu fiables. La raison de base, confirmée par des simulations Monte Carlo, vient du fait que nous n'observons qu'une faible proportion des entreprises dans chacun des groupes échantillonnés (problème d'observabilité partielle). De plus, la correction proposée par Davezies et al. (2009) n'aide pas à améliorer les estimations. En revanche, l'approche de VI est robuste à l'observabilité partielle des groupes sociaux et peut donc être utilisée dans le cas de nos données. Nous trouvons ainsi un multiplicateur social entre 2,29 et 3,28 (selon la définition des groupes) pour la proportion d'employés dissimulés par les exploitants et entre 2,4 et 2,87 pour la proportion des établissements frauduleux.

52056

FASCICULE, INTERNET

HAMEL (M.P.)

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Département Questions Sociales. Paris. FRA

Fraude, indus, non-recours: comment faciliter le juste paiement des prestations sociales?

Paris : CAS : 2012/11 : 12p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/content/fraude-indus-non-recours-juste-paiement-na-306>

Depuis quelques années, avec la création d'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude, de Comités départementaux anti-fraude, ou la remise d'importants rapports publics sur la question, la lutte contre la fraude a pris un nouvel essor. Selon les dernières estimations, les fraudes aux prestations sociales représentent environ 1 % de leur montant, soit 4 milliards d'euros. Les erreurs, sources d'"indus", représentent par ailleurs des sommes encore plus élevées. Parallèlement, la question de l'accès effectif aux prestations sociales se pose avec insistance, surtout depuis la création du Revenu de solidarité active (RSA). Le taux de non-recours de

68 % au RSA activité (fin 2010) a notamment donné de l'importance à cette dernière thématique. Alors que ces différentes problématiques sont la plupart du temps considérées indépendamment les unes des autres, cette note insiste sur la nécessité de les inscrire dans une politique globale de paiement à bon droit. Avec les technologies de l'information et de la communication (TIC), de nouveaux instruments permettent à la fois de lutter contre les fraudes, d'éviter les indus non intentionnels et d'assurer une détection des droits sociaux. L'enjeu est de faire en sorte que chaque usager puisse avoir accès, de façon simple et efficiente, à ce à quoi il a droit exactement, ni plus ni moins.

Inclusion sociale Social inclusion

51564

OUVRAGE
CANTILLON (B.) / éd., VERSCHUREN (H.) / éd., PLOSCAR (P.) / éd.

Social inclusion and social protection in the EU: Interactions between law and policy.

Inclusion sociale et protection sociale dans l'Union européenne : interactions entre législation et politique.

Cambridge : Intersentia : 2012 : 17p.+231p., tabl.

Cote Irdes : A4394

<http://www.intersentia.com/docs/e-flyers%20UK/e-Flyer%20LCV%202.pdf>

Issues of social inclusion and social protection were brought to the fore of political and academic discussions once again by the Treaty of Lisbon. The fight against social exclusion, the promotion of social justice and protection, as well as social cohesion are confirmed to be among the aims of the Union (Article 3 TEU). Moreover, requirements linked to the guarantee of adequate social protection and the fight against social exclusion should be considered both at the levels of design and implementation of EU policies and activities (Article 9 TFEU). The interaction between legal instruments and policy coordination in the field of social inclusion and social protection constitutes the theme of this book. The contributions essentially inquire whether there

is any interaction at all, or if the two realms of law and policy of the EU function in parallel. If there is any sort of interchange between the two, in what areas is it taking place, and what does it result into? Legal and political scholars were invited to address these questions and analyse the involvement of the European Union in promoting social inclusion and protection. The book opens with two introductory chapters on the political and legal contexts, and then focuses on the specific cases of health care, pension systems, and means of combating poverty. Each subject matter has been addressed in a complementary fashion through the lenses of juridical and political sciences, which lends the book a cross-disciplinary approach.

Indemnités journalières Sickness benefits

52747

RAPPORT, INTERNET
Eurogip. Paris. FRA

Point statistique AT-MP France. Données 2011.

Paris : Eurogip : 2012/12 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip_Point_stat_Fr11_79FR.pdf

Ce document présente une synthèse descriptive des principales données statistiques disponibles sur les accidents du travail (AT), les accidents de trajet et les maladies professionnelles (MP) en France.

51510

CHAPITRE , INTERNET
Cour des Comptes. Paris. FRA

Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général.

In : Sécurité sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

Paris : Cour des Comptes : 2012/09 : 517-543, tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Securite-sociale-2012>

Lorsqu'un assuré social se trouve dans l'incapacité de travailler, soit du fait d'une maladie ordinaire, soit en raison d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, le médecin peut lui prescrire une interruption temporaire d'activité professionnelle sous la forme d'un arrêt de travail. Le régime d'assurance maladie auquel il est rattaché lui verse alors, sous certaines conditions, une prestation en espèces sous forme d'indemnités journalières destinées à lui assurer un revenu de remplacement. Il en va de même en cas de naissance d'un enfant pendant la période de congé maternité et de congé paternité. Le montant des dépenses d'indemnités journalières de toute nature ainsi versées par l'ensemble des régimes s'est élevé en 2010 à 13 Md€. La Cour a consacré en 2011 une enquête à la composante la plus importante de cette dépense : les indemnités journalières pour maladie servies par le régime général de la sécurité sociale, qui avec 6,4 Md€ en 2011, représentent près de la moitié de la dépense globale tous régimes et tous motifs, près des deux tiers des montants intégrés à ce titre dans l'objectif national d'assurance maladie et 10 % de l'enveloppe fixée dans ce cadre pour les soins de ville. Alors même que ce poste a connu une vive progression au cours des dernières années, elle a constaté que les motifs en demeuraient très insuffisamment analysés pour permettre une action de régulation mieux ciblée (I). La politique menée à cet égard vis-à-vis des différents acteurs -assurés sociaux, entreprises et corps médical- lui est apparue de fait devoir être très sensiblement renforcée de manière à maîtriser plus efficacement la dépense (II). Dans le même temps, la gestion de cette prestation complexe suppose de nouveaux progrès de modernisation pour accroître la qualité du service rendu aux assurés, améliorer la productivité des caisses et diminuer les coûts (III).

Mutuelle étudiante *Student mutual insurance*

52200
RAPPORT , INTERNET
KERDRAON (R.), PROCACCIA (C.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris.
FRA

Rapport d'information sur la sécurité sociale et la santé des étudiants.

Paris : Sénat : 2012/12 : 31p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r12-221/r12-221.html>

Créé en février 2012, le groupe de travail de la commission des affaires sociales consacré à la sécurité sociale et à la santé des étudiants a organisé dix-sept auditions et quatre déplacements. Régulièrement interpellés par des familles sur les dysfonctionnements du régime étudiant de sécurité sociale, les sénateurs ont souhaité apporter des réponses concrètes et proposent des mesures d'urgence pour simplifier le système qui souffre d'une complexité abracadabrante. Au-delà, l'avenir du régime doit être considéré sans passion. Il doit au minimum évoluer vers un plus grand partage des tâches de gestion avec le régime général, notamment en ce qui concerne l'informatique, pour diminuer les coûts de gestion. Pour aller plus loin, le groupe de travail présente les avantages et les inconvénients d'une évolution plus radicale : soit conserver le régime délégué, mais ne confier sa gestion qu'à un seul organisme ; soit supprimer le régime délégué, en maintenant l'affiliation de l'étudiant au régime de ses parents, à titre indépendant. Par ailleurs, si les étudiants sont dans leur très grande majorité en bonne santé, les pouvoirs publics doivent rester attentifs à certaines difficultés éventuelles, notamment la fréquence de la fragilité psychologique, le développement des conduites à risques ou addictives et l'accès aux soins en dentaire, optique ou gynécologie. Le groupe de travail formule plusieurs propositions dans ce domaine, notamment en faveur d'un meilleur accompagnement des étudiants au sein de leurs établissements et d'une plus grande coordination des acteurs de la prévention (Résumé de l'éditeur).

Politique sociale *Social policy*

52663
RAPPORT, INTERNET
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA.
Direction Générale de la Cohésion Sociale. (D.G.C.S.).
Paris. FRA

Les politiques de cohésion sociale. Acteurs et instruments.

Paris CAS : 2013/02 : 310p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.strategie.gouv.fr/system/files/18_dispositifs_medicaux_final_web_1.pdf

Le Centre d'analyse stratégique (CAS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ont organisé, entre septembre 2010 et avril 2012, une série de 14 séminaires publics sur les instruments et les acteurs des politiques de cohésion sociale. Ce rapport livre le fruit des réflexions produites à cette occasion à partir d'une triple ambition, celle d'éclairer la décision publique par les apports de la recherche la plus récente, de mettre en lumière des exemples de bonnes pratiques locales et de porter sur la dimension internationale de ces travaux. Le diagnostic en demi-teinte établi sur l'état de la cohésion sociale ne concerne pas que la France.

Protection complémentaire Supplementary health insurance

52338

OUVRAGE

TOULON (X.)

RAYNAUD (D.) / préf.

Complémentaires santé. Il va falloir assurer !

Paris : Tribune Santé : 2012 : 233p.

Cote Irdes : A4421

C'est un fait, les complémentaires santé sont de plus en plus chères, avec à la clé le risque qu'un nombre croissant de Français y renonce. Se poserait alors un grave problème d'accès aux soins et de santé publique. Il est aujourd'hui difficile de croire à un arrêt spontané de cette inflation. Les augmentations successives des taxes sur les complémentaires n'arrangent rien à l'affaire, mais elles sont loin d'être la principale cause de la hausse des prix. Alors, que faire ? Sans doute répondre à quelques questions simples. Où se trouve l'utilité de l'assurance pour un ménage : sur les petites dépenses du quotidien ou sur les problèmes plus importants ? Pourquoi les complémentaires santé privilégient-elles les premières, au risque de mal couvrir les situations les plus graves ? La Cour des comptes considère que les contrats santé relèvent, en grande partie, de l'achat anticipé. Avec des chargements et des taxes qui peuvent atteindre les 40% pour les contrats

individuels, cet achat anticipé n'est il pas un peu trop coûteux ? Peut-on encore laisser aux assurés la possibilité d'adapter leur couverture à des sinistres connus à l'avance, ce que les complémentaires santé sont les seules à autoriser, au mépris de toutes les règles de base de l'assurance ? « Couverture immédiate », « deux mois gratuits » semblent constituer l'essentiel du discours. Est-ce bien à la hauteur de l'enjeu ? En explorant ces questions et en se livrant à une analyse rigoureuse, Xavier Toulon démontre que chacun - consommateur, pouvoirs publics et organismes complémentaires - doit revenir aux fondamentaux. Ceux de l'assurance : couvrir des risques, pas des certitudes et se concentrer sur les dépenses que les ménages ne peuvent assumer seuls. Ce retour à l'essentiel permettrait aux Français de moins renoncer aux soins, ce qui est l'objet même des complémentaires santé (4e de couverture).

52060

INTERNET , RAPPORT

BROEK (S.), BUISKOOL (B.J.), VENNEKENS (A.)

Study on the current situation and prospects of mutuals in Europe.

Etude sur la situation actuelle et future des mutuelles en Europe.

Luxembourg : European Commission : 2012 : 2 vol. (227; 342p.), tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/mutuals/prospects_mutuals_fin_en.pdf

Ce rapport dresse un panorama unique et très complet de la situation des mutuelles dans les pays de l'Union européenne, mettant en évidence la diversité des systèmes (40 modèles recensés). Toutefois, malgré les diversités nationales, l'étude démontre la faisabilité de créer un statut européen : elle définit cinq critères (sociétés de personnes, de droit privé, à la gouvernance démocratique, solidaire, dont les profits sont investis au bénéfice des membres) communs à 95 % des opérateurs recensés. Si le statut pour les mutuelles européennes ne résoudrait pas, a priori, toutes les difficultés auxquelles les mutuelles sont confrontées, l'étude conclut qu'il permettrait une meilleure reconnaissance du modèle mutualiste, une meilleure compréhension de leur système de gouvernance et une meilleure prise en compte de leurs intérêts. A cette fin, les aménagements nécessaires, et notamment de la directive Solvabilité 2, sont pointés dans l'étude de la Commission.

51680

RAPPORT

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

La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2010 et 2011.

Paris : Fonds Cmu : 2012/09 : 47p, tabl., fig., carte

Cote Irdes : En ligne

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2012-09-12/Rapport_Cout_Moyen_2010-2011.pdf

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents organismes : caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, RSI, CCMSA, régimes spéciaux) et organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances). Les données concernent les effectifs déclarés et la dépense payée en date de soins.

Réformes
Reforms

52694

OUVRAGE

VILLEMEUR (A.)

La protection sociale : un investissement pour notre avenir.

Paris : Seuil : 2013 : 165p., tabl.

Cote Irdes : A4428

Notre protection sociale est menacée par deux déficits. Celui, bien connu, de ses finances, qui nourrit l'inquiétude des Français sur l'avenir des retraites ou de l'assurance-maladie. Celui, trop négligé, de sa légitimité auprès des jeunes générations. Les jeunes sont en effet les « oubliés » de la protection sociale et perdent confiance dans son avenir. Sans ressources et sans légitimité auprès des jeunes actifs, notre « Sécu » risque fort d'être démantelée au profit des assurances privées et des fonds de pension. Ce livre rompt avec l'alternative simpliste : préservation de l'existant ou sécurité sociale minimale. En se fondant sur les derniers travaux des sociologues et des économistes, l'auteur montre qu'une nouvelle voie

est possible, celle de l'État social investisseur, en lieu et place de l'État-providence. Il décrit les dix orientations clés de cette refondation et explicite les nouveaux moyens de financement disponibles pour l'entreprendre. Mieux accueillir et éduquer les jeunes enfants, investir dans la santé, notamment des plus jeunes, sécuriser les parcours professionnels, être actif plus longtemps et en même temps favoriser l'emploi des jeunes, prendre soin des aînés, tout cela dessine un futur aux retombées économiques, financières et sociales des plus prometteuses. La protection sociale y puisera une nouvelle légitimité économique mais aussi sociale, car les jeunes générations en bénéficieront davantage. La « Sécu » ne sera plus une « charge » sociale, mais l'investissement le plus rentable pour notre avenir (4e de couverture).

51503

OUVRAGE

FRAGONARD (B.)

Vive la protection sociale !

Paris : Odile Jacob : 2012 : 302p.

Cote Irdes : A4389

Trop dépensière et ringarde, la « Sécu » ? Dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses publiques, on l'accuse de tous les maux : elle encouragerait l'assistanat, favoriserait les vieux au détriment des jeunes, gaspillerait des ressources précieuses, etc. Pourtant, avec près de 30 % de la richesse nationale, elle reste au cœur de notre contrat social. Ce livre est un plaidoyer en faveur de la protection sociale telle que nous la connaissons en France : généreuse, universelle, elle contribue largement à amortir les chocs liés aux crises et aux risques d'accroissement des inégalités. Mais elle doit aussi être réformée, car, à l'abri des grands principes, se dissimulent des situations de sous-productivité, des dépenses inefficaces mais aussi des lacunes criantes. Passant en revue les différentes branches – famille, maladie, retraites... –, Bertrand Fragonard montre comment réformer notre protection sociale pour que, en phase avec les intuitions qui ont présidé à sa création, elle redevienne plus efficace et plus juste, plus adaptée aussi à la société d'aujourd'hui (4e de couverture).

Sécurité sociale
Social security

52339

OUVRAGE

PERALDI (O.), JEGER (F.)

Sauver la Sécurité sociale, question de génération.

Paris : L'Harmattan : 2012 : 145p., fig.

Cote Irdes : A4422

Après de 70 ans après sa naissance, faut-il sauver la Sécu ? Le cri du coeur de l'immense majorité des Français trouve en écho celui beaucoup moins enthousiaste que lui renvoie le contribuable. Retraites de plus en plus coûteuses car de plus en plus longues, nouvelles pathologies du grand âge, addiction aux médicaments, mais aussi nouveaux enjeux tels que le renoncement aux soins et la pénurie de médecins, le recul de l'entrée dans la vie active ou encore le déclassement social des familles nombreuses ou monoparentales... Des tentatives de maîtrise de la dépense maladie à une réforme de la dépendance annoncée puis reportée, et surtout, du dogme du tout collectif à celui de l'individualisme, la Sécurité sociale concentre toutes les interrogations sur le modèle de société laissé aux générations suivantes. En posant la question de la Sécurité sociale sous l'angle des générations, les auteurs mettent l'accent sur la pertinence de la couverture de certains risques chers aux anciens et l'absence de prise en compte de nouvelles difficultés échappant à la Sécu tel que le recul de l'accès des jeunes à l'emploi. Avec pour conséquence leur doute en matière de solidarité intergénérationnelle (4e de couverture).

52057

RAPPORT

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

Rapport statistique du CLEISS : exercice 2011.

Paris : CLEISS : 2012 : 175p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : en ligne

http://www.cleiss.fr/docs/stats/rapport_stat_2011.pdf

Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale a pour mission de collecter les données statistiques et comptables sur la mise en œuvre des règlements européens,

des accords internationaux de sécurité sociale et des autres accords de coordination, et d'établir un rapport annuel décrivant l'ensemble des transferts de fonds connus vers ou en provenance de l'étranger. La ventilation des paiements fait ressortir qu'au cours de l'année 2011, près de 6,6 milliards d'euros ont été payés par la France en application des règlements européens et accords internationaux de sécurité sociale ou de retraite complémentaire, contre 6,43 milliards d'euros en 2010 (+ 2,54 %). Les pensions de vieillesse regroupent deux tiers du montant total des prestations servies à l'étranger, suivies par les retraites complémentaires (23,5 %).

51498

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

Sécurité sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

Paris : Cour des Comptes : 2012/09 : 576p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Securite-sociale-2012>

Le rapport 2012 de la Cour dresse une nouvelle fois un tableau des plus inquiétants de la protection sociale en France avec un déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui reste à un niveau élevé à 20,9 milliards d'euros (1% du PIB) même s'il a amorcé un repli en 2011. Il représente plus du double de celui des années 2007-2008. La crise économique explique seulement un tiers du déficit en 2011, le reste relève d'un déficit structurel. Le rapport éclaire cette année l'ampleur du redressement nécessaire et les marges de manœuvre qui peuvent être dégagées pour respecter la trajectoire de retour à l'équilibre des finances publiques sur laquelle la France s'engage (déficit public ramené à 3 % du PIB fin 2013 et équilibre en 2017). Malgré les nouvelles recettes votées cet été, la trajectoire de réduction des déficits sociaux marque le pas en 2012. Selon la Cour, le déficit du régime général atteindra cette année 14,7 milliards d'euros après 17,4 milliards en 2011 et celui du FSV 4,1 milliards après 3,5 milliards l'an dernier. Le déficit du régime général serait donc supérieur d'environ un milliard d'euros aux objectifs fixés par la LFSS pour 2012. La Cour estime que les 9 milliards d'euros de déficit des branches maladie et famille cette année devront être repris par la CADES et qu'il faudrait donc relever en

proportion la CRDS, de 0,50 % à 0,56 %. Elle prévoit en outre que 60 milliards d'euros de dettes sociales nouvelles pourraient être accumulés d'ici 2020, en plus des 62 milliards que la loi a déjà prévu de transférer à la CADES de 2011 à 2018. Bref, le rééquilibrage des comptes est une priorité absolue et la Cour considère qu'il existe des marges de manoeuvre substantielles à tous les niveaux. Elle met en avant des réformes aux effets peu assurés (régimes de retraite de la SNCF et de la RATP, création de l'interlocuteur social unique). Elle identifie de nombreux leviers d'optimisation du système de soins notamment sur le transport des malades, le rôle de l'ordre national des médecins dans le contrôle de la déontologie et le respect du tact et mesure, la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé, sans contrepartie réelle, ou encore le contrôle des indemnités journalières pour maladie servies par le régime général. Côté ressources, la Cour considère que les avantages fiscaux et les niches sociales consentis aux retraités sont parfois trop importants et recommande d'en supprimer progressivement certains, comme l'abattement de 10 % sur les pensions en matière d'impôt sur le revenu. Elle prône une hausse de la CSG sur les pensions de retraite les plus élevées pour l'aligner sur le taux des actifs. Elle épingle également les prestations familiales conditionnées par les ressources dont elle recommande de revoir l'économie d'ensemble de ces prestations dont les effets en termes de réduction des inégalités de revenus s'avèrent limités. Enfin, signalons les autres thèmes traités par la Cour cette année qui portent sur le financement de la sécurité sociale par l'impôt (un troisième pilier), le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général (un nouveau tacle de la Cour qui évoque une gouvernance inefficace associée à une stratégie incertaine, une trop grande dispersion des structures et des moyens et des retards préoccupants de modernisation des systèmes d'information), la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) (pas de dérapage lors de l'installation, pouvoir d'intervention demeurant limité), la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS) (risque d'atténuation de son efficacité) et les activités de soins de suite et de réadaptation (dont l'expansion n'a pas été maîtrisée ni pilotée).

Prévention / Prevention

Activités sportives

Sports

51737

FASCICULE , INTERNET
CROQ (C.), RIGARD-CERISON (A.), TEILLANT (A.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA

Comment mettre le sport au service de la santé des salariés ?

Note d'analyse ;298

Paris : CAS : 2012/11 : 12p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/content/sport-sante-des-salaries-NA298>

Cette note d'analyse est, sur certains points, issue d'une étude réalisée en 2012 par le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), pour le Centre d'analyse stratégique (CAS), afin d'approfondir une précédente note sur le sport de masse. Il s'agit de mieux évaluer dans quelle mesure le lieu de travail peut contribuer à l'essor de l'activité physique et sportive pour tous. L'intérêt des pouvoirs publics (objectif de 30 minutes d'exercice physique par jour) rejoint celui des employeurs et des salariés (amélioration de la santé au travail). Longtemps, dans l'entreprise, le sport a seulement été appréhendé à travers les "valeurs" qu'il est censé incarner : performance, compétition et cohésion d'équipe. Or des travaux récents ont montré les effets positifs, sur la santé des salariés, d'une pratique sportive régulière dans le cadre professionnel : diminution de l'absentéisme, augmentation de la capacité de travail, bien-être. Ces résultats sont importants dans un contexte d'allongement de la carrière professionnelle. Pour autant, seuls 13 % des Français qui pratiquent un sport le font sur leur lieu de travail. Toute action en matière d'incitation à la pratique sportive dans le cadre professionnel devra tenir compte des limites du rôle de l'employeur. De plus, tout en valorisant des logiques de ciblage, il importe d'éviter les inégalités entre les salariés des petites et des grandes organisations.

Cancer

Cancer

52326

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

Changer les comportements à risque de cancer.

Boulogne Billancourt : INCA : 2012/12 : 67p., fig.

Cote Irdes : En ligne

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

Ce rapport, issu des travaux d'un groupe pluridisciplinaire examine les changements de comportements à risque de cancer, et leurs déterminants individuels et collectifs. Il dresse un état des lieux des recherches françaises menées s'agissant des changements des comportements liés à la santé, envisageant comment ces recherches peuvent contribuer à la prévention. Le rapport ne propose pas des sujets de recherche précis, mais engage la réflexion autour de pistes de recherches qui pourraient donner lieu au lancement d'appels à projets. Les types de recherches considérés concernent la recherche fondamentale, la métrologie et l'expologie, la recherche translationnelle ou encore la recherche en implémentation des mesures.

51798

RAPPORT , INTERNET
LASTIER (D.), SALINES (E.), ROGEL (A.)
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Maladies
Chroniques et Traumatismes. Saint-Maurice. FRA

Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en France : Résultats 2009, évolutions depuis 2005.

Saint-Maurice : INVS : 2012 : 12p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2012/Evaluation-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-France>

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004. Il comprend un examen clinique et deux mammographies par

sein interprétées par un premier radiologue, suivis si nécessaire d'un bilan de diagnostic immédiat, ainsi qu'une seconde lecture systématique des clichés normaux. Entre 2004 et 2009, le nombre de femmes dépistées est passé de 1 621 000 à 2 344 000 ce qui correspond à un taux de participation qui a progressé de 40 à 52,3 %. Les résultats d'évaluation précoce du programme sont présentés pour tous les départements. Pour 7,4 % des femmes dépistées en 2009, la mammographie était anormale et le bilan de diagnostic immédiat a confirmé l'anomalie pour 42,9 % de ces femmes, soit 3,1 % des femmes dépistées. Le bilan de diagnostic immédiat comportait dans 75,4 % des cas une échographie mammaire. Une mammographie normale était associée à un examen clinique anormal dans 0,2 % des cas. Après la seconde lecture, 1,3 % des femmes ont été rappelées. Les taux de cancers détectés par le programme étaient de 6,8 ‰ en 2008 et 6,4 ‰ (données provisoires) en 2009. Parmi l'ensemble des cancers dépistés, 6,4 % l'ont été par la seconde lecture. En 2009, 14,2 % des cancers étaient in situ. Parmi les cancers invasifs, 35,9 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76,1 % de ceux dont le statut ganglionnaire était connu ne comportaient pas d'envahissement. En 2009, pour la deuxième année, le programme autorisait la mammographie numérique. Des différences assez nettes sont constatées entre la technologie numérique plein champ (DR) d'une part et les technologies analogique et numérique à plaques (CR) d'autre part. Les mammographes DR étaient à l'origine de plus d'examen positifs en première lecture, de plus de cancers dépistés, mais d'une valeur prédictive positive des examens après bilan plus faible et d'un apport moindre de la deuxième lecture que les deux autres types de mammographes. Ces conclusions doivent être considérées avec prudence pour la technologie numérique CR car ce groupe hétérogène recouvre des appareils très différents dans leurs performances. Ces indicateurs demeurent conformes au référentiel européen et au cahier des charges français hormis pour la participation au programme de dépistage organisé qui reste insuffisante dans le contexte de la coexistence avec un dépistage individuel.

51600

DOCUMENT DE TRAVAIL

WUBKER (A.)

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

Explaining variations in breast cancer screening across European countries

Expliquer les variations en matière de dépistage du cancer du sein dans les pays européens.

Working paper ; 12/26

Londres : University of York : 2012 : 33p., tabl., fig

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/12_26.pdf

This paper explores variations in the uptake of breast cancer screening and associated factors influencing utilisation of mammography screening among women aged 50 to 69 years in 13 European countries. We focus on the relative importance of individual (e.g. age, education, etc.) and institutional (e.g. public screening program) factors in explaining cross-country variation in the utilisation of mammograms. We take advantage of (a) newly available individual level data from the SHARE as well as (b) regional and country level data on institutional factors. We find that observed individual factors like age, education, health status, etc. are associated with screening uptake within countries but cannot statistically explain cross-country differences. In contrast, observed institutional factors like the availability of an organized screening program can statistically explain about 40 per cent of the between country differences in screening rates

Diabète

Diabetes

52008

OUVRAGE , INTERNET

Association Française des Diabétiques. (A.F.D.). Paris. FRA

Livre blanc : diabète et travail - Propositions pour en finir avec les discriminations.

Paris : Association Française des Diabétiques : 2012 : 152p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.afd.asso.fr/diabete-et/travail/livre-blanc>

http://www.afd.asso.fr/sites/default/files/AFD_Livre%20Blanc_version%20finale_%2005112012.pdf

Véritable support d'information, le livre blanc "Diabète et travail : Propositions pour en finir avec les discriminations" dresse un état des lieux des aspects juridiques, sociaux et médicaux liés au diabète en milieu professionnel. Les objectifs du livre blanc sont les suivants : montrer que le diabète est encore une maladie mal connue ; exposer les progrès thérapeutiques et techniques qui améliorent considérablement la vie des personnes diabétiques ; mettre à jour la base de données des métiers inaccessibles et ceux qui pourraient (devraient) l'être ; changer les idées reçues sur l'aptitude professionnelle des personnes diabétiques ; proposer des recommandations et des propositions concrètes pour améliorer la gestion du diabète au travail ; Enfin, mener des actions de sensibilisation auprès des institutions.

Lutte anti-tabac

Tobacco control

52121

INTERNET , RAPPORT
Cour des Comptes. Paris. FRA

Les politiques de lutte contre le tabagisme.

Paris : Cour des Comptes : 2012 : 332p., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000666/index.shtml>

A la demande du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a évalué les politiques de lutte contre le tabagisme. Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France avec 73 000 morts par an. Le travail de la Cour, sur cet enjeu majeur de santé public, montre l'absence d'une véritable politique de lutte contre le tabagisme. La Cour s'inquiète de reculs très préoccupants et formule 32 recommandations.

Médecine du travail

Occupational health care

52101

INTERNET , RAPPORT
Cour des Comptes. Paris. FRA

Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir.

Paris : Cour des comptes : 2012/11 : 157p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-services-de-sante-au-travail-interentreprises-une-reforme-en-devenir>

En près de trente ans, la médecine du travail est devenue la santé au travail. Pour la très grande majorité des entreprises et pour près de 95 % des salariés, des services interentreprises en sont chargés. La Cour des comptes a rendu public, le 29 novembre 2012, son rapport sur les services de santé au travail interentreprises. Elle apporte un éclairage de terrain inédit sur le service effectif rendu par ces organismes privés aux entreprises et à leurs salariés, éloigné des missions fixées, ainsi que sur les causes des dysfonctionnements qu'elle a constatés. La Cour formule 14 recommandations. Elle propose en particulier de relancer la concertation avec les partenaires sociaux pour réviser l'obligation d'une visite systématique à chaque embauche, d'autoriser le ministre du Travail à dissoudre un SSTI (Service de santé au travail interentreprises) et de confier aux partenaires sociaux la fixation des planchers et plafonds du montant des cotisations et autres droits à régler au SSTI (Service de santé au travail). Cet éclairage intervient un peu plus d'un an après l'adoption de la loi du 20 juillet 2011, qui a voulu profondément réformer l'organisation de la santé au travail.

Politique publique Public policy

52325

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

Des sociétés en bonne santé grâce à la sécurité sociale: vers un nouveau rôle pour la prévention.

Genève : AISS : 2012 : 24p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.issa.int/fre/Ressources/Rapports-de-conference/Des-societes-en-bonne-sante-grace-a-la-securite-sociale-vers-un-nouveau-role-pour-la-prevention>

Ce rapport contient les résultats d'une analyse comparative des réponses à un questionnaire de l'AISS (Association internationale de sécurité sociale) reçues d'institutions de sécurité sociale d'Allemagne, d'Australie, de Belgique, de France, du Maroc, du Pérou, de Tunisie et d'Uruguay. Le projet consistait à décrire les types et l'ampleur des activités de prévention, en matière de santé, qui peuvent être lancées par des institutions de sécurité sociale, et à étudier trois grands thèmes: la prévention et le dépistage précoce des maladies parmi la population active, y compris sur le lieu du travail; la prévention des maladies chez les groupes les plus fragiles; et la mise en place des conditions propices à un vieillissement plus actif et indépendant. Ces thèmes font ressortir des priorités et défis distincts mais mutuellement liés pour les activités consistant à s'attaquer de façon précoce aux risques pour la santé et ce faisant à réduire les coûts humains, financiers et économiques associés aux mauvais états de santé et aux accidents. C'est sur la base de ces trois thèmes qu'est structurée la dernière partie du rapport.

52131

OUVRAGE
GUIENNE (V.)

Nos choix de santé.

Nantes : Atalante éditions: 2012 : 206p.

Cote Irdes : A4410

http://www.l-atalante.com/catalogue/comme_un_accordeon/nos_choix_de_sante/48/757/veronique_guienne/detail.html

Toute notre vie, il nous faut prendre des décisions concernant notre santé ou celle de nos proches. Comment opérer ces choix ? Anticiper ou non, se faire dépister, opter pour tel traitement, se faire surveiller lorsque l'âge vient... autant de dilemmes pratiques, à l'heure où les injonctions se multiplient, dans un contexte où l'économie dicte sa loi. Véronique Guienne explore ces questions à travers ses observations du milieu hospitalier et l'analyse des controverses médicales et des débats publics. L'ambivalence des patients, les doutes thérapeutiques des médecins, les règles quant aux normes médicales et gestionnaires, l'opacité des options en matière de santé publique... Une part d'autonomie est-elle possible dans nos prises de décision ? Cette sociologie engagée invite à inventer, chacun à son échelle, une vie personnelle plus réfléchie et lucide de même qu'une vie collective plus juste et solidaire (4e de couverture).

Vaccination Vaccination

52662

RAPPORT
LABAZEE (G.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

La politique vaccinale de la France.

Paris : Sénat : 2013/02 : 223p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r12-351/r12-3511.pdf>

En décembre 2011, la commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes, en vertu de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, de procéder à une enquête sur la politique vaccinale de la France dans un contexte de résurgence de certaines maladies en raison de l'absence de couverture vaccinale suffisante de la population mais aussi de contestation de la sécurité des vaccins voire de la vaccination elle-même. Cette étude rappelle l'importance des vaccins pour la protection contre les maladies infectieuses mais souligne l'écart entre les objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004 et les réalisations. Il en examine les causes et propose plusieurs solutions tendant à adapter la politique vaccinale aux enjeux et aux attentes du XXI^e siècle. Dans le prolongement

de ce rapport, la commission des affaires sociales a elle-même conduit plusieurs auditions et formulé des préconisations en matière d'accès aux vaccins, d'enseignement et de recherche.

Économie de la santé / Health economics

Arrêts de travail Sickness absence

52007

INTERNET, RAPPORT
Cour des Comptes. Paris. FRA

Les arrêts de travail et indemnités journalières versées au titre de la maladie.

Paris : Cour des comptes : 2012/07 : 158p., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/mecss/cc-juillet2012.pdf>

Les indemnités journalières pour arrêts maladie ont représenté 6,4 milliards d'€ en 2011, soit deux fois plus qu'il y a dix ans, et leur traitement a mobilisé plus de 5.300 équivalents temps plein, selon la Cour des Comptes, qui pointe le manque de clarté du système: hétérogénéité de la couverture du risque pour les salariés, disparités entre les départements et entre les pathologies... Toutefois, la régulation des efforts des médecins a progressé. Le référentiel de bonne pratique de la Cnam a renforcé la discipline des professionnels, qui ont pu y voir un moyen de résister aux pressions des patients. Ce rapport de la Cour des comptes recommande de cibler les moyens et gros prescripteurs via les observatoires locaux des caisses primaires d'assurance-maladie, d'inclure les hospitaliers dans la maîtrise médicalisée, de renforcer la lutte contre la fraude organisée via le croisement des fichiers administratifs, de contrôler à domicile les arrêts de courte durée (moins de 45 jours), mais aussi de simplifier de la gestion des indemnités par la Caisse nationale.

Comptes de la protection sociale Social protection accounts

51731

INTERNET, RAPPORT
Haut Conseil du Financement de la Sécurité Sociale.
(H.C.F.S.S.). Paris. FRA

Etat des lieux sur le financement de la protection sociale.

Paris : HCFSS ; Paris : La documentation française : 2012/10 : 76p., tabl., graph., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gouvernement.fr/presse/communiqu-e-du-premier-ministre-sur-le-haut-conseil-du-financement-de-la-protection-sociale>

Présidé par Mireille Elbaum, le Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFPS), installé le 26 septembre par le gouvernement, a remis mercredi 31 octobre au Premier ministre une note de 76 pages "sur l'état des lieux du financement de la protection sociale en France", qui va servir à préparer la réforme annoncée sur la compétitivité. Ce diagnostic donne une image globale des ressources qui financent les prestations sociales, fournit les principales évolutions en la matière, un panorama des dépenses, l'analyse des perspectives financières à moyen et long terme, et permet d'établir des comparaisons internationales (voir les annexes)... Compte tenu de la brièveté du temps imparti à sa réalisation, ce premier bilan a été établi sur la base des données et études disponibles, notamment auprès des administrations de l'Etat et de l'ACOSS, dont il propose une lecture synthétique. Si on ne trouve pas encore à ce stade de véritables pistes pour rétablir les finances de la "Sécu" ou pour financer le système de protection sociale, le Haut conseil va poursuivre ses travaux. Et son prochain rapport, attendu en début d'année prochaine, analysera différents scénarios.

Comptes de la Sécurité sociale
Social security accounts

51590

RAPPORT, INTERNET

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

**Les comptes de la Sécurité sociale.
Résultats 2011 - Prévisions 2012 et 2013.
Tome 1.**

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale :
2012/10 : 230p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_10-2012.pdf

La Commission propose une actualisation détaillée des données concernant les régimes de la sécurité sociale pour 2011 avec des prévisions pour 2012 et 2013. Le premier volume concerne le régime général. Globalement, le déficit de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait être réduit de 3,3 Md€ en 2012 et s'établir à -19,3 Md€. Il serait ainsi réduit d'un peu plus de 10 Md€ par rapport au niveau exceptionnel, proche de 30 Md€, atteint en 2010. Le déficit de 2012 reste cependant très élevé et représente encore plus du double de celui de 2008. En 2012 comme en 2011, la réduction du déficit porte principalement sur le régime général dont le solde serait ramené de -17,4 Md€ en 2011 à -13,1 Md€ en 2012. Sur les deux années 2011 et 2012, ce déficit aura ainsi été réduit de 11 Md€. Des éclairages maladie sont proposés: les dépenses de transports sanitaires, la régulation des prix des médicaments au Royaume-Uni, la consommation médicamenteuse des personnes âgées en ville, principes et mise en oeuvre de la tarification des AT-MP...

51591

RAPPORT, INTERNET

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

**Les comptes de la Sécurité sociale.
Résultats 2011 - Prévisions 2012 et 2013.
Tome 2.**

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale :
2012/10 : 195p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_10-](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_10-2012.pdf)

[2012.pdf](#)

La Commission propose une actualisation détaillée des données concernant les régimes de la sécurité sociale pour 2011 avec des prévisions pour 2012 et 2013. Le déficit du régime général de la Sécurité sociale devrait être moins important que prévu en 2012, à 13,1 milliards d'euros au lieu des 14,7 milliards anticipés en juillet par le gouvernement, annonce la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) dans son rapport présenté lundi 1er octobre, juste avant que la présentation par le gouvernement des grandes lignes du PLFSS. La réduction du déficit s'explique par "l'apport de recettes nouvelles et la modération des dépenses", précise la Commission. Dans le détail, la branche maladie serait en déficit de 5,5 milliards, la branche retraite de 5 milliards, la branche famille de 2,5 milliards et la branche accidents du travail de 0,1 milliard. " Les recettes du régime général connaissent une forte augmentation en 2012 (7 milliards d'euros) ", découlant des textes votés fin 2011 sous le gouvernement Fillon et des mesures rectificatives prises par le nouveau gouvernement en juillet 2012, souligne la synthèse. Parmi ces mesures figure la suppression des exonérations de cotisations relatives aux heures supplémentaires effective depuis le 1er septembre. Dans le même temps, les dépenses de santé ont été moins importantes que prévues en 2012, comme en 2011. L'écart " porterait intégralement sur les soins de ville " avec " une décélération plus marquée que prévu des dépenses de produits de santé et d'indemnités journalières ", précise la CCSS. Au vu des dernières informations disponibles, on s'achemine vers une sous-exécution de 350 millions d'euros sur l'ensemble du champ de l'Ondam à la fin 2012. Au final, la réduction du déficit du régime général pour les années 2011 et 2012 serait de 11 milliards d'euros. Hors régime général, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance le minimum vieillesse et les cotisations retraite des chômeurs, s'élèverait à 4 milliards en 2012. Pour 2013, la CCSS donne une " tendance " basée sur les " hypothèses macroéconomiques du gouvernement ", qui ne prennent pas en compte les mesures contenues dans le PLFSS à venir. Selon cette tendance, le " trou " du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pourrait atteindre 19,7 milliards d'euros en 2013 dont 8,6 milliards pour la branche maladie, avant toute mesure d'économies, l'Ondam progressant naturellement de 4,1 %. Le volume 2 concerne les régimes de protection sociale autres que le régime général.

Croissance économique Economic growth

51436

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
KUHNS (M.), PRETTNER (K.)
Vienna Institute of Demography. Vienne. AUT

Growth and Welfare Effects of Health Care in Knowledge Based Economies.

Effets de la croissance et du bien-être produits par les soins de santé sur l'économie fondée sur la connaissance.

Working paper ; 6/2012

Vienne : Institut de démographie : 2012 : 48p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne
http://www.oeww.ac.at/vid/download/WP2012_06.pdf

We consider an endogenous growth model with Blanchard-Yaari-type overlapping generations that is built around four sectors: final and intermediate goods production, an R&D sector and a health care sector. Health care serves to lower mortality and morbidity, the latter being related to participation/productivity in the labor market. We show that, regardless of its finance, the impact of health care on economic growth crucially depends on whether or not it increases employment in the R&D sector. Even if an increasing health care sector reduces the (effective) labor available for production and R&D, it may still fuel R&D employment and economic growth if the increase in aggregate wealth that comes with expanding longevity raises the capital intensity in the final goods sector to an extent that labor shifts to alternative employment in R&D. While numerical assessment indicates that the health sectors of the Euro area economies are too large from a growth perspective, we can establish mild conditions under which an expansion of health care beyond the growth-maximizing level constitutes a Pareto-improvement.

Couverture maladie universelle Universal health coverage

51608

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

La dépense moyenne des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire par bénéficiaire en 2010 et 2011.

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

Cote Irdes : En ligne
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2012-09-12-Rapport_Cout_Moyen_2010-2011.pdf

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Le dernier rapport portant sur l'année 2010 et l'estimation 2011 vient d'être mis en ligne sur le site du Fonds. Sont utilisées les données fournies par les caisses maladie des différents régimes et les organismes complémentaires. Le rapport comptabilise un effectif moyen de bénéficiaires de presque 4,4 millions en 2011, avec " une majorité de personnes jeunes à qui la CMU-C permettra d'arriver ou d'avancer dans l'âge adulte en bonne santé ". Au régime général, 44,4 % des bénéficiaires ont moins de 19 ans. L'écart constaté dans un coût moyen pour la part couverte par la CMU-C entre les différents organismes gestionnaires provient de la proportion de bénéficiaires qui ont connu un parcours de vie plus accidenté débouchant sur un état de santé plus dégradé, des personnes qui pèsent le plus dans la dépense des organismes. Le coût moyen de la CMU-C par bénéficiaire varie, en 2011 et en métropole, de 453 euros à la CNAMTS, qui gère les droits de 77 % des bénéficiaires et qui regroupe les personnes les plus en difficulté, à 330 euros pour le RSI qui a des profils de bénéficiaires mieux intégrés socialement et en meilleure santé, en passant par 380 euros pour le régime agricole. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 15,6 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 377 euros. Un montant à rapprocher de la dotation forfaitaire versée aux organismes qui est de 370 euros par an et par bénéficiaire depuis 2009. De fortes disparités sont également constatées au niveau des départements. Ainsi, le Fonds cite un coût moyen dans le régime

général pour 2010, qui passe de 336 euros dans l'Yonne à 576 euros dans le Cantal et, pour les départements d'outre-mer, de 271 euros en Martinique à 524 euros en Guyane. Quelque soit les organismes gestionnaires, on retrouve une certaine homogénéité dans les différents postes de dépense de soins de ville. C'est moins vrai du côté des dépenses hospitalières plus relevées dans le régime général. Enfin, les coûts moyens augmentent dans des proportions très maîtrisées. Pour 2011, en métropole, le Fonds estime cette évolution à + 3,4 % au régime général, + 3,9 % pour la CCMSA (mais - 1,2 % en 2010) et + 2,5 % pour les organismes complémentaires.

Dépenses de santé Health expenditures

52357

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

Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?

La croissance nulle des dépenses de santé : quels pays, quels secteurs économiques sont les plus touchés ?

OECD Health Working Paper; 60
Paris : OCDE : 2013/01 : 20p., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en>

Le présent document analyse en détail le récent ralentissement des dépenses de santé, en mettant l'accent sur les pays et les postes de dépenses les plus concernés. Il s'efforce ainsi d'établir des liens entre les chiffres – en utilisant les données sur les dépenses et d'autres données tirées de la Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 – et certaines des diverses mesures mises en œuvre depuis le début de la crise économique. En outre, à l'aide des données préliminaires sur 2011 et d'exemples de mesures prises récemment, les perspectives d'évolution à court terme des dépenses de santé sont esquissées.

52161

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

The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later.

L'expérience assurance maladie de la RAND, trente ans après.

NBER Working Paper Series ; n° 18642
Cambridge : NBER : 2012/02 : 30p., fig., tabl., annexes
Cote Irdes : en ligne
<http://www.nber.org/papers/w18642>

This paper re-presents and re-examines the analysis from the famous RAND Health Insurance Experiment from the 1970s on the impact of consumer cost sharing in health insurance on medical spending. It begins by summarizing the experiment and its core findings in a manner that would be standard in the current age. It then examines potential threats to the validity of a causal interpretation of the experimental treatment effects stemming from different study participation and differential reporting of outcomes across treatment arms. Finally, it re-considers the famous RAND estimate that the elasticity of medical spending with respect to its out-of-pocket price is -0.2, emphasizing the challenges associated with summarizing the experimental treatment effects from non-linear health insurance contracts using a single price elasticity.

Dépenses pharmaceutiques Pharmaceutical expenditures

52619

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

MEDIC'AM 2008-2011.

Paris : CNAMTS : 2012/12 : (n.p.)
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am-2008-2011.php>

Cette publication dresse un bilan des médicaments remboursés par le Régime général au cours des an-

nées 2008 à 2011 (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes - Métropole) en date de remboursement.

52618

RAPPORT

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

RETROCED'AM 2010-2011.

Paris : CNAMTS : 2012/12 : (n.p.)

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/retroced-am-2010-2011.php>

Rétrocéd'AM présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés dans le cadre de la rétrocession hospitalière (Régime Général - y compris Sections Locales Mutualistes - Métropole).

Etudes d'ensemble *Global studies*

52184

OUVRAGE

JONES (A.M.), RICE (N.), BAGO D'UVA (T.), BALIA (S.)

Applied health economics.

Economie de la santé appliquée.

Abington : Routledge Taylor & Francis Group : 2012 : XX-396p., tabl., index

Cote Irdes : A4412

<http://www.amazon.com/Applied-Economics-Routledge-Advanced-Finance/dp/0415676827>

The first edition of Applied Health Economics did an expert job of showing how the availability of large scale data sets and the rapid advancement of advanced econometric techniques can help health economists and health professionals make sense of information better than ever before. This second edition has been revised and updated throughout and includes a new chapter on the description and modelling of individual health care costs, thus broadening the book's readership to those working on risk adjustment and health technology appraisal. The text also fully reflects the very latest advances in the health economics field and the key journal

literature. Large-scale survey datasets, in particular complex survey designs such as panel data, provide a rich source of information for health economists. They offer the scope to control for individual heterogeneity and to model the dynamics of individual behaviour. However, the measures of outcome used in health economics are often qualitative or categorical. These create special problems for estimating econometric models. The dramatic growth in computing power over recent years has been accompanied by the development of methods that help to solve these problems. The purpose of this book is to provide a practical guide to the skills required to put these techniques into practice. Practical applications of the methods are illustrated using data on health from the British Health and Lifestyle Survey (HALS), the British Household Panel Survey (BHPS), the European Community Household Panel (ECHP), the US Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). There is a strong emphasis on applied work, illustrating the use of relevant computer software with code provided for Stata. Familiarity with the basic syntax and structure of Stata is assumed. The Stata code and extracts from the statistical output are embedded directly in the main text and explained at regular intervals. The book is built around empirical case studies, rather than general theory, and the emphasis is on learning by example. It presents a detailed dissection of methods and results of some recent research papers written by the authors and their colleagues. Relevant methods are presented alongside the Stata code that can be used to implement them and the empirical results are discussed at each stage. This text brings together the theory and application of health economics and econometrics, and will be a valuable reference for applied economists and students of health economics and applied econometrics (4e de couverture).

Maîtrise des coûts
Health care containment

51996

RAPPORT

LIDSKY (V.), THIARD (P.E.), LE BRIGNONEN (M.), THOMAS (J.), OLIVIER (M.), GIORGI (D.), GARRIGUE-GUYAUNNAUD (H.), JEANTET (M.), CAYRE (V.), JEANTET (Q.), DAVENEL (J.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017.

Paris : IGAS / IGF : 2012 : 92p., tabl., ill.

Cote Irdes : C, B7127

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000347/index.shtml>

Ce rapport formule en toute indépendance des propositions destinées à mieux piloter l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Il souligne combien la maîtrise des dépenses de santé est indispensable pour assurer la pérennité de notre système d'assurance maladie. Il démontre qu'il est possible, conformément aux engagements présidentiels, de maîtriser durablement ces dépenses tout en améliorant la qualité des soins et en préservant le niveau de protection des assurés sociaux. Les recommandations visent à s'assurer d'une plus juste adéquation des soins aux besoins des malades : celles-ci appellent des réformes structurelles de l'offre de soin qui garantissent à chaque malade une prise en charge proportionnée et de qualité. De telles réformes se conduisent dans la durée et seront amorcées dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le rapport montre également qu'il est possible pour l'assurance maladie de payer les prestations de santé à meilleur prix. Il propose des mesures d'efficacité qui alimenteront utilement les travaux de construction de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) 2013. En revanche, ce rapport évoque, à titre subsidiaire, des pistes de déremboursement ou d'accroissement des franchises médicales que les Ministres n'approuvent pas, car elles porteraient atteinte au niveau de protection des assurés sociaux. D'ores et déjà, le gouvernement a annoncé que l'ONDAM progresserait de 2,7% en 2013 : ce sont ainsi plus de 4,6 milliards d'euros supplémentaires qui seront investis dans notre système de soin et permettront d'en renforcer à la fois la qualité et l'efficacité (Résumé d'auteurs).

État de santé / Health status

Cancer Cancer

52668

RAPPORT, INTERNET

GROSCLAUDE (P.), REMONTET (L.), BELOT (A.), DANZON (A.), RASAMIMANANA (C.), BOSSARD (N.)
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA, Réseau Français des Registres de Cancer. (F.R.A.N.C.I.M.). Toulouse. FRA, Hospices civils de Lyon. (H.C.L.). Service de biostatistique. Lyon. FRA, Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint-Maurice. FRA

Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim.

Boulogne-Billancourt : INCA : 2013/01 : 383p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/84-linstitut-national-du-cancer/7324-un-rapport-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france>

L'objectif principal de cette étude est de fournir, pour 47 localisations de cancer, tous stades confondus, des estimations de survie brute et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer, à partir des données de population fournies par les registres du réseau Francim. L'étude porte sur tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les personnes âgées de plus de 15 ans sur la période 1989-2004 soit 427 000 cas. Les résultats sont présentés par sexe, classe d'âge et période de diagnostic.

52220

RAPPORT

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

La situation du cancer en France en 2012.

Boulogne Billancourt : INCa : 2012/12 : 348p., tabl., annexes.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/rapports-et-expertises/sante-publique>

L'Institut national du cancer (INCa) publie son rapport annuel sur la situation du cancer en France, action 6.1 du Plan cancer 2009-2013. Cette cinquième édition propose une actualisation des connaissances dans les différents domaines du cancer et de la can-

céologie ainsi qu'un nouveau chapitre sur la thématique des inégalités de santé.

51572

RAPPORT, INTERNET

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA, Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer. Paris. FRA

Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer. Rapport de synthèse des recherches de l'appel à projets lancé en 2006 par la Fondation Arc et l'Inca.

Boulogne Billancourt : INCA : 2012 : 145p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

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

La Fondation ARC et l'INCa ont lancé conjointement en 2006 un appel à projets de recherche s'inscrivant dans les orientations du premier Plan cancer et visant à explorer les conséquences de la maladie et de ses traitements sur les situations d'emploi et de travail des personnes atteintes. Les six recherches soutenues et menées dans ce cadre, présentées dans la partie II, ont permis, à travers des approches quantitatives ou qualitatives, de mesurer et de mieux comprendre l'impact de la survenue du cancer sur la vie professionnelle des patients actifs au moment du diagnostic. La diffusion des résultats de ces différents travaux de recherche devrait favoriser entre autres l'action préventive des médecins du travail et des autres acteurs de la santé au travail. À l'issue de la présentation des résultats de ces recherches lors du colloque du 14 décembre 2010 à Paris, divers acteurs de la réinsertion professionnelle des patients (médecins du travail, associations de malades, DRH...) ont pu échanger leurs points de vue sur les connaissances produites, sur les enseignements pratiques qui peuvent en être retirés, notamment en termes de prévention, et les interrogations qui subsistent (Résumé de l'éditeur).

Handicap Disability

52369

RAPPORT

ABALLEA (P.), MARIE (E.)

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

L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque. Rapport et Annexes.

Paris : IGAS : 2012/05 : 2 vol. 294p., annexes

Cote Irdes : C, B7134/1-2

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P -
TOME I Rapport.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_-_TOME_I_Rapport.pdf)

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_TOME
II Annexes.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_TOME_II_Annexes.pdf)

Par lettre du 8 juin 2011, le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de rédiger un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et à mieux encadrer la définition de l'incapacité. Dans un premier temps, le rapport définit un référentiel de l'évaluation de l'invalidité, faisant notamment la synthèse de travaux internationaux sur le sujet. Puis, il présente la situation de la France et analyse la question de l'hétérogénéité des décisions prises en matière d'attribution d'une pension d'invalidité tant dans le cadre du régime général de la CNAMTS que dans celui des autres régimes. L'impact des deux leviers principaux à disposition des caisses permettant de réduire certains des indicateurs d'hétérogénéité, soit un barème et un pilotage de réseau, est détaillé. Enfin, le rapport propose des réformes visant à harmoniser la définition de l'invalidité quel que soit le régime concerné, à expérimenter le barème de l'allocation adulte handicapé ou celui du droit commun pour l'évaluation des capacités fonctionnelles articulée avec un processus de mesure de l'employabilité et associé à la mise en place d'un pilotage renforcé du risque invalidité.

Migrants Migrants

52352

DOCUMENT DE TRAVAIL

HAMEL (C.), MOISY (M.)

Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.).
Paris. FRA

Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé.

Document de travail ; 190

Paris : INED : 2013/01 : 50p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/
publications/documents_travail/bdd/publication/1625/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/documents_travail/bdd/publication/1625/)

Basée sur les données de l'enquête « Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France » (TeO), ce rapport est structuré en trois grandes parties qui abordent le rapport des immigrés et des natifs d'un DOM (département d'Outre mer) à leur santé et au système de soins avant de s'intéresser à la santé des enfants d'immigrés, nés en France et devenus aujourd'hui adultes. La première partie propose de décrire et d'analyser la perception que les hommes et les femmes enquêtés ont de leur état de santé en fonction de leur origine, de leur âge et de leurs conditions de vie actuelles et passées, mais aussi selon leur âge à l'arrivée sur le territoire métropolitain et la durée de résidence en France. La deuxième partie explore ce qu'il en est du non recours et du renoncement aux soins, particulièrement pour les immigrés qui déclarent un besoin de soins, soit parce qu'ils se sont déclarés en mauvaise santé, soit parce qu'ils évoquent des limitations fonctionnelles et nous examinons ces résultats au regard de leur couverture médicale et en les mettant en perspective avec la déclaration d'un traitement différencié en raison de l'origine par le personnel médical. Dans la dernière partie, il s'agit d'observer si parmi les personnes ayant grandi en France, les filles et fils d'immigrés ainsi que les enfants des descendants des DOM ont un rapport à leur santé et au système de soins comparable à celui des enquêtés de la population majoritaire ou si des différences persistent malgré une socialisation en France et une familiarisation avec le corps médical et les messages de prévention depuis le plus jeune âge

Obésité Obesity

52336

OUVRAGE

CAWLEY (J.) / éd.

The Oxford Handbook of the social science of obesity.

Le manuel Oxford des sciences sociales de l'obésité.

New York : Oxford University Press : 2011 : 16p.+894p., index

Cote Irdes : A4420

<http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Economics/Health/?view=usa&ci=9780199736362>

There is an urgent need to better understand the causes and consequences of obesity, and to learn what works to prevent or reduce obesity. This volume accurately and conveniently summarizes the findings and insights of obesity-related research from the full range of social sciences including anthropology, economics, government, psychology, and sociology. It is an excellent resource for researchers in these areas, both bringing them up to date on the relevant research in their own discipline and allowing them to quickly and easily understand the cutting-edge research being produced in other disciplines. The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity is a critical reference for obesity researchers and is also valuable for public health officials, policymakers, nutritionists, and medical practitioners. The first section of the book explains how each social science discipline models human behavior (in particular, diet and physical activity), and summarizes the major research literatures on obesity in that discipline. The second section provides important practical information for researchers, including a guide to publicly available social science data on obesity and an overview of the challenges to causal inference in obesity research. The third part of the book synthesizes social science research on specific causes and correlates of obesity, such as food advertising, food prices, and peers. The fourth section summarizes social science research on the consequences of obesity, such as lower wages, job absenteeism, and discrimination. The fifth and final section reviews the social science literature on obesity treatment and prevention, such as food taxes, school-based interventions, and medical treatments

such as anti-obesity drugs and bariatric surgery (4e de couverture).

52004

RAPPORT, INTERNET

Institut Roche de l'Obésité. Neuilly-sur-Seine. FRA,

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

(I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Obépi-Roche 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.

Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité : 2012 : (59p.), tabl., fig., cartes

Cote Irdes : en ligne

http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete_obepi_2012/obepi_2012.pdf

ObÉpi-Roche 2012 offre un nouvel éclairage sur la situation française de l'obésité et du surpoids et leur évolution depuis 1997. L'étude inclut une analyse des facteurs socio-économiques, régionaux, générationnels. Elle met en évidence un ralentissement de la progression de l'indice de masse corporelle et du tour de taille moyens. L'existence de vastes disparités inter-régionales, avec un gradient décroissant nord-sud et un gradient décroissant est-ouest, est confirmée. L'édition 2012 s'est enrichie de nouvelles données comme le lien entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du tour de taille et les difficultés financières déclarées.

Panorama de la santé Health at glance

51749

RAPPORT, INTERNET

Organisation de Coopération et de Développement

Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

Panorama de la santé 2012 : les indicateurs de l'Europe.

Health at glance 2012. Europe indicators.

Paris : OCDE : 2012 : 154p., ann., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm>

Cette nouvelle 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. Par ailleurs, pour la première fois depuis des décennies, la dépense de santé diminue en Europe. L'annexe comporte des données sur le contexte économique et social.

Santé environnementale Environmental health

51792

RAPPORT, INTERNET
BONNEFOY (N.)

Sénat. Mission Commune d'Information sur les Pesticides et leur Impact sur la Santé et l'Environnement Paris. FRA

Rapport d'information sur les pesticides et leur impact sur la santé et l'environnement.

Paris : Sénat : 2012 : 344p., tabl., cartes, +annexes

Cote Irdes : En ligne
<http://www.senat.fr/rap/r12-042-1/r12-042-11.pdf>

Ce rapport examine l'impact des pesticides sur la santé des utilisateurs, à savoir les fabricants, les agriculteurs, les épandeurs professionnels, les personnels des silos de stockage, les paysagistes, les familles de ces personnes ainsi que des riverains des diverses activités de fabrication, de transport, de stockage et d'épandage. Il présente tout d'abord les problèmes de santé en lien avec les pesticides (I), la description et l'analyse du cadre juridique de leur fabrication, de leur mise sur le marché et de leur commercialisation, les conditions de leur utilisation (II) puis examine le rôle des instances d'évaluation des pesticides (III). Enfin, il resitue la place occupée par les pesticides dans l'agriculture en France (IV).

51758

RAPPORT

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

Atlas of health and climate. L'Atlas de la santé et du climat.

Genève : OMS : 2012 : 64p., ill., carte

Cote Irdes : En ligne
<http://www.who.int/globalchange/publications/atlas/report/en/index.html>

This atlas provides sound scientific information on the connections between weather and climate and major health challenges. These range from diseases of poverty to emergencies arising from extreme weather events and disease outbreaks. They also include environmental degradation, the increasing prevalence of noncommunicable diseases and the universal trend of demographic ageing.

Schizophrénie Schizophrenia

51681

OUVRAGE
BOTTERO (A.)

Un autre regard sur la schizophrénie.

Paris : Odile Jacob : 2008 : 393p., tabl.

Cote Irdes : A4399

Que signifie un diagnostic de schizophrénie aujourd'hui ? Quelles sont les grandes hypothèses de recherche qui s'efforcent d'en percer le mystère ? Quels sont les obstacles qui se dressent devant les chercheurs ? Comment les surmonter ? Surtout, comment mieux soigner les patients que nous jugeons atteints de cette affection, compte tenu de ce que nous avons appris ? 1908-2008: la schizophrénie a cent ans. Le moment est venu de procéder à un bilan, en portant un regard critique sur une notion inventée à une époque où les connaissances médicales et scientifiques sur les troubles mentaux étaient fort éloignées de celles d'aujourd'hui (4ème de couverture).

Travail et santé Occupational health

52665

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FEVANG (E.), HARDOY (I.), REED (K.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU

Getting Disabled Workers Back to Work: How Important Are Economic Incentives?

*Le retour à l'emploi des travailleurs handicapés :
quelle est l'importance des incitations
économiques ?*

IZA Working Paper; 7137

Bonn : IZA : 2013/01 : 32p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp7088.pdf>

This study investigates the impacts of economic incentives on the duration and outcome of temporary disability insurance (TDI) spells. The analysis is based on a large quasi-experiment in Norway, with a complete overhaul of the TDI benefit system. Its findings shows that the labor supply of TDI claimants responds to both the benefit-level and to the level of local labor demand. The estimated elasticity of the employment hazard with respect to the benefit-level is -0.3 . We also find that the level of TDI benefits significantly affects the transition rate to alternative social insurance programs such as permanent disability and unemployment.

52612

OUVRAGE, INTERNET
Ministère du Travail de l'Emploi de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Direction Générale du Travail. (D.G.T.). Paris. FRA, Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.). Paris. FRA / éd.

L'obligation de négocier sur la pénibilité dans les entreprises : premiers éléments de bilan.

Paris : Conseil d'orientation des retraites : 2012 : 5p.

Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1869.pdf>

1 422 accords d'entreprises ou plans d'action sur la prévention de la pénibilité ont été signés, ainsi que 11 accords de branche, selon la DGT (Direction générale du travail). Si ce nombre est faible, il s'explique par les délais très courts dont disposaient les entreprises pour établir un diagnostic.

52123

RAPPORT
AMOSSE (T.), LE ROY (F.), MESLIN (K.), et al.
DAUBAS-LETOURNEUX (V.) / coord.
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans les enquêtes SIP. (In) visibilité et inscriptions dans les trajectoires professionnelles.

Noisy-le-Grand : CEE : 2012/06 : 203p., tabl., fig.

Cote Irdes : B7129

L'analyse des carrières suite à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle a donné lieu à une recherche financée par la Direction de l'animation, de la recherche - des études et des statistiques (Dares) et la Direction de la recherche, des études - de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans le cadre d'un appel à exploitation de l'enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP). Cette recherche pose comme centrale la question des articulations entre l'inscription institutionnelle et l'inscription biographique des accidents du travail et des maladies ou problèmes de santé liés au travail.

51739

RAPPORT
DUGUET (E.), LE CLAINCHE (C.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer.

Noisy-le-Grand : CEE : 2012/10 : 25p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/159-evaluation-impact-amenagement-conditions-travail-cancer.pdf>

Cette étude évalue l'impact d'un aménagement des conditions de travail sur le retour au travail après un cancer. En appliquant une méthode d'appariement, nous trouvons que, toutes choses égales par ailleurs, l'obtention d'un aménagement augmente fortement la probabilité de retour au travail et améliore l'état de santé auto-évalué. Toutefois, pour les hommes, ceci va de pair avec un sentiment de pénalisation au travail et une baisse des revenus du ménage causée par la maladie, dans le cas d'un aménagement de la durée ou des horaires de travail. Pour les femmes, la même conclusion s'applique lors d'un aménagement du poste de travail.

52734

RAPPORT, INTERNET
Eurogip. Paris. FRA

***Quelle reconnaissance des pathologies
psychiques liées au travail ? Étude sur dix
pays européens.***

Rapport d'enquête.

Paris : Eurogip : 2012 : 55p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf

Ce rapport fait le point sur les pratiques actuelles dans dix pays européens - Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse - en matière de reconnaissance des maladies psychiques (possibilité de reconnaissance ou non, système de liste ou complémentaire, critères en vigueur), de méthodes d'évaluation de ces maladies, d'indemnisation des préjudices et enfin de quantification du phénomène (statistiques, typologie de cas reconnus). La reconnaissance des suicides au travail comme accidents du travail est également traitée.

Personnes âgées / Elderly

Conditions de travail Workplace characteristics

51653

DOCUMENT DE TRAVAIL

JUHN (C.), MCUE (C.)

US Census. Centre for Economic Studies. (C.E.S.).

Washington DC. USA

Workplace Characteristics and Employment of Older Workers.

Caractéristiques du poste de travail et emploi des seniors.

Washington : US Census : 2012/09 : 29p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp2.census.gov/ces/wp/2012/CES-WP-12-31.pdf>

As aging of the U.S. population places increased demands on public programs such as Social Security, an important question is how long older Americans are willing and able to work before they retire from the labor force. While studies based on household surveys have provided information on the role of savings, health status, pension and health insurance coverage, there is relatively little information on how workplace and employer characteristics affect the employment of older workers. In this study we use linked employer-employee data to explore the relationship between the characteristics of jobs held at age 55 and early retirement. We focus on a sample of 63-year-olds drawn from the 2005-2008 American Community Survey. We match this sample to information on their earnings, employment, employers and coworkers drawn from the Longitudinal Employer-Household Dynamics data for the years in which they age from 55 to 63. We use employment status as reported in the ACS to split the sample into those who have retired by age 63 and those who continue to work. We then examine differences between early retirees and continuing workers in the characteristics of their employment at age 55, and at how these characteristics change as they approach age 63. We find that early retirees are more likely to be employed by larger employers at age 55 than are continuers. They work for employers with somewhat higher pay than do continuers, and are less likely to have young coworkers.

Dépendance Dependency

51497

RAPPORT

DEGRAVE (F.) / coor., NYSSSEN (M.) / coor.

Université Catholique de Louvain. Centre

Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société.

Charleroi. BEL

Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy.

Les régimes de soins en mouvement. Etude comparée sur les soins à domicile pour les personnes âgées dépendantes en Belgique, Angleterre, Allemagne et Italie.

Charleroi : Université Catholique de Louvain. : 2012 : 280p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/RAPPORT_CROME_FINAL_8_mai_2012.pdf

The objective of this research is to study the responses of European states to the need for home care, starting from the reforms they have undertaken in this field over the past two decades. It also aims to identify the patterns of evolution of contemporary regimes of care in the light of these recent changes and, more specifically, in the context of growing marketisation. Our general hypothesis is that the trend of marketisation has had a differentiated impact on national care regimes.

Ehpad Home for the aged

52642

RAPPORT

BAZILLON (B.) / préf.

KPGM. Paris La Défense. FRA

Observatoire des EHPAD 2013.

Paris : KPGM : 2013 : 68p., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>

L'objectif de l'observatoire EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes) 2013 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 2013 a été conçu à partir de données portant sur l'exercice 2011, auprès de 323 établissements publics et Privés Non Lucratifs (PNL).

52621
OUVRAGE
THIERRY (M.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris.
FRA

Évaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD.

Paris : IGAS : 2012 : 193p.

Cote Irdes : C, rediffusion BDSF

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoyait la conduite d'expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière sur le budget soins des établissements accueillant des personnes âgées, ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. Il s'agissait ainsi de tester leur intégration dans la dotation globale des établissements, dans le souci d'une meilleure régulation en termes économiques comme en termes de santé publique, au lieu d'un remboursement au coup par coup des ordonnances. Une première mission d'évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur) réalisée en septembre 2010 concluait à l'interruption de l'expérimentation. L'impossibilité de disposer de données quantitatives comparatives entre les établissements expérimentateurs et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avait conduit le Parlement à voter la prolongation de l'expérience en reportant le terme de l'expérimentation au 1er janvier 2013 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2011). C'est dans

ce contexte que les ministres en charge de la cohésion sociale, de la santé et du budget ont demandé à l'IGAS une mission d'appui au pilotage d'une seconde phase de l'expérimentation.

52171
RAPPORT
SPAGNOLO (G.C.), BERGMAN (M.A.), LUNDBERG (S.)
Stockholm School of Economics. Stockholm Institute of Transition Economics. Stockholm. SWE

Privatization and Quality: Evidence from Elderly Care in Sweden.

Privatisation et qualité : résultats dans une sélection de maisons de retraite en Suède.

Working paper ; 19
Stockholm : Stockholm Institute of Transition Economics :
2012 : 51p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
<http://swopec.hhs.se/hasite/papers/hasite0019.pdf>

Many quality dimensions are hard to contract upon and are at risk of degradation when services are procured rather than produced in-house. However, procurement may foster performance-improving innovation. We assemble a large data set on elderly care services in Sweden between 1990 and 2009, including survival rates - our measure of non-contractible quality - and subjectively perceived quality of service. We estimate how procurement from private providers affects these measures using a difference-in-difference approach. The results indicate that procurement significantly increases non-contractible quality as measured by survival rate, reduces the cost per resident but does not affect subjectively perceived quality.

Etude d'ensemble Global study

52104

INTERNET, RAPPORT
RODRIGUES (R.) / ed., HUBER (M.) / éd., LAMURA (G.) / éd.
European Centre for Social Welfare Policy and Research.
Vienne. AUT

Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America.

Faits et chiffres sur le vieillissement en bonne santé et les soins de longue durée. Europe et Amérique du Nord.

Vienne : The European Centre for Social Welfare Policy and Research : 2012 : 122p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne
http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf

The second edition of Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care provides information on the ageing phenomenon across the UNECE region. It covers data and information on demography, social situation of older people, health, informal care, migrant care workers, public long-term care policies and expenditure for the countries of the UNECE.

Productivité Productivity

52738

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BLOOM (D.E.), SOUSA-POZA (A.)
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU

Ageing and Productivity: Introduction *Vieillesse et productivité : une introduction.*

IZA Working Paper; 7205

Bonn : IZA : 2013/01 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp7205.pdf>

Population ageing will be the dominant feature of the world's demographic landscape in the coming decades, raising concerns about labor productivity and about economic outcomes at both the indi-

vidual, enterprise, and macro levels. The articles in this special issue of Labour Economics define and address key issues with respect to the interplay of ageing, workforce productivity, and economic performance. Taken as a whole, the articles dispel some of the concerns, sharpen our understanding of others, and highlight behavioural changes, business practice adaptations, and public policy reforms that can offset the economic effects of population ageing.

51502

OUVRAGE
DORMONT (B.), BORSCH-SUPAN (A.), GALASSO (V.) et al., GARIBALDI (P.) / éd., OLIVEIRA MARTINS (J.) / éd., VAN OURS (J.) / éd.

Ageing, health and productivity : the economics of increased life expectancy.

Vieillesse, santé et productivité : l'économie de l'augmentation de l'espérance de vie.

Oxford : Oxford University Press : 2012 : 14p.+263p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A4388

<http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Economics/Health/~~/dmlldz11c2EmY2k9OTc4MDE5OTU4NzEzMQ>

Increase in life expectancy is arguably the most remarkable by-product of modern economic growth. In the last 30 years we have gained roughly 2.5 years of longevity every decade, both in Europe and the United States. Successfully managing aging and longevity over the next twenty years is one of the major structural challenges faced by policy makers in advanced economies, particularly in health spending, social security administration, and labor market institutions. This book looks closely into those challenges and identifies the fundamental issues at both the macroeconomic and microeconomic level. The first half of the book studies the macroeconomic relationships between health spending, technological progress in medical related sectors, economic growth, and welfare state reforms. In the popular press, longevity and population ageing are typically perceived as a tremendous burden. However, with a proper set of reforms, advanced economies have the option of transforming the enormous challenge posed by longevity into a long term opportunity to boost aggregate outcomes. The basic prerequisite of a healthy ageing scenario is a substantial structural

reform in social security and in labor market institutions. The second part of the book looks closely into the microeconomic relationship between population aging and productivity, both at the individual and at the firm level. There is surprisingly little research on such key questions. The book contributes to this debate in two ways. It presents a detailed analysis of the determinants of productivity, with a focus on both the long-run historical evolution and the cross sectional changes. It also uses econometric analysis to look into the determinants of the various dimensions of individual productivity. The volume concludes that the complex relationship between population ageing and longevity is not written in stone, and can be modified by properly designed choices (4e de couverture).

Soins à domicile Home care

52343

OUVRAGE, INTERNET
NAIDITCH (M.)
GENET (N.) / éd., BOERMA (W.) / éd., KRONEMAN (M.) / 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

Home care across Europe. Current structure and future challenges.

Les soins à domicile en Europe. Organisation actuelle et défis à venir.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 : xiii + 145p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges>

For every person over the age of 65 in today's European Union, there are four people of working age but, by 2050, there will only be two. Demand for long-term care, of which home care forms a significant part, will inevitably increase in the decades to come. Despite the importance of the issue, however, up-to-date and comparative information on home care in Europe is lacking. This book attempts to fill some of that gap by examining current European

policy on home care services and strategies. This report probes a wide range of topics including the links between social services and health-care systems, the prevailing funding mechanisms, how service providers are paid, the impact of governmental regulation, and the complex roles played by informal caregivers. Drawing on a set of Europe-wide case studies (available in a second, online volume), the study provides comparable descriptive information on many aspects of the organization, financing and provision of home care across the continent. It is a text that will help frame the coming debate about how best to serve elderly citizens as European populations age.

Soins informels Informal care

52728

OUVRAGE
MIOLINIER (P.)

Le travail du care.

Paris : La Dispute : 2013 : 222p.

Cote Irdes : A4434

<http://www.decitre.fr/livres/le-travail-du-care-9782843032400.html>

Le care, ou le souci des autres, est une zone de conflits, de tiraillements et de dominations. Celle, notamment, du travail salarié des professionnels du soin et de l'assistance, constitué essentiellement d'un salariat féminin subalterne, surexploité et stigmatisé par son " manque de qualification " et parfois sa couleur de peau ; celle, aussi du travail domestique, toujours inégalement distribué. Or, si on ne pourra jamais évacuer complètement le " sale boulot ", il est urgent de penser une transformation politique du travail et de la société en plaçant le care au centre de la réflexion sur le travail. Pascale Molinier renouvelle ses recherches sur les enjeux psychiques du travail et sur les théories et pratiques du care en s'appuyant sur une enquête approfondie de l'activité des pourvoyeuses du care dans une maison de retraite de la région parisienne. Elle analyse notamment les conflits et tensions entre les cadres et les salariées, et montre que l'empathie pour les vieillards ne peut jamais être comprise en dehors de ces conflits pratiques et hiérarchiques. Le livre fait entendre, dans une écriture fluide, accessible et

vivante, la voix des travailleuses du care. et les fait dialoguer avec le meilleur de la philosophie morale. Cet ouvrage défend une position singulière. sensible et forte au sein des débats contemporains autour du care et propose de changer regard sur le travail, sur le soin et sur la société (4e de couverture).

52727

FASCICULE

BLOCH (M.A.), HOSKING (A.S.), BARREYRE (J.Y.) et al.

JAEGER (M.) / préf.

Centre d'Etudes - de Documentation d'Information et d'Action sociales. (C.E.D.I.A.S.). Paris. FRA

Les aidants informels.

Paris : Cedias 2012 : 216p.

Cote Irdes : A4433

Environ 7% de la population française répondent aux critères de définition d'un « aidant principal », c'est-à-dire qui consacre une part importante de son temps personnel à aider un proche rendu dépendant par la maladie, le handicap ou le grand âge ; deux millions de personnes sont « aidant principal » selon l'Union nationale des associations familiales (Unaf). Par ailleurs, si pour une personne âgée sur cinq vivant à domicile, l'aide est uniquement formelle, c'est-à-dire émanant de professionnels exclusivement rémunérés à cet effet, pour les quatre autres, l'aide est le fait de proches parents ou consiste en un mélange des deux formules. Cela explique la diversité de la terminologie, en lien avec des statuts, des formes d'indemnisation, des dispositions législatives. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour décrire cette nouvelle catégorie d'acteur social : tiers digne de confiance, aidant familial, aidant naturel, accompagnant, (étymologiquement « celui qui partage le pain... »), aidant informel, expression retenue par le Conseil de l'Europe... Cette définition a été choisie dans cette étude de Vie sociale, en privilégiant l'idée d'une modalité d'action certes inscrite dans le paysage de l'action sociale et médico-sociale, mais ne relevant pas de formes d'organisation structurées par des normes juridiques, ni même de conventions sociales assurant une standardisation quelconque. Les aidants sont dits informels parce qu'ils épousent des formes dans des espaces privés, dans des contextes relationnels singuliers qui échappent pour une grande part à la visibilité de ces autres aidants que sont les professionnels du soin et de l'accompagnement social. Ce thème appelle un nombre considérable d'interrogations qui expliquent la multiplication récente de publications de toute nature sur les

aidants. Le vieillissement de la population, la crise du système de protection sociale, la difficulté à traiter politiquement de la question de la dépendance au-delà de plans (Alzheimer, cancer...), la pression sociale visant la reconnaissance de l'aide informelle, la demande de formation et de professionnalisation constituent des éléments qui justifient la présente tentative d'y voir un peu plus clair dans ce numéro de Vie Sociale (4e de couverture.)

Vieillessement actif

Active ageing

52670

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CORSI (M.), SAMEK LODOVICI (M.)

Université Libre de Louvain. (U.L.B.). Solvay Brussels School of Economics and Management. Centre Emile Bernheim. (C.E.B.). Bruxelles. BEL

Active Ageing and Gender Equality.

Le vieillissement actif et l'égalité des sexes.

CEB Working Paper; 13/004

Bruxelles : ULB/CEB : 2013 : 43p.

Cote Irdes : En ligne

<https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/137877/1/wp13004.pdf>

Ageing is a distinctly gendered phenomenon, women being increasingly represented in the older cohorts of the European population, due to their longer life expectancy than men. Furthermore, gender differences and inequalities are a fundamental feature of social exclusion and poverty in old age. The twofold discrimination against older women workers based on gender and age stereotypes, combined with their greater vulnerability in the labour market caused by women-specific work trajectories (i.e. career breaks, part-time employment and the gender pay gap) compound with institutional arrangements in producing higher risks of poverty in old age for women than for men. While inadequate or obsolete skills remain the main barriers for older workers to remain in or re-enter the labour market, for women also unpaid work responsibilities (in particular care burdens) constitute severe constraints. Indeed crucial gender issues in old age relate to the role of older women as both major providers and users of care services. This paper discusses gender inequalities in old age

and analyses measures implemented in the main policy areas of active ageing (employment; training and life-long learning; volunteer/community work; age-friendly environment and supportive services), in order to identify effective strategies in a gender equality perspective

51424

OUVRAGE

AQUINO (J.P.) / préf.

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.

(M.S.C.S.). Officiel des Aînés. Paris. FRA

***2012 - l'année européenne du
vieillesse active - promouvoir la
solidarité intergénérationnelle.***

Paris : Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale :
2012 : 230p.

Cote Irdes : B7118

<http://www.officiel-aines.fr/>

Réalisé sous l'égide de l'association " L'officiel des Aînés ", cet ouvrage dresse un bilan réalisé sur le vieillissement à l'occasion de l'année européenne 2012 consacrée au vieillissement actif et à la promotion de la solidarité intergénérationnelle. Il s'articule autour de six thématiques : panorama et perspectives sur les personnes âgées, le " bien vieillir ", les rapports en enquêtes, les usagers, la prise en charge à domicile ou en institution, les agences, acteurs et sociétés savantes.

Inégalités de santé / Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

52741

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
JELOVAC (I.)

Comité National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.).
Groupe d'Analyse et de Théorie Economique (G.A.T.E.).
Ecully. FRA

Physicians' Balance Billing, Supplemental Insurance and Access to Health Care.

Dépassement d'honoraires, assurance complémentaire et accès aux soins de santé.

Documents de travail; WP 1305

Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique :
2013/01 : 17p.

Cote Irdes : en ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2215671

Some countries allow physicians to balance bill patients, that is, to bill a fee above the one that is negotiated with, and reimbursed by the health authorities. Balance billing is known for restricting access to physicians' services while supplemental insurance against balance billing amounts is supposed to alleviate the access problem. This paper analyzes in a theoretical setting the consequences of balance billing on the fees setting and on the inequality of access among the users of physicians' services. It also shows that supplemental insurance against the expenses associated with balance billing, rather than alleviating the access problem, increases it.

52143

RAPPORT

LEGROS (M.), BAUER (D.), GOYAUX (N.)

Groupe de travail Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins.

Paris : Ministère chargé de la santé et des affaires sociales :
2012/12 : 54p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000650/0000.pdf>

Destinés à préparer la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, les sept groupes de travail ont remis aux ministres concernés leurs préconisations pour l'élaboration du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Le groupe de travail "Santé et accès aux soins" propose de renforcer les différentes composantes du service public local afin de favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. De plus, il préconise une plus grande accessibilité financière au système de soins et de santé grâce à une diminution des "restes à charge" et une extension de la couverture maladie universelle et de la CMU complémentaire.

52128

RAPPORT

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

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2012.

Paris : HCAAM : 2012/12 : 123p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.securite-sociale.fr/Rapport-annuel-2012>

Le rapport annuel 2012 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie présente, tout d'abord, un volet sur l'accessibilité financière aux soins et des tableaux de bord financiers. Il comprend aussi des premiers éléments de réflexion sur les inégalités sociales de santé : problématique générale, indicateurs, liens entre inégalités sociales et inégalités de santé, mesure des inégalités sociales de santé par l'accès aux soins, relations inégalités territoriales et inégalités de santé. Il termine sur des comparaisons internationales et des éléments bibliographiques.

52038

OUVRAGE, CONGRES

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

L'accès aux soins : quel rôle pour la Mutualité, quel rôle pour les mutuelles ?

Actes du 40e congrès de la Mutualité française : Nice,
2012/10/18-20

Paris : FNMF : 2012/12 : 122p.

Cote Irdes : A4407

<http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise/Un-congres-national/Le-congres-2012-de-Nice>

Cet ouvrage rassemble les communications du 40^e congrès de la Mutualité Française, qui s'est tenu à Nice du 18 au 20 octobre 2012 sur le thème de l'accès aux soins, quel rôle pour la Mutualité ? Quel rôle pour les mutuelles ? Pour le président de la Mutualité Française, Etienne Caniard, l'un des principaux objectifs de ce congrès était la réduction des inégalités d'accès aux soins. Ce thème avait été choisi afin de déterminer comment la Mutualité, en tant que mouvement, et les mutuelles en tant qu'acteurs quotidiens de la santé des Français, pouvaient contribuer à réduire ces inégalité.

51782

RAPPORT, INTERNET

Royal College of Surgeons of England (R.C.S.E.). London. GBR

Access all ages. Assessing the impact of age on access to surgical treatment

Accéder à tous les âges : évaluation de l'impact de l'âge sur l'accès au soins chirurgicaux.

Londres : Royal College of Physicians: 2012: 52p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.rcseng.ac.uk/publications/docs/access-all-ages>

Ce rapport du Royal College of Surgeons of England (RCSE) analyse les variations des taux de traitement pour certaines interventions chirurgicales en fonction de l'âge et il cherche à en comprendre les raisons potentielles. Il formule 25 recommandations, regroupées en six domaines clés, afin que chaque personne puisse bénéficier de l'intervention appropriée, sans égard à son âge. Les recommandations mettent notamment l'accent sur l'information et la communication avec le patient, l'élaboration de directives pour promouvoir l'égalité et les soins de haute qualité.

51679

RAPPORT

FAHET (G.), CAYLA (F.), BARTHELEMY (A.I.), CORTY (J.F.), PAUTI (M.D.), TOMASINO (A.), VERON (P.)
Médecins du Monde Mission France. (M.D.M.).
Observatoire de l'Accès aux Soins. (O.A.S.). Paris. FRA

Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2011.

Paris : Médecins du Monde : 2012/10 : 215p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://17octobre.medecinsdumonde.org/downloads/rapport2012.pdf>

Ce rapport constitue le baromètre annuel de Médecins du Monde sur l'accès aux soins des plus démunis en France. Il souligne l'importante détérioration des conditions d'accès aux soins des populations précaires en France : Plus d'un tiers des patients vient se soigner tardivement par rapport aux soins qu'imposent leurs pathologies. 45% des femmes enceintes ont un retard dans leur suivi de grossesse ; 2 800 mineurs ont été accueillis dans les centres MdM en 2011 : leur nombre a augmenté de 48% depuis 2008; 72% des patients déclarent vivre à la rue ou dans un logement précaire. Une dégradation inquiétante des conditions de vie qui ont un impact sur la santé des plus démunis; Plus de 98% des personnes reçues vivent sous le seuil de pauvreté.

51662

RAPPORT

Union Française des Consommateurs. (U.F.C.) - Que choisir. Paris. FRA

Accès aux soins. L'UFC-Que Choisir présente la carte de l'intolérable fracture sanitaire.

Paris : UFC-Que Choisir ? : 2012/10 : 28p., tabl., cartes

Cote Irdes : En ligne

http://image.quechoisir.org/var/ezflow_site/storage/original/application/6503e07916a52ed82d1a08f1d41fd4c1.pdf

Souvent abordés séparément, l'accès géographique aux soins et les dépassements d'honoraires (qui ont doublé en 20 ans) sont pourtant étroitement liés, et viennent conjointement affaiblir l'égalité des Français devant le système de santé. A travers l'étude exhaustive de la localisation des médecins et des tarifs pratiqués pour 4 spécialités (généralistes, ophtalmologistes, gynécologues et pédiatres),

l'UFC-Que Choisir a mis au point une cartographie de l'offre médicale, commune par commune, en tenant compte de la capacité financière des usagers à se soigner. Et le résultat est sans appel : il existe une intolérable « fracture sanitaire ».

Enfants Children

52373

RAPPORT, INTERNET

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation - de l'Environnement et du Travail. (A.N.S.E.S.). Maisons-Alfort. FRA

Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents.

Maisons-Alfort : ANSES : 2012 : 252p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.anses.fr/Documents/NUT2012sa0085Ra.pdf>

La question des relations entre alimentation et niveau socioéconomique est peu étudiée chez les enfants et adolescents en France. L'expertise menée par l'Anses sur ce sujet montre une moins bonne qualité nutritionnelle de l'alimentation chez les enfants et adolescents issus de milieux défavorisés. Elle met aussi en évidence chez ces derniers une consommation plus faible de fruits et légumes et plus élevée de boissons sucrées. Le rapport montre toutefois une moindre consommation de certains produits sucrés (confiseries, gâteaux) chez les enfants et adolescents de milieux défavorisés. Il souligne également une consommation équivalente de poisson quel que soit le niveau socio-économique de ces enfants et adolescents. Plus que les critères de revenu, le niveau d'études des parents apparaît comme un facteur déterminant de la qualité de l'alimentation. Ainsi, à revenu équivalent, la qualité nutritionnelle augmente avec le niveau d'études des parents.

51443

OUVRAGE

GODEAU (E.) / dir., NAVARRO (F.) / dir., ARNAUD (C.) / dir. LE LUONG (T.) / préf., BLANQUER (J.M.) / préf. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

La santé des collégiens en France en 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Saint-Denis : INPES : 2012 : 258p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>

En France, la jeunesse est une priorité affichée du gouvernement. Depuis 1994, le réseau international de chercheurs Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) étudie les comportements de santé des adolescents de 11 à 15 ans, au moyen d'une enquête en population scolaire répétée tous les quatre ans. Ce sont les principaux résultats de l'enquête menée au collège en France en 2010 que nous présentons ici, articulés autour de quelques thématiques essentielles (bien-être, image de soi et poids, sommeil, engagement dans la sexualité, alcool, harcèlement...) et de leurs contextes (famille, école, pairs). Afin d'enrichir leur interprétation, ces résultats sont rapprochés de ceux des autres pays ayant participé à l'enquête ainsi que de ceux de la France lors de la précédente vague de l'enquête, en 2006. Les objectifs de cette publication et des travaux de recherche qu'elle expose seront atteints s'ils permettent aux décideurs et aux acteurs de terrain d'adapter au mieux les politiques publiques et les actions de prévention et de promotion pour la santé et le bien-être au collège et s'ils y contribuent à la réduction des inégalités de santé.

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

52700

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
ABASOLO (I.), TSUCHIYA (A.)
University of Sheffield. Department of Economics.
Sheffield. GBR

Egalitarianism and Altruism in Health: To What Extent are They Related?

Egalitarisme et altruisme en santé : dans quelle mesure sont-ils liés ?

Sheffield : University of Sheffield : 2013/01 : 20p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
http://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.217894/file/serps_2012026.pdf

The theoretical constructs of egalitarianism and altruism are different from each other, yet there may be associations between the two at the empirical level. This paper explores the empirical relationship between egalitarianism and altruism, in the context of health. A representative sample of the Spanish population was interviewed in 2004 (n=801). We specify a model that explains the propensity of an individual to be egalitarian in terms of altruism and other background characteristics. In this paper, individuals who prefer a hypothetical policy that reduces inequality in health outcomes over another that does not are regarded 'egalitarian'. 'Altruism' in the health context is captured by whether or not the same respondents are (or have been) regular blood donors, provided they are medically able to donate. Probit models are specified to estimate the relationship between egalitarianism and altruism, thus defined. Overall, 75% of respondents are found to be egalitarians, whilst 34% are found to be altruists. We find that, once controlled for background characteristics, there is a statistically significant empirical relationship between egalitarianism and altruism in the health context. In particular, altruist individuals have an 11% higher probability to be egalitarians than those who are not.

52162

DOCUMENT DE TRAVAIL
FLETCHER (J.), WOLFE (B.L.)
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Increasing Our Understanding of the Health-Income Gradient in Children
Une meilleure compréhension du gradient de la santé-revenu chez les enfants.

NBER Working Paper Series ; n° 18639
Cambridge : NBER : 2012/12 : (39p.),tabl., fig., annexes
Cote Irdes : en ligne
<http://www.nber.org/papers/w18639>

There have been numerous attempts to both document the income-health gradient in children and to understand the nature of the tie. This paper reviews and summarizes existing studies and then uses a unique school based panel data set from the US to attempt to further our understanding of the relationship. The long duration (5 observations, 9 years) allows us to add to the understanding of the pattern of the tie, through our ability to test for changes in health status and multiple measures of income, and the school-based nature of the data allow us to add community SES to the model. Increasing understanding of the income-health gradient may allow more effective targeting of interventions to decrease the gradient and hence decrease health disparities among children.

51495

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

Inégalités sociales de santé.

Saint Denis : INPES : 2012/02 : html
Cote Irdes : En ligne
<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/index.asp>

Cet espace d'information a pour objectif de mettre à disposition des professionnels de terrain travaillant dans le champ des missions de l'Inpes les principales connaissances et repères sur les inégalités sociales de santé. Les données présentées sont issues de travaux utilisés par des groupes d'experts dans le cadre de rapports nationaux ou internationaux. Elles sont déclinées en cinq parties : définition et concepts, situation des inégalités sociales de santé, les déterminants de la santé, recommandations et liens avec

les interventions, outils d'aide à la construction des actions, bibliographie et liens internet.

nombre de ménages et la destruction de recettes pour la collectivité (4e de couverture).

Non-recours Non-take up

52017

OUVRAGE

Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services.
(O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA

L'envers de la fraude sociale : le scandale du non-recours aux droits sociaux.

Paris : Editions de la Découverte : 2012 : 219p.

Cote Irdes : A4405

http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-L_envers_de_la_fraude_sociale_-9782707173706.html

Le discours sur la « fraude sociale » a marqué le quinquennat de Nicolas Sarkozy. Prétextant sauver la protection sociale des assistés et des tricheurs, ce discours a répandu l'idée que les droits économiques et sociaux se méritent et a inoculé une suspicion à l'encontre de leurs bénéficiaires légitimes. En martelant l'idée que le système est « fraudogène », il a prétendu que les droits ne sont pas une obligation et que les prélèvements les finançant ne sont pas un devoir, à l'inverse des principes qui fondent le modèle social français. Or, pour être juste et acceptable, la lutte contre la fraude doit éviter l'amalgame et la division, et participer à une politique générale d'accès aux droits sociaux. Car si la fraude à l'ensemble des prestations sociales est estimée à 4 milliards d'euros par an, son envers, à savoir le « non-recours » à ces aides de la part des très nombreuses personnes qui y ont droit, est bien supérieur. Ainsi, chaque année, 5,7 milliards d'euros de revenu de solidarité active, 700 millions d'euros de couverture maladie universelle complémentaire, 378 millions d'euros d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, etc., ne sont pas versés à leurs destinataires. C'est ce que démontre et interroge cet ouvrage, exemples, faits et chiffres à l'appui. Pour le collectif d'auteurs réuni ici, le nouveau gouvernement doit s'occuper prioritairement du phénomène du non-recours, car ce qui n'est pas dépensé n'est en rien une économie. Cela signifie au contraire l'appauvrissement de bon

Géographie de la santé / Geography of health

Démographie médicale Medical demography

52629

RAPPORT

MAUREY (H.) / rapp.

FICHET (J.L.) / prés.

Sénat. Paris. FRA

Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire

Paris : Sénat : 2013/02 : 133p., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201302/un_rapport_du_senat_formule_des_recommandations_pour_mettre_fin_aux_deserts_medicaux.html

Réalisé dans le cadre de la commission du développement durable, qui a notamment en charge les questions d'aménagement du territoire, ce rapport d'information du Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire fait le constat d'une situation inacceptable et qui ne va pas en s'améliorant - difficultés dans l'accès aux soins, inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins et baisse significative de la démographie médicale. Les sénateurs proposent plusieurs mesures radicales pour lutter contre le fléau des déserts médicaux. Ils évoquent notamment une extension aux médecins du conventionnement sélectif en fonction de la nature des zones d'installation ainsi que l'obligation pour les spécialistes, à la fin de leurs études, d'exercer pendant deux ans dans les hôpitaux sous-dotés. Ils ne croient plus aux mesures incitatives, qu'ils jugent opaques, complexes et inefficaces. Ils souhaitent fléchir l'installation des professionnels de santé vers des territoires délaissés, procédé qui a déjà été appliqué aux infirmiers en 2008 avec de bons résultats (un bond des installations de 33 % dans les déserts médicaux en trois ans). Mais tous les gouvernements ont reculé devant le poids électoral des médecins et les grèves des internes. Parmi les autres recommandations retenues : la nécessité d'intervenir dès à présent auprès des étudiants, afin de les prévenir que ce système pourrait être généralisé si les déserts médicaux s'étendent d'ici à la fin de la législature ; régionaliser le numerus clausus en fonction des besoins des territoires, alors qu'à

l'heure actuelle ce mécanisme ne définit les effectifs d'étudiants en médecine qu'au niveau national. Les autres propositions du groupe de travail sont plus consensuelles. Elles consistent notamment à encourager le travail en équipe et la coopération entre professionnels de santé, les nouvelles formes d'exercice, les transferts d'actes entre professions de santé, la télémédecine, l'allongement de la durée d'activité des médecins en exonérant les retraités actifs du paiement des cotisations d'assurance vieillesse, ou encore à réformer les études de médecine et à créer au niveau départemental une commission de la démographie médicale. Inutile de dire que le " brûlot du Sénat " a déclenché les foudres des syndicats de médecins libéraux, des étudiants et des internes.

52144

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

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

Le pacte territoire-santé pour lutter contre les déserts médicaux.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2012/12 : (11p.)

Cote Irdes : En ligne

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf

L'accès de tous les Français sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité est une priorité absolue pour le gouvernement. Depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs. Pour faire face à cet enjeu majeur, la Ministre a présenté un « pacte territoire-santé », composé de 12 engagements et d'une méthode volontariste. Les 12 engagements proposés s'articulent autour de 3 objectifs : Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé, Investir dans les territoires isolés.

Gouvernance Governance

51540

OUVRAGE
DUMONT (G.F.)

Diagnostic et gouvernance des territoires : concepts, méthode, application.

Paris : Armand Colin : 2012 : 299p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A4393

<http://www.amazon.fr/Diagnostic-gouvernance-territoires-application-ebook/dp/B008O66ERU>

Face aux enjeux de la mondialisation, de la décentralisation et du développement durable, l'appréhension des réalités territoriales est devenue plus complexe, et requiert de nouvelles méthodes. Établir des diagnostics complets, combinant des analyses de données quantitatives et des approches qualitatives, suppose d'abord de clarifier les concepts, et tout particulièrement celui de gouvernance. Alors que ce dernier reste encore trop souvent un mot-valise, cet ouvrage explique en quoi consiste la gouvernance territoriale et la manière dont il faut la décrypter. Ensuite, il propose une méthodologie claire et raisonnée de diagnostic des territoires : étude spatiale, conduite d'entretiens, constitution de grilles d'analyses... Il montre notamment comment effectuer des comparaisons pertinentes ; car tout diagnostic qui n'est que monographique reste incomplet. Mais que vaudrait la compréhension des concepts et la connaissance d'une méthode de diagnostic territorial comparée si elle n'était pas justifiée (ou démontrée car répétition si appliquée) ? Aussi ce livre propose-t-il une application approfondie à des villes françaises moyennes à dominante industrielle, comme Amboise, Annonay, Pont-à-Mousson, Vitré..., dont les résultats offrent des enseignements pouvant convenir à tout type de territoire. Un ouvrage indispensable pour les étudiants en géographie, en urbanisme et aménagement, ainsi que pour tous les acteurs impliqués dans le développement local des collectivités territoriales (4e de couverture).

Hôpital Hospital

52192

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

Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions.

Paris : ATIH : 2013/01 : 2 vol. (70; 138p.), tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009500002FF>

A la suite de la publication de l'analyse nationale de l'activité hospitalière 2011, ce rapport présente une étude comparative de l'activité hospitalière 2011 entre les régions. Cette étude est composée de deux tomes. Le premier compare l'activité hospitalière régionale selon différents critères : âge des patients, type d'hospitalisation, catégories d'activité de soins, etc. Il présente également les résultats d'une analyse exploratoire sur les relations entre les données d'activité hospitalières avec les données sur le contexte socio-démographique et sur les caractéristiques de morbidité et de mortalité des régions. Le deuxième tome, intitulé 'Atlas régional', est composé d'une fiche par région qui décrit l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein même d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé (ARS) apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins (Résumé de l'éditeur).

Milieu urbain
Urban area

52003

CHAPITRE, INTERNET
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 2010.

In : Observatoire national des zones urbaines sensibles
: rapport 2012.

La Plaine Saint Denis : ONZUS : 2012 : 147-156

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-onzus-2012.pdf>

Un peu plus de la moitié des habitants des Zus se déclarent en bonne ou très bonne santé. C'est moins que ce qui est observé au sein de leurs agglomérations. La population des Zus se caractérise par un recours moins fréquent au médecin spécialiste ; elle déclare plus fréquemment avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Elle dispose également moins souvent d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que ces quartiers accueillent des populations plus modestes. Les caractéristiques individuelles des habitants des Zus ne suffisent cependant pas à expliquer l'ensemble des écarts observés dans l'état de santé perçu : globalement un « effet quartier » demeure après prise en compte de la structure de la population.

Projets régionaux de santé
Health regional projects

51639

OUVRAGE
BASSET (B.), COLLIN (G.A.), MAIONE (E.)

Les projets régionaux de santé en France : ambitions et réalités.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2012 : 132p.

Cote Irdes : A4398

Clairement affirmé par la loi en 2009, le principe de régionalisation des politiques de santé est à l'origine du travail qui a abouti à la création des projets régionaux de santé (PRS). Pour la première fois, l'approche globale et transversale de la santé s'est traduite par une réflexion d'ensemble sur la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que sur l'accompagnement médico-social, afin de répondre aux besoins et aux parcours des personnes tout au long de leur vie. Cette innovation majeure a mobilisé l'ensemble de l'administration de la santé, ses partenaires et les usagers dans la réalisation d'un diagnostic régional, la définition des priorités stratégiques et le choix des actions à mener sur les territoires. Les PRS ont ainsi représenté pour tous un double défi : sur la méthode et les outils qu'il a fallu inventer pour cet exercice inédit, mais aussi sur le débat démocratique, condition nécessaire d'appropriation par les usagers, et donc de réussite. De par leurs fonctions et leur expérience, les auteurs se sont trouvés au cœur de la phase inaugurale d'animation des équipes nationales et régionales chargées de la conception des PRS. Ils décrivent et analysent en détail le processus d'élaboration des PRS et des différents volets qui les composent : plan stratégique régional de santé, schémas régionaux d'organisation, programmes territoriaux et contrats locaux... Ils dressent un premier bilan de cette expérience globalement réussie et formulent des propositions pour l'avenir. La multiplicité des obstacles à surmonter, les difficultés liées au poids de l'histoire et au mode de fonctionnement de l'administration imposent en effet d'en tirer des enseignements pour les prochains exercices (4e de couverture).

Systèmes d'information
Information systems

52366

OUVRAGE
MOINE (A.)

Le territoire : comment observer un système complexe.

Paris : Editions l'Harmattan : 2007 : 176p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4424

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=24552>

Ce livre présente une approche simple du concept de territoire, assimilé à un système au sein duquel différents acteurs interagissent en relation avec l'espace géographique. Il fournit les outils conceptuels et méthodologiques pour appréhender le fonctionnement des territoires, en reformulant leur structuration progressive afin de permettre leur observation. L'objectif de ce livre est de faciliter l'approche et la compréhension des territoires dans une perspective systémique moderne (4e de couverture).

enjeux théoriques et méthodologiques sont les plus grands. Par exemple, le manque d'échanges entre les physiciens ou mathématiciens qui conçoivent les modèles du changement climatique, et les SHS dédiées à l'impact territorial de ce changement climatique, se traduit par une insuffisante interaction entre les analyses globales et locales. Enfin, au-delà des disciplines scientifiques, comment les sciences du territoire devraient-elles se situer par rapport aux pratiques du développement territorial ? (4e de couverture).

52218

OUVRAGE, CONGRES

BECKOUCHE (P.) / dir., GRASLAND (C.) / dir., GUERIN-PACE (F.) / dir., MOISSERON (J.Y.) / dir.

Collège des Sciences du Territoire. (C.S.T.). Paris. FRA

Fonder les sciences du territoire.

Colloque fondateur du CIST. : 2012/11/27-29

Paris : Editions Karthala : 2012 : 293p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A4417

Le colloque « Fonder les sciences du territoire » a constitué le lancement scientifique du GIS-CIST (Collège international des sciences du territoire). Il devait répondre à cette question : nous savons que le territoire est au coeur d'un grand nombre des transformations des sociétés contemporaines, mais pour autant avons-nous raison de vouloir fonder les « sciences du territoire » ? Cela supposait de répondre à d'autres questions préalables : – sur la confrontation aux expériences interdisciplinaires étrangères dans le domaine. Si l'on veut constituer un réseau international, encore faut-il s'assurer de l'existence d'initiatives similaires à l'étranger et du degré de compatibilité avec elles ; – sur les thématiques des sciences du territoire, le GIS ayant lancé de premiers axes de travail mais devant rester ouvert à d'autres axes possibles ; – sur la nature de ces « sciences du territoire » : doivent-elles être conçues comme un champ multidisciplinaire, c'est-à-dire comme un ensemble de disciplines scientifiques que l'on confronterait pour comprendre, de manière minimalement harmonisée, la dimension territoriale de leurs objets propres ? Ou doit-on aller jusqu'à considérer qu'il s'agirait d'une discipline scientifique émergente, dont il faudra alors définir les concepts, les lois et les méthodes d'analyse ? Le spectre des disciplines concernées est large, très au-delà des Sciences humaines et sociales (SHS). Car c'est dans la confrontation des SHS avec les sciences de la vie et de la terre, les sciences de santé et les sciences de l'ingénieur (modélisation, systèmes complexes...) que les

Soins de santé primaires / Primary health care

Démographie médicale Medical demography

51684

RAPPORT, INTERNET
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)
Conseil National de l'Ordre des Médecins.
(C.N.O.M.). Paris. FRA

Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France. Situation au 1er janvier 2012.

Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins : 2012/10 : 107p., tabl., graph., cartes.

Cote Irdes : B7123
<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/etudes-et-enquetes-931>

Au nombre de 19 890 médecins titulaires d'un diplôme européen et extra-européen, ils représentent 7,4% de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de médecins. Parmi les 6 053 médecins nouvellement inscrits au cours de l'année 2011, 27% d'entre eux sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France. Ces derniers privilégient davantage l'exercice salarié que libéral. Surtout, aucun d'entre eux ne s'est installé dans une commune recensée comme étant déficitaire.

51683

RAPPORT, INTERNET
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)
Conseil National de l'Ordre des Médecins.
(C.N.O.M.). Paris. FRA

Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012. Tomes I et II.

Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins : 2012/10 : 2 vol. (277p.), tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : B7122
<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>

Ce rapport constitue la sixième édition de l'Atlas de la démographie médicale réalisé à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre des médecins au 1er janvier 2012. En dépit d'une hausse du nombre de médecins nouvellement inscrits, la problématique

du renouvellement des générations dans certains modes d'exercice demeure. Cette année, les Atlas analysent pour la première fois l'évolution de l'offre de soins en France sur les 5 dernières années et ses perspectives à l'horizon 2017.

Décision médicale Medical decision

51628

OUVRAGE
REACH (G.)
MENARD (J.) / préf.

L'inertie clinique : une critique de la raison médicale.

Paris : Springer : 2013 : 161p.

Cote Irdes : A4397

Pourquoi les médecins ne suivent-ils pas toujours les recommandations de bonne pratique de la médecine fondée sur les faits (evidence-based medicine) élaborée pour mettre en pratique les progrès issus de la recherche médicale ? Certes, il arrive souvent que la recommandation ne s'applique pas au cas singulier que le médecin doit traiter, mais ce n'est pas toujours le cas : on parle alors d'inertie clinique, phénomène mis en lumière depuis une dizaine d'années et représentant à l'évidence une barrière à l'efficacité des soins et un problème majeur de santé publique dont ce livre montre l'ampleur dans plusieurs domaines de la médecine. La constatation de l'existence de ce fossé entre les recommandations et la réalité oblige à reconsidérer la place du facteur humain dans la pratique médicale. L'analyse des causes montre que ce fossé résulte d'une divergence entre deux logiques lorsqu'il s'agit pour le médecin de mettre en oeuvre dans " la vraie vie ", c'est-à-dire dans le contexte à chaque fois unique du patient qu'il a en face de lui, cette nouvelle manière de faire la médecine : d'une part la logique objective, essentiellement statistique, des grands essais cliniques, d'autre part, la sienne propre, subjective, dont la richesse et la complexité, profondément humaines, sont décrites ici sous le nom de raison médicale. L'objectif de ce livre est de

montrer comment et à quel prix ces deux logiques peuvent être réconciliées (4e de couverture).

Equipe interprofessionnelle Interprofessional team

51789

RAPPORT
DINH (T.)

The Conference Board of Canada. Ottawa ON. CAN

Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 1 - Current Knowledge About Interprofessional Teams in Canada.

Amélioration des soins de santé primaires par la collaboration : synthèse 1 - Connaissances actuelles sur les équipes interprofessionnelles au Canada.

Ottawa : The Conference Board of Canada : 2012 : 31p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5157>

Compared with other developed countries, Canada's primary health care sector is inadequately supported and organized. Optimizing interprofessional primary care teams can help mitigate the economic burden of chronic conditions and comorbidities and improve the sustainability of the health care system. Although primary care reform over the past decade have improved team care-based, significant variability exists in IPC team model structure, function, funding, governance and maturity across and within provinces and territories.

51791

RAPPORT
DINH (T.)

The Conference Board of Canada. Ottawa ON. CAN

Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 2 - Barriers to Successful Interprofessional Teams

Amélioration des soins de santé primaires par la collaboration : synthèse 2 - Les obstacles au succès des équipes interprofessionnelles.

Ottawa : The Conference Board of Canada : 2012 : 13p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5181>

Barriers to collaboration impede the optimization of interprofessional primary care teams. Individual-level barriers include lack of role clarity and trust, and hierarchical roles and relationships. Practice-level barriers include lack of strong governance and leadership; difficulties in establishing appropriate skill mix and team size; and inadequate tools for communication. System-level barriers include inadequate interprofessional education and training, suboptimal funding models, and lack of appropriate monitoring and evaluation.

Etudes d'ensemble Global studies

51801

RAPPORT
KRINGOS (D.S.)

Netherlands Institute for Health Services Research. (N.I.V.E.L.). Utrecht. NLD

The Strength of Primary Care in Europe. La force des soins primaires en Europe.

Utrecht : NIVEL : 2012 : 314p., fig., tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>

This thesis aimed to get insight into the elements that form (the strength of) primary care (PC) in Europe, their determinants and their impact on health care system outcomes. The results strengthen the evidence-base for policymakers to prioritise PC strengthening on the health policy agenda and invest in improving the quality and completeness of PC information infrastructures, for funding agencies to invest in PC research, for researchers to further improve our understanding of the functioning of PC at macro, meso and micro level, and for PC professionals for the importance of their work for improving population health, reducing socio-economic inequality in self-assessed health and reducing avoidable hospitalizations. More specifically, we developed a Primary Care Monitoring Instrument

measuring the strength of 9 key PC dimensions with in total 99 indicators. The strength of PC is determined by the degree in which its key dimensions are developed in a health care system. The structure of PC consists of: 1. governance; 2. economic conditions; and 3. workforce development. The PC process is determined by: 4. accessibility; 5. continuity of care; 6. coordination of care; and 7. comprehensiveness of care. The outcome of PC includes at least: 8. quality of PC; 9. efficiency of PC. By applying all indicators in 31 European countries it became clear that the theoretical notion of 'PC strength' cannot be captured by one (summary) measure or score. It is possible to summarize the strength of PC at structure level by one score for each country, but the strength of PC at process level can only be measured by analysing each of the 4 process dimensions separately. We have shown variation in PC strength across Europe, indicating a discrepancy in the responsibility given to PC in (inter)national policy initiatives and the needed investments in PC to solve e.g. future workforce shortages. To improve PC performance management there is a need for countries to improve their PC information infrastructure. We found that the national political agenda, economy, prevailing values, and type of health care system are all important factors that can both favour and hamper the development of strong PC. For example, countries that have been governed by a predominantly left-wing government over the past years have a stronger PC structure, accessibility and coordination of PC. Strengthening PC is in the end a political decision which can only be taken if it is in line with prevailing values in a country. In terms of outcomes, we showed that currently, countries with relatively strong PC have higher total health care expenditures than countries with relatively weak PC in Europe. In financially flourishing times, the total health care expenditures will increase despite strong PC. The results confirm that strong PC has a positive impact on population health, reducing disparity in health, and avoiding unnecessary hospitalizations in Europe. This thesis shows that in the beginning of the twenty-first century strong PC in Europe seems to be conducive to reaching important health care system goals.

Médecine scolaire School health service

52058

RAPPORT, INTERNET

BRETON (X.), PINVILLE (M.)

Assemblée Nationale. Comité d'Évaluation et de Contrôle des Politiques Publiques. Paris. FRA

Rapport d'information sur la mise en oeuvre des conclusions du rapport d'information (n° 3968) du 17 novembre 2011 sur la médecine scolaire.

Paris : Assemblée nationale : 2012 : 39p.+ ann.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0350.pdf>

Le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) a déposé le 8 novembre 2011 un rapport d'évaluation (n° 3968) intitulé « Une médecine scolaire renforcée et rénovée au service de l'enfant ». Les rapporteurs désignés par le CEC avaient constaté la crise profonde rencontrée par la médecine scolaire, et appelaient de leurs vœux à la fois des mesures d'urgence et des orientations claires de la part des pouvoirs publics sur la place de la santé à l'école. Un an après la publication de cette évaluation, les rapporteurs ont dressé un bilan des mesures prises par le Gouvernement et identifié, dans la perspective d'évolutions législatives importantes pour l'éducation et la santé publique, les axes d'une politique rénovée de santé à l'école. Les rapporteurs proposent que la place de la santé à l'école fasse désormais l'objet d'une inscription dans la loi, en faisant de la promotion de la santé une composante du droit à l'éducation. Le contenu de cette mission de l'école devra être défini selon trois axes : la protection de la santé des élèves, l'insertion dans l'école et la réussite scolaire, et l'éducation à la santé et à la sexualité. En outre, les rapporteurs souhaitent que les volets de la politique de santé à l'école soient mis en cohérence au sein d'un parcours santé à l'école, qui regroupe toutes les actions susceptibles d'être mises en œuvre à l'échelle d'un établissement : bilans infirmiers, consultations médicales, avis portés par les psychologues scolaires, adaptations mises en place dans le cadre d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ou d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS), aides sociales... Cette proposition vise à recentrer la politique de santé à l'école sur la personne de l'élève, en mettant l'accent sur les inte-

ractions qu'il convient de développer au niveau des établissements scolaires entre les différentes prestations individuelles et collectives prévues par le code de l'éducation

Performance

Performance

51444

INTERNET, RAPPORT
Audit Commission. London. GBR

Right data, right payment: annual report on the Payment by Results (PbR) data assurance programme 2011/12.

Bonnes données, bon paiement : rapport annuel sur les données d'assurance du programme paiement à la performance (PbR).

Londres : Audit Commission : 2012 : 25p.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/Downloads/pbr2012.pdf>

This report presents the key findings from the 2011/12 programme, which includes reviews of commissioner arrangements to secure good data quality on the information that underpins PbR, audits of inpatient clinical coding and the key data set that supports payment under PbR at acute NHS trusts and foundation trusts, and following up on recommendations made in previous audits to see how well NHS trusts and foundation trusts have delivered.

Pratique professionnelle

Professional practice

51784

RAPPORT, INTERNET
RALEIGH (V.), FROSINI (F.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

Improving GP services in England : exploring the association between quality of care and the experience of patients.

Améliorer les services des médecins généralistes en Angleterre par l'exploration des liens entre qualité des soins et vécu des patients.

Londres : King's Fund Institute : 2012 : 18p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-gp-services-in-england-the-kings-fund-nov-2012.pdf

There are two key measures of the quality of health care GPs provide to their patients: the Quality and Outcomes Framework (QOF), which was designed to improve quality by rewarding GP practices for meeting performance thresholds across a range of indicators of clinical quality; patients' experiences of using their GP services, as measured by patient surveys on issues such as ease of making an appointment, information received from the practice, and consultations with staff. This paper examines whether or not patients' perceptions about the non-clinical aspects of the quality of care delivered by their GP practices are consistent with practice performance on measures of clinical quality. We also examine the nature of any associations. The analysis is based on 2010/11 data from more than 8,000 general practices in England.

51426

RAPPORT
Observatoire des métiers dans les professions libérales. (O.M.P.L.). Paris. FRA

Rapport d'activité 2011 de l'Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales.

Paris : Observatoire des métiers dans les professions libérales : 2012 : 28p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne
http://www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/fichiers_utilisateurs/fichiers/statistiques/rapport%20activit%C3%A9/RA_OMPL_2011%20final%20final.pdf

La baisse du nombre de cabinets médicaux constatée depuis une dizaine d'années s'est confirmée en 2011, selon le dernier rapport de l'Observatoire des métiers dans les professions libérales (OMPL). Sont principalement concernés les cabinets de généralistes. A contrario, preuve de l'attractivité de l'exercice groupé, ceux employant plus de dix salariés, essentiellement des cabinets d'électroradiologistes, sont de plus en plus nombreux. Aujourd'hui, la France comprend 38.000 cabinets médicaux, dont plus d'un tiers dans les régions Ile-de-France,

Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes et plus de 90% de moins de six salariés.

Relations médecin – malade
Physician-patient relationships

52314

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
De JAEGHER (K.)
Utrecht University. Utrecht School of Economics.
Utrecht. NLD. Koopmans Research Institute.
Utrecht. NLD

The value of private information in the physician-patient relationship: a game theoretic account.

La valeur de l'information privée dans le cadre de la relation entre médecin et patient : une explication par la théorie des jeux.

Discussion Paper Series 12-23

Utrecht : Tjalling C. Koopmans Research Institute. : 2012 : 29p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.uu.nl/SiteCollectionDocuments/REBO/REBO_USE/REBO_USE_OZZ/11-10.pdf

This paper presents a game-theoretical model of the physician-patient relationship. There is a conflict of interest between physician and patient, in that the physician prefers the patient to always obtain a particular treatment, even if the patient would not consider this treatment in his interest. The patient obtains imperfect cues of whether or not he needs the treatment. The effect is studied of an increase in the quality of the patient's private information, in the form of an improvement in the quality of his cues. It is shown that when the patient's information improves in this sense, he may either become better off or worse off. The precise circumstances under which either result is obtained, are derived.

Rémunération
Payment

51788

RAPPORT, INTERNET
APPLEBY (J.), HARRISON (T.), HAWKINS (L.), et al.
King's Fund Institute. Londres. GBR

Payment by Results: how can payment systems help to deliver better care?

Païement à la performance : dans quelle mesure les systèmes de paiement peuvent-ils aider à offrir de meilleurs soins ?

Londres : King's Fund Institute : 2012/11 : 48p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf

Based on a review of the English NHS experience of Payment by Results (PbR) and international experience of similar, activity-based payment systems, this report identifies five general lessons about payment systems, draws some conclusions about whether our current Payment by Results system is fit for purpose in view of current and future challenges and presents options for how reforms to PbR could be taken forward.

Réseaux de santé
Health networks

51650

RAPPORT, INTERNET
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA

Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?

Paris : DGOS : 2012 : 71p., fig., tabl. +annexes

Cote Irdes : C, En ligne

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

Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIQCS (Fonds d'intervention sur la qualité et la coordination des soins) (167M€ en 2011), désormais

intégré dans le FIR (Fonds d'intervention régionale). Alors que les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination, leur bilan est contrasté et il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement. Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc.) permettent de penser qu'à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes, il importe d'inscrire les réseaux de santé dans ces évolutions, afin d'une part, qu'ils favorisent cette intégration progressive et d'autre part, qu'ils interviennent en appui des acteurs pendant cette phase transitoire. Ce guide propose des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients. Il fournit un cadrage national pour accompagner l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service des équipes de proximité. Ce cadrage devra bien sûr être adapté en fonction des régions et des acteurs présents sur les territoires. Ce guide est un outil à visée opérationnelle, proposant des fiches pratiques sur les objectifs et les leviers à mobiliser pour accompagner les évolutions proposées, notamment en matière de contractualisation et d'évaluation. Il contient également quatre fiches documentaires élaborées à partir des retours d'expérience sur des réseaux répondant aux objectifs poursuivis par le présent guide.

<http://www.radcliffehealth.com/shop/companion-primary-care-mental-health>

Companion to Primary Care Mental Health is the result of a major collaboration of an international group of general practitioners, psychiatrists, policy-makers, mental health professionals and mental health advocates. This extraordinary guide provides the best available evidence for the management of patients with mental health conditions in primary care. It draws on the wisdom of a range of experts from primary and secondary care, who have translated information from the literature and their own clinical experience to apply it across the globe to everyday family practice. With the emphasis on practical application it presents family doctors and their teams with the evidence-based knowledge necessary to support the development of fully integrated systems to promote good mental health using tables and figures to illustrate complex matters. This includes the need to harness the wider determinants of health and mental health and to tackle stigma through advocacy, spirituality and ethical practice. The role of public health and the management of the many interfaces associated with providing good mental health are also covered. It includes tools for assessment, including classification and risk assessment, and the general principles required to enable a biopsychosocial approach to care. The book also considers the individual mental health conditions that family doctors and their teams are likely to encounter. As comorbidity and the management of complexity are very common in primary care mental health, these are also explored in the final chapters of the book (4e de couverture).

Santé mentale Mental health

51504

OUVRAGE

IVBIJARO (G.) / éd.

Companion to primary care mental health.

Le compagnon des soins primaires en santé mentale.

Londres : Radcliffe Publishing : 2012 : 30p.+375p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A4390

Hôpital / Hospital

Cancer Cancer

52103

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

***Du diagnostic au premier traitement :
délais de prise en charge des cancers
enregistrés par les registres spécialisés du
réseau Francim 1999-2008.***

Boulogne Billancourt : INCA : 2012 : 42p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.e-cancer.fr>

L'objectif principal de ce rapport est de présenter, à partir des données des registres spécialisés du réseau Francim, les délais de prise en charge pour les cancers du sein, du côlon, du rectum, de la thyroïde, des tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central et des hémopathies malignes les plus fréquentes, enregistrés selon la spécialisation de chaque registre, dans les départements du Calvados, de la Marne et des Ardennes, de la Côte-d'Or, du Finistère, de la Gironde et de la Saône-et-Loire. Par conséquent, ces données ne concernent que les départements couverts par les registres spécialisés. Elles ne peuvent en aucun cas être extrapolées au niveau national. Ces données sont présentées sous forme de tableaux accompagnés de quelques commentaires descriptifs. Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'un travail plus général sur les délais de prise en charge des cancers, en complément de deux autres études, une sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon (rapport paru en juin 2012) et une autre étude sur la prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (rapport à paraître début 2013). Une synthèse et une interprétation des résultats fournis par ces trois rapports seront ultérieurement effectuées.

Chirurgie ambulatoire Ambulatory surgery

51689

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

***Analyse de l'évolution de la chirurgie
ambulatoire 2007-2011 (Mise à jour
octobre 2012)***

Lyon : ATIH : 2012/10 : 10p., tabl., cartes

Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600004FF>

Cette analyse s'inscrit dans le cadre priorité du programme « gestion des risques » (GDR) et fait suite à l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Un premier état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire avait été élaboré sur la période 2007-2009. Cet état des lieux avait été complété par l'analyse de l'activité 2010 et présente désormais une actualisation 2011. Pour la réalisation de cet état des lieux, des indicateurs ont été définis. Ils sont de deux types : - des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région - des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7) calculés au niveau national et par région, avec une déclinaison par territoire de santé et par établissement.

Etudes d'ensemble Global studies

52186

OUVRAGE
GRANGER (B.), PIERRU (F.)

***L'hôpital en sursis. Idées reçues sur le
système hospitalier.***

Paris : le Cavalier Bleu : 2012 : 182p., annexes
Cote Irdes : A4413

L'hôpital public est en crise... Ce leitmotiv s'accompagne généralement de jugements définitifs tels que : " L'hôpital est mal géré ", " Les hôpitaux manquent de personnel ", " Le secteur privé à l'hôpital est une honte ", " Les hôpitaux de proximité disparaissent ", " Les urgences font de la bobologie ", etc. Touchant le système de santé publique, donc notre santé, ces idées reçues ont un écho d'autant plus fort que nous disposons rarement des connaissances suffisantes pour faire la part entre la polémique politicienne et la réalité. Regard croisé d'un praticien hospitalier et d'un sociologue spécialiste des systèmes de santé, cet ouvrage nous offre une analyse précise et complète, détaillant tant les aspects historiques, économiques que les comparaisons avec les autres pays, sans oublier la dimension humaine de la vie quotidienne de l'hôpital (4è de couverture).

51795

OUVRAGE, INTERNET

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

Le panorama des établissements de santé : édition 2012.

Paris : Drees : 2012 : 176p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>

Cet ouvrage présente à travers une quarantaine de fiches thématiques les principales données relatives au système hospitalier français portant sur l'année 2010 : équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Des dossiers permettent d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Le premier dossier retrace dix ans d'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour, le second s'intéresse à la mesure de la performance économique des établissements de santé.

Financement
Financing

51994

OUVRAGE

ACKER (D.), BENSADON (A.C.), LEGRAND (P.), MOUNIER (C.)

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

Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants.

Paris : IGAS : 2012 : 109p.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000345/index.shtml>

Selon les données 2010 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), si le nombre d'établissements publics de santé (toutes disciplines confondues) en déficit est en hausse, le déficit 2010 global réalisé est en nette réduction. Dès lors, si la situation financière de certains hôpitaux apparaît préoccupante, tous les établissements ne connaissent pas de difficultés de cette ampleur. Dans ce contexte, l'IGAS a inscrit dans son programme d'activité une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées, en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. Le rapport montre notamment que ces succès passent par la mobilisation de l'ensemble des moyens de gestion et la mise en oeuvre d'un management par la confiance autour d'objectifs partagés qui concernent autant la qualité des soins, la réponse aux besoins de santé du territoire que l'équilibre financier.

51674

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2012 : 145p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, en ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_10092012-2.pdf

Le Gouvernement présente au Parlement, chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé

incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés, les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, le processus de convergence des tarifs

Hospitalisation évitable Avoidable hospitalisation

51438

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
KATTERI (R.), ANIKEEVA (O.), BUTLER (C.), BROWN (L.) et al.
Primary Health Care Research & Information Service.
(P.H.C.R.I.S.). Flinders. AUS

Potentially avoidable hospitalisations in Australia : causes for hospitalisations and primary health care interventions.

Hospitalisations potentiellement évitables en Australie : causes des hospitalisations et interventions en contexte de soins de santé primaires.

Flinders : Primary Health Care Research & Information Service : 2012 : 87p.

Cote Irdes : En ligne
http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/news_8388.pdf

Ce rapport se concentre sur la réduction des hospitalisations potentiellement évitables chez les patients atteints de maladie chronique courante comme le diabète, la MPOC (maladie pulmonaire à structure dynamique) et les problèmes dentaires. Le rapport cible des programmes prometteurs pour réduire ces hospitalisations, mais note que les réductions ne sont pas nécessairement associées à de meilleurs résultats cliniques.

Performance Performance

51775

DOCUMENT DE TRAVAIL
GRAVELLE (H.), SANTOS (R.), SICILIANI (L.)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.).
York. GBR

Hospital Quality Competition Under Fixed Prices.

Concurrence en matière de qualité d'hôpitaux soumis à des prix fixes.

CHE Research Paper Series ; 80

York : University of York : 2012/11 : 45p., tabl., fig.

Cote Irdes : P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP80_hospital_quality_competition_fixedprices.pdf

The relationship between the quality of health care and the extent of competition amongst providers has been the subject of intense policy interest and debate. As part of the ESHCRU (Economics of social and Health Care research Unit) programme this study is undertaking a set of related investigations into this relationship in the hospital sector, in primary care (general practices) and in social care. This initial report on competition amongst hospitals reviews the theoretical economics literature on competition and quality, briefly describes the relevant empirical literature on: whether choice of hospital is influenced by quality; whether greater competition is associated with higher quality report on preliminary empirical analyses of the correlations amongst 16 hospital quality measures; the association between distance based measures of competition and these quality measures. It concludes by describing our future research suggested by the theoretical and empirical literature reviews and our initial empirical analyses.

51734

RAPPORT, INTERNET
LAUDICELLA (M.), LI DONNI (P.), SMITH (P.C.)
Imperial College of London Business School. Londres. GBR

Hospital readmission rates: signal of failure or success?

Les taux de réhospitalisation : signe d'échec ou de succès ?

Londres : Imperial college Business school : 2012 : 31p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/9224/1/Laudicella%202012-02.pdf>

Hospital readmission rates are increasingly being used as signals of hospital performance and a basis for hospital reimbursement. However for some interventions their interpretation may be complicated by differential patient survival rates after the initial intervention. If patient characteristics are not perfectly observable and hospitals differ in their mortality rates, then hospitals with low mortality rates are likely to have a larger share of un-observably sicker patients at risk of a readmission. Their performance on readmissions with respect to other hospitals will then be underestimated. We therefore examine hospitals' performance on readmission rates relaxing the assumption of independence between the data generating process for mortality and readmissions implicitly adopted in the vast majority of empirical applications. We use administrative data on emergency admissions for fractured hip in 290,000 patients aged 65 and over from 2003-2008 in England. We find strong evidence of sample selection bias in the identification of hospitals' performance on 28 days emergency readmissions when the residual correlation between mortality and readmissions is ignored. We use a bivariate sample selection model to allow for the selection process and the dichotomous nature of the outcome variables. Our study suggests that when, as in this example, the residual correlation is different from zero, inference from traditional models of hospital performance on readmissions might be invalid, and we offer a more appropriate method of inferring performance. The results have important implications for performance assessment and financial penalties related to readmissions.

Soins de suite et réadaptation Follow-up and rehabilitation

51511

CHAPITRE, INTERNET
Cour des Comptes. Paris. FRA

Les activités de soins de suite et de réadaptation.

In: Sécurité sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

Paris : Cour des Comptes : 2012/09 : 341-368, tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Securite-sociale-2012>

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objet de « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ». Dispensés en général au sortir d'une hospitalisation de court séjour dans un service de chirurgie ou de médecine, ils consistent en des actes de rééducation, de réadaptation à la vie quotidienne ou de surveillance médicale de la convalescence destinés à permettre aux patients de regagner dès que possible leur domicile ou d'être admis dans un établissement médico-social si leur situation le nécessite. Ce secteur de l'offre hospitalière regroupe près de 1800 établissements qui comptent 106 000 lits et places et accueillent chaque année, en hospitalisation complète ou partielle, un peu plus de 900 000 patients (36 millions de journées en 2010 pour une durée moyenne d'un mois environ). La Cour avait précédemment relevé le caractère méconnu de ces activités dont le développement était à la fois nécessaire et insuffisamment structuré. Depuis lors, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement ont été réformées et ce secteur a connu une expansion rapide. La dépense d'assurance maladie qui en résulte a crû de fait de près de 16 % entre 2007 et 2011. En 2012, son montant prévisionnel s'élève à 7,8 Md€, soit un peu plus de 10 % de l'enveloppe affectée à l'ensemble des établissements de santé ou encore un financement à peine inférieur à la contribution de l'assurance maladie aux établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Ce dynamisme a conduit les pouvoirs publics à annoncer une réforme du financement des SSR avec un passage à la tarification à l'activité (T2A). Dans ce contexte, les juridictions financières ont consacré en 2011 une enquête spécifique à ce secteur, qui a porté sur les établisse-

ments privés aussi bien que publics car les premiers représentent un peu plus de la moitié de l'activité. A l'égard du secteur public, elle a été menée conjointement par la Cour et quatorze chambres régionales des comptes auprès d'une cinquantaine d'établissements³²² et des agences régionales de santé (ARS) qui en assurent la tutelle et ont la responsabilité de la planification et de l'organisation de l'offre de soins. Il résulte de ces investigations le double constat d'une extrême hétérogénéité de ces activités en dépit de la réforme intervenue en 2008 pour mieux les spécifier et de leur très fort dynamisme, inégal cependant selon les catégories d'établissements (I). Ce rapide développement qui a fortement contrarié la maîtrise globale des dépenses d'assurance maladie n'a suscité que des réactions tardives des pouvoirs publics pour mieux réguler les capacités d'accueil et l'activité (II), alors même que restent encore à concevoir les voies et moyens d'un renforcement de l'efficacité globale de ce secteur (III).

Tarification hospitalière Hospital payment system

52295

RAPPORT

BRAS (P.L.), VIEILLERIBIERE (J.L.), LESTEVEN (P.)
Inspection générale des Affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris.
FRA

Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Tomes I et II.

Paris : IGAS : 2012 : 2vol. (116 ; 183p.), tabl., graph., annexes
Cote Irdes : B7133/1, B7133/2
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article286>

Dans ce rapport, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) analyse les mécanismes de financement que constituent d'une part la tarification à l'activité (T2A), dispositif mis en oeuvre à partir de 2005 et se substituant progressivement à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public, et d'autre part, la Classification commune des actes médicaux (CCAM), nouvelle classification introduite en 2005 pour décrire et tarifier les actes techniques des médecins. Le rapport est scindé en quatre parties : la partie 1 traite

de la tarification des séjours hospitaliers et concerne les ressources allouées, par le canal des tarifs, aux établissements de santé, publics et privés, dans le champ de la MCO, auquel s'applique T2A ; la partie 2 traite de la tarification des actes techniques à travers la CCAM, pour l'activité exercée par les médecins à titre libéral que ce soit en cabinet ou en établissement de santé ; la partie 3 traite de la tarification des actes cliniques, dans le contexte du projet de CCAM clinique consistant à développer une nomenclature fine, sur le modèle de la CCAM technique, dédiée aux actes cliniques (consultations, visites) ; la partie 4 traite de la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital, qui sont actuellement rémunérés sur la base des tarifs du secteur libéral. Ce rapport est complété par de nombreuses annexes et pièces jointes.

52294

RAPPORT

BRUANT-BISSON (A.), CASTEL (P.), PLANEL (M.P.)
Inspection Générale des Affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris.
FRA

Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé.

Paris : IGAS : 2012 : 97p.

Cote Irdes : B7132

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>

Ce rapport consacré à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé a été inscrit au programme d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales. Prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés à but lucratif, avec un double objectif : rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé ; instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.

Urgences
Emergency

51685

OUVRAGE

BLEMONT (P.), FAVIER (C.)

Permanences des soins et systèmes des urgences en France.

Paris : Berger-Levrault : 2012 : 346p., tabl., annexes

Cote Irdes : A4401

Ce livre fait le point sur les origines, les réformes nombreuses et importantes du service de permanence des soins et des urgences en France. Il décrypte les enjeux sous-jacents, propose une analyse critique des apports et carences de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et territoires) et formule des hypothèses d'évolution et de scénarii plausibles.

Professions de santé / Health professions

Orthophonistes Speech therapists

52106

RAPPORT , INTERNET
Observatoire National des Professions de Santé.
(O.N.D.P.S.). Paris. FRA

Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions.

Paris : ONDPS : 2012 : 95p., tabl., cartes, annexes

Cote Irdes : En ligne

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

Dans un contexte de forte évolution démographique de la profession, accompagnée d'importantes disparités géographiques ainsi que d'une importante augmentation de la demande, l'orthophonie s'exerce sous de statuts et des modes d'exercice variés : en hôpital, en établissement de réadaptation, en centre de rééducation du langage, à domicile ou en cabinet privé ; toutefois, les différences de pratiques et de conditions de travail selon les lieux d'exercice et les statuts ne sont pas forcément bien connues. Il en est de même des relations des orthophonistes avec les prescripteurs ou avec les autres professionnels de la rééducation. Aussi cette étude s'est-elle attachée à analyser la diversité des pratiques et les relations qui s'instaurent entre les différents professionnels qui interviennent auprès du patient dans le même champ, à savoir les déficiences et troubles de la communication humaine, afin d'apprécier la nature et la spécificité du rôle et des interventions des orthophonistes, d'identifier les attentes que développent les plus jeunes à l'égard de l'exercice de ce métier, enfin d'étudier les différents facteurs qui pourraient faire évoluer les rôles : modalités de la formation, évolutions techniques, possibilités nouvelles d'exercice, évolutions statutaires, réglementaires et organisationnelles (Résumé de l'éditeur).

Pharmaciens Pharmacists

52137

RAPPORT, INTERNET
Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne.
(G.P.U.E.). Bruxelles. BEL

Livre blanc de la pharmacie d'officine européenne. Contribution des pharmaciens à l'efficacité des traitements et à la performance des systèmes de santé en Europe.

Bruxelles : GPEU : 2012/10 : 19p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales/Livre-blanc-de-la-pharmacie-d-officine-europeenne>

Ce document présente la vision commune des pharmaciens d'officine européens sur l'avenir de leur métier. Celle-ci est présentée en quatre parties : la mise à disposition de médicaments toujours plus sûrs, le renforcement de l'efficacité des traitements par une prise en charge individualisée des patients, la participation aux actions de santé publique, la contribution à l'efficacité et à la qualité des systèmes de santé

Médicaments / Pharmaceuticals

Antibiotiques Antibiotics

51797

FASCICULE, INTERNET
TEILLANT (A.), RENAUDI (M.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA

Les bactéries résistantes aux antibiotiques.

Note d'analyse; 299

Paris : CAS: 2012/11 : 12p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

Depuis leur découverte et leur utilisation lors de la Seconde Guerre mondiale, les antibiotiques ont permis de faire considérablement reculer la mortalité par maladie infectieuse au cours du XXe siècle. Cependant, l'utilisation massive – et bien souvent irraisonnée – de ces “médicaments miracles”, chez l'homme comme chez l'animal, a conduit à l'apparition accélérée de bactéries résistantes aux antibiotiques. Combinée à la raréfaction des nouveaux antibiotiques mis sur le marché ces dernières années, cette augmentation des résistances bactériennes à l'échelle mondiale représente une menace majeure pour la santé publique. L'apparition récente de bactéries multi-résistantes (BMR) insensibles à la plupart, voire à tous les antibiotiques disponibles, fait craindre un retour à l'ère pré-antibiotique. D'ores et déjà apparaissent des cas d'impasses thérapeutiques, infections intraitables conduisant à l'amputation, voire au décès du patient. Le coût humain et économique des infections à BMR ne cesse de croître. La France, qui reste l'un des plus gros consommateurs d'antibiotiques en Europe en médecine humaine et vétérinaire, mène depuis les années 2000 des actions pour préserver l'efficacité des antibiotiques qui ont permis quelques progrès, mais beaucoup reste à faire. La situation sanitaire actuelle appelle au renforcement des mesures visant à diminuer la consommation d'antibiotiques – notamment des molécules de dernier recours – chez l'homme comme chez l'animal, et à développer de nouvelles stratégies anti-infectieuses.

Asthme Asthme

51543

RAPPORT, INTERNET
DELMAS (M.C.), FUHRMAN (C.)
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint-Maurice. FRA

Corrélations entre asthme déclaré et remboursements de médicaments dans l'enquête ESPS 2006 : Peut-on proposer des indicateurs de suivi de la prise en charge de l'asthme basés sur les remboursements de médicaments ?

Saint-Maurice : INVS : 2012 : 46p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2012/Correlations-entre-asthme-declare-et-remboursements-de-medicaments-dans-l-enquete-ESPS-2006>

De nombreuses études montrent que la prise en charge de l'asthme est insuffisante. Les données de remboursement de l'assurance maladie pourraient s'avérer intéressantes dans la surveillance de l'asthme. Cependant, contrairement aux données disponibles dans d'autres pays, les diagnostics portés lors des consultations de ville ne sont pas mentionnés. À partir des données l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006, la qualité d'indicateurs basés sur les remboursements de médicaments a été étudiée afin de proposer des indicateurs de surveillance de la prise en charge de l'asthme. L'enquête ESPS est conduite tous les deux ans auprès d'un échantillon de ménages dont l'un des membres est assuré social. Un appariement avec les données de l'assurance maladie de l'année en cours permet de récupérer les consommations médicales. En 2006, l'auto-questionnaire sur la santé a inclus un module sur l'asthme et un appariement complémentaire avec les données de remboursement de 2004 et 2005 a été effectué pour les personnes enquêtées affiliées au régime général. La validité de différents algorithmes basés sur les remboursements de médicaments pour identifier les asthmes (ou les asthmes persistants) a été étudiée en calculant la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive (VPP)

et négative (VPN) au regard des données déclarées par les personnes enquêtées. Les corrélations entre les remboursements de bronchodilatateurs de courte durée d'action (BDCD) inhalés et le contrôle de l'asthme ont également été étudiées. Il est difficile de définir un indicateur basé sur les consommations médicamenteuses qui ait à la fois une bonne VPP et une bonne sensibilité vis-à-vis de l'asthme persistant et, en conséquence, de proposer des indicateurs de surveillance de la qualité de la prise en charge des asthmes persistants. Il est donc proposé de suivre, à partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie, deux populations qui correspondent à deux situations de non-contrôle de l'asthme : - les forts consommateurs de BDCD et forts consommateurs de corticoïdes inhalés (CI) (asthmes difficiles à traiter) ; - les forts consommateurs de BDCD et non, ou faibles, consommateurs de CI (asthmes insuffisamment traités).

Industrie pharmaceutique Pharmaceutical industry

52691

OUVRAGE
BOUKRIS (S.)

La fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente.

Paris : Le Cherche Midi : 2013 : 236p.

Cote Irdes : A4427

Cet ouvrage évoque la 'médecine marketing' et montre comment on manipule médecins et malades en jouant sur les peurs, comment on médicalise nos vies pour pratiquer davantage d'exams biologiques, de radiographies et faire consommer toujours plus de médicaments. Transformer des sujets bien portants en malades potentiels, tel est l'objectif de certains secteurs médicaux, privés ou publics, qui transmettent un message trompeur, lequel engendre de l'anxiété et génère un gâchis financier (D'après la 4e de couverture).

Maladie iatrogène Iatrogenic disease

51539

OUVRAGE
EVEN (P.), DEBRE (B.)

Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux.

Paris : Le Cherche Midi : 2012/09 : 299p., index

Cote Irdes : A4392

http://www.cherche-midi.com/theme/Guide_des_4000_medicaments_utiles_inutiles_ou_dangereux-Professeur_Bernard_DEBRE_Philippe_EVEN_-9782749121413.html

Des dépenses de 1,3 à 2 fois supérieures à celles de tous les autres grands pays européens, soit 10 à 15 milliards d'euros jetés par les fenêtres, sans aucun bénéfice pour la santé, plus que le déficit de l'Assurance-maladie, aux dépens des véritables priorités : hôpitaux, maternités, infirmières, handicaps physiques et mentaux, dépendance et vieillesse. Ce guide s'adresse d'abord aux malades et aux praticiens pour les alerter et les éclairer sur l'efficacité réelle et les risques des médicaments. Ensuite aux politiques et aux agences qui autorisent les médicaments, accordent aux firmes des prix de vente exorbitants et remboursent les médicaments sans discernement. Cette politique n'est pas au service des malades et des citoyens qui paient, mais à celui de l'industrie pharmaceutique qui encaisse, alors que, depuis vingt-cinq ans, elle n'invente plus guère et est devenue la moins éthique et la plus lucrative de toutes les industries, confortée par le silence indifférent ou complice d'une grande part de l'élite médicale universitaire. La justice, la sécurité et la crise imposent de tailler à coups de serpe dans des dépenses injustifiées et des médicaments trop souvent dangereux (4e de couverture).

Marché Market

51665

RAPPORT, INTERNET
CAVALIE (P.)

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

Analyse des ventes du médicament en France.

St Denis : ANSM : 2012/10 : 21p., tab., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/
Rapports-Syntheses-Medicaments](http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Rapports-Syntheses-Medicaments)

Ce nouveau document, qui se substitue aux rapports d'analyse des ventes jusqu'à présent publiés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a pour objectif d'apporter une information complète, diversifiée et précise sur la consommation de médicaments en France, en ville comme à l'hôpital. La loi de financement de la sécurité sociale 2012 a modifié les modalités de déclaration auprès de l'ANSM des chiffres d'affaires réalisés par les entreprises pharmaceutiques. Aussi ce rapport s'attache-t-il principalement à présenter et à analyser les caractéristiques du marché 2011, sans détailler les tendances concernant les évolutions en valeur par classe thérapeutique. Ces tendances pourraient en effet être faussées car certains chiffres d'affaires ont été déclarés sur des bases tarifaires différentes des années précédentes. Pour certaines valeurs de l'année 2011, les données produites par le GERS (Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques) ont été utilisées. En revanche, les évolutions en quantités peuvent toujours être retracées avec les mêmes indicateurs qu'au cours des années précédentes.

Médicaments génériques Generic drugs

52622

OUVRAGE

IMBAUD (D.), MORIN (A.), PICARD (S.), TOUJAS (F.)

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

Évaluation de la politique française des médicaments génériques.

Paris : IGAS : 2012 : 150p.

Cote Irdes : C, B7136

La politique en faveur du développement des médicaments génériques, lancée en France au milieu des années 90, a connu un succès très important dans l'ensemble des pays occidentaux. Elle s'inscrit dans le cadre plus global de la maîtrise de la croissance des dépenses de médicaments au sein des dépenses de santé. Si l'utilisation des médicaments génériques a régulièrement augmenté depuis, elle connaît un ralentissement depuis 2008, en raison notamment de prises de position contradictoires concernant leur qualité. C'est dans ce contexte que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a évalué cette politique.

52107

RAPPORT

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

Rapport 2012 sur les médicaments génériques. 10 propositions pour restaurer la confiance.

Paris : FNMF : 2012/12 : 165p., tabl., fig., cartes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.mutualite.fr>

La Mutualité Française est engagée depuis plus de 30 ans en faveur des génériques. Elle publie aujourd'hui un rapport qui dresse un état des lieux de leur statut réglementaire, du droit des brevets à la délivrance par le pharmacien en passant par la fabrication du principe actif et les contrôles de qualité et de sécurité. Ce rapport met également en lumière le rôle des différents acteurs (industrie, médecins, pharmaciens, assurance maladie et patients) dans le développement des génériques. Enfin, ce rapport évoque la situation réglementaire et économique des biosimilaires. Forte de ces constats, la Mutualité

Française formule 10 propositions pour restaurer la confiance des professionnels de santé et des patients dans les médicaments génériques et éviter que les biosimilaires aient à souffrir des mêmes stratégies de dénigrement (Résumé de l'éditeur).

Prescription

Prescription

51726

OUVRAGE

SCHWABE (U.), PAFFRATH (D.)

Arzneiverordnungsreport 2012.

Rapport sur la prescription pharmaceutique 2012.

Heidelberg : Springer Medizin Verlag : 2012 : 1146p., tabl., index

Cote Irdes : SE (ALL) 2012

Publiée annuellement, cette brochure rassemble toute une série d'informations sur les médicaments en Allemagne, pour l'année 2011. Ces données proviennent des remboursements effectués par la GKV (l'ensemble des caisses d'Assurance maladie obligatoire allemande). Cet ouvrage contient à la fois : des données chiffrées très détaillées - conditionnement par conditionnement, en termes de dépenses et de quantités évaluées en DDD ; des analyses du marché pharmaceutique de l'année - arrivée de nouveaux produits, analyse générale du marché de l'année et analyse détaillée par classe thérapeutique ; des analyses de l'évolution du marché en mettant en regard tous les événements institutionnels de l'année écoulée. Cet ouvrage constitue l'ouvrage de référence du marché pharmaceutique allemand ; l'analyse de chaque classe thérapeutique est confiée à une personne spécialiste de la classe concernée.

51571

INTERNET, RAPPORT

FAROUDJA (J.M.) / rapp.

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

Paris. FRA

La prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien.

Paris : CNOM : 2012/09 : 105p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien_CNP_2012.pdf

Cette étude a pour but de situer exactement la place du médicament dans la relation incontournable et indispensable des acteurs de santé, au service du patient. Ce sujet très vaste sera volontairement limité aux aspects réglementaires, éthiques et déontologiques qui émaillent le parcours de la molécule, de sa conception aux effets attendus, ou à ceux qui le sont moins... entre les mains expertes de celui qui conçoit, de celui qui produit, de celui qui prescrit et enfin de celui qui délivre le médicament dans l'intérêt souverain du malade qui se soigne, ou consomme, selon le cas... (Résumé de l'éditeur).

Politique du médicament

Drug policy

51995

OUVRAGE

MAQUART (B.)

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

La suppression de la vignette pharmaceutique : évaluation des modalités de mise en oeuvre.

Paris : IGAS : 2012 : 64p.

Cote Irdes : C, B7137

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000532/index.shtml>

L'IGAS a étudié les modalités techniques et financières de suppression de la vignette pharmaceutique. Le rapport propose que le prix et le taux de remboursement, indiqués jusqu'ici en clair sur la vignette, soient à l'avenir imprimés sur une facture remise au patient, comme y procèdent de nombreux pays étrangers, et n'apparaissent ainsi plus sur la boîte elle-même. Le rapport explore les conséquences de ce changement, qui simplifie l'emploi du prix comme outil de régulation de la dépense pharmaceutique collective, tant pour les patients, que pour les pharmaciens d'officine, l'industrie pharmaceutique ou encore les autorités publiques.

Prix Pricing

52706

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
HOUEY (N.), JELOVAC (I.)
Comité National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.).
Groupe d'Analyse et de Théorie Economique (G.A.T.E.).
Ecully. FRA

Drug Launch Timing and International Reference Pricing

Délai de lancement d'un médicament et prix international de référence.

Documents de travail; WP 1301

Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique :
2013/01 : 26p.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2207816

This paper analyzes the timing decisions of pharmaceutical firms to launch a new drug in countries involved in international reference pricing. It shows three important features of launch timing when all countries reference the prices in all other countries and in all previous periods of time. First, there is no withdrawal of drugs in any country and in any period of time. Second, there is no strict incentive to delay the launch of a drug in any country. Third, whenever the drug is sold in a country, it is also sold in all countries with larger willingness to pay. It then shows that the three results do not hold when the countries only reference a subset of all countries. The first two results do not hold when the reference is on the last period prices only.

51673

RAPPORT
Centre Européen de la Consommation. (C.E.C.). Kehl. GER

Etude comparative du prix des médicaments entre la France et l'Allemagne.

Kehl: Centre Européen de la Consommation : 2012 : 32p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.europe-consommateurs.eu/fileadmin/user_upload/eu-consommateurs/PDFs/publications/etudes_et_rapports/medicaments-etude_complete-FR-FINAL.pdf

La présente étude consiste en une comparaison transfrontalière du prix des médicaments entre les deux rives du Rhin. Tout consommateur pourra grâce à cette étude comparer le prix des médicaments partiellement ou non remboursés dans son pays et constater s'il est utile de les acheter de l'autre côté de la frontière ; c'est notamment le cas pour les pilules contraceptives et les médicaments prescrits dans le cadre d'une procréation médicalement assistée très onéreux et non remboursés en Allemagne.

Régulation Regulation

51740

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
CARONE (G.), SCHWIERZ (G.), XAVIER (A.)
Commission Européenne. Direction Générale des Affaires Economiques et Sociales. Bruxelles. BEL

Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU.

Politique de maîtrise des dépenses publiques de médicaments dans l'UE.

MPRA Paper ; 42008

Münich : MRPA : 2012/09 : 65p.

Cote Irdes : en ligne

http://mpa.ub.uni-muenchen.de/42008/1/MPRA_paper_42008.pdf

This paper presents and evaluates pharmaceutical policies in the EU aimed at the rational use of medicines and at keeping pharmaceutical spending under control. Policy makers are growing more aware that by regulating pharmaceutical markets correctly, considerable savings can be achieved without compromising the quality of care. Specifically, the paper makes the case that, by following numerous best-practices in pharmaceutical sector regulations, the value for money of pharmaceutical consumption could be substantially increased. Appropriate regulations can be relevant for pricing, reimbursement, market entry and expenditure control, as well as specific policies targeted at the distribution chain, physicians and patients.

Technologies médicales / Medical technologies

Informatique médicale Medical informatics

52189

OUVRAGE

VENOT (A.) /éd.

BURGUN (A.) /collab., QUANTIN (C.) / collab.

Information médicale, e-santé. Fondements et applications.

Paris : Springer-Verlag France : 2013 : 525p., fig., annexes

Cote Irdes : A4416

L'informatique médicale est devenue au fil des années une vraie discipline scientifique dont les bases et applications sont enseignées non seulement dans tous les domaines de santé (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique, sciences sanitaires et sociales, école de soins infirmiers et de kinésithérapie, école de santé publique...) mais également dans de nombreux autres cursus (Sciences de la vie, Écoles d'ingénieur et d'économie, etc.). Ce livre est le fruit du travail collectif de nombreux auteurs appartenant principalement au Collège français des enseignants chercheurs de cette discipline. Il est composé de 19 chapitres qui comportent tous des objectifs pédagogiques, des conseils pour approfondir les connaissances dans le domaine et des exercices.

Ce troisième rapport présente une analyse par l'INCa de la situation de la radiothérapie en France en 2012, ainsi que ses principales évolutions depuis 2007. Il vise à porter un éclairage sur cette discipline et est destiné à l'ensemble des acteurs de la radiothérapie (professionnels et institutionnels), des patients et de leurs proches. Le rapport qui s'inscrit dans la mise en oeuvre du Plan cancer 2009-2013, détaille, sur la période 2007-2011, l'évolution des résultats concernant les plateaux techniques et les équipements, l'activité des centres, et le personnel. Il se fonde sur les résultats d'une enquête à laquelle 164 des 173 centres de radiothérapie français ont participé. Le nombre de patients traités par les centres enquêtés est passé de 14 500 en 2007 à 19 500 en 2011.

Radiothérapie Radiotherapy

52649

RAPPORT, INTERNET

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

Billancourt. FRA

Observatoire national de la radiothérapie - Rapport d'enquête : situation fin 2011 et évolution depuis 2007.

Boulogne-Billancourt : INCA : 2013/01 : 90p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9910-observatoire-radiotherapie-2012

Systèmes de santé étrangers / Foreign health systems

Angleterre England

52114

RAPPORT, INTERNET
WITTENBERG (R.), HU (B.), COMAS-HERRERA (A.)
The Nuffield Trust. Londres. GBR

Care for older people. Projected expenditure to 2022 on social care and continuing health care for England's older population.

Soins aux personnes âgées. Projection des dépenses pour 2022 en matière d'aide sociale et des soins continus de santé pour les personnes âgées en Angleterre.

Londres : The Nuffield Trust : 2012 : 14p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/121203_care_for_older_people_1.pdf

Social care is crucial to the welfare of many older people. Some 80% will need care in the later years of their lives (Department of Health, 2012). Meeting the need for social care is set to be more challenging in the decades to come, as the number of older people continues to rise and public expenditure continues to be constrained (Crawford and Emmerson, 2012). This report sets out projections of public expenditure on social care and continuing health care for people aged 65 or over in England from 2010 to 2022.

52028

RAPPORT, INTERNET
IMISON (C.)
King's Fund Institute. Londres. GBR

Future trends overview. Panorama des futures tendances.

Londres : King's Fund Institute : 2012/11 : 16p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/future-trends-overview.pdf

Ce document énumère quelques-unes des principales tendances qui pourraient modifier les systèmes de santé et de services sociaux au cours des 20 pro-

chaines années. Il en examine également les incidences afin de fournir une base aux réflexions et aux débats. Il est destiné aux décideurs politiques et aux responsables des soins de santé et services sociaux qui entreprennent une réflexion stratégique sur la manière dont les services devraient être réorientés.

Belgique Belgium

52666

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

Santé mentale et emploi : Belgique.

Paris : OCDE : 2013 : 139p.

Cote Irdes : En ligne

Les pays de la zone OCDE sont de plus en plus nombreux à reconnaître que la mauvaise santé mentale constitue un problème pour les politiques sociales et du marché du travail: elle génère en effet des coûts importants pour les personnes concernées, les employeurs et l'économie tout entière en se répercutant négativement sur l'emploi, en aggravant le chômage et en induisant des pertes de productivité. Face au défi que représente la mauvaise santé mentale au travail, le dispositif institutionnel de la Belgique possède des atouts importants, et ce pour trois raisons principales. En premier lieu, la législation du travail, très progressiste, met fortement l'accent sur la prévention des troubles mentaux; deuxièmement, les personnes souffrant de ce type de troubles perçoivent généralement des indemnités de chômage plutôt qu'une pension d'invalidité lorsqu'elles perdent leur emploi, ce qui maintient un lien étroit avec le marché du travail et facilite leur réintégration; enfin, le régime intégré de prestations de maladie et d'invalidité est idéal pour assurer le suivi des maladies, la rapidité des interventions et l'efficacité des mécanismes de retour au travail. Il n'en reste pas moins que le système actuel pêche au niveau de la mise en oeuvre, et qu'il reste à la fois passif et réactif; par ailleurs, il n'est pas exploité de manière à éviter

que les personnes atteintes de troubles mentaux se coupent du marché de l'emploi. Très prometteuse, la récente tentative de rapprochement effectuée par les services publics de l'emploi (surtout en Flandre) vis-à-vis du secteur de la santé mentale et d'autres systèmes de prestations, afin de mieux (ré-)intégrer les personnes qui présentent des troubles mentaux, devrait permettre d'améliorer la situation de ces personnes en matière d'emploi et de bien-être social. Il faudra que les employeurs, la médecine du travail et les sociétés d'assurance maladie (les mutualités) adoptent une approche plus proactive, et que se mettent en place des mécanismes de cofinancement systématique entre les différents secteurs, afin de concevoir des modèles de coopération et d'intégration des services. La réforme en cours dans le secteur de la santé mentale fournit l'occasion idéale d'intégrer les services de la santé et de l'emploi

52345

RAPPORT

VRIJENS (F.), RENARD (F.), JONCKHEER (P.), et al.
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles.
BEL, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé.
Bruxelles. BEL, Institut National Assurance Maladie-
Invalidité. (I.N.A.M.I.). Bruxelles. BEL, Institut Scientifique
de Santé Publique. (I.S.P.). Bruxelles. BEL

**La performance du système de santé
belge. Rapport 2012.**

Bruxelles : KCE : 2013 : 158p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/
KCE_196B_performance_systeeme_sante_belge.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_systeeme_sante_belge.pdf)

L'évaluation de la performance du système de santé (Health System Performance Assessment - HSPA) est un processus qui permet d'offrir un bilan global, une évaluation holistique du système de santé. En se basant sur des indicateurs mesurables, cet outil établit un lien entre les résultats relatifs à la santé et les stratégies et fonctions du système de santé. Ce rapport HSPA 2012 vise à examiner l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la durabilité et l'équité du système de santé belge. Il propose une photographie de cette performance au travers de 74 indicateurs. Les résultats ont été comparés avec ceux de 14 autres pays européens.

Ecosse

Scotland

52000

OUVRAGE

STEEL (D.), CYLUS (J.)

Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. EUR, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR

**Health system review : United Kingdom
(Scotland).**

*Revue du système de santé : Royaume-Uni
(Ecosse).*

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 :
150p., fig.

Cote Irdes : en ligne

[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/
177137/E96722-v2.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/177137/E96722-v2.pdf)

The health system in Scotland has increasingly diverged from that in England in the past decade, and substantial increases in funding have led to a significant growth in the clinical workforce. As a result, Scotland has made progress in terms of population health and the quality and effectiveness of care. However, a number of challenges remain – although life expectancy has improved, it remains below that in the rest of the United Kingdom. More progress is needed to close the gap in health status between Scotland and other developed countries.

Etats-Unis

United States

52183

RAPPORT

WITMEUR (R.), DESIR (D.), HUT (F.)

Centre de Recherche et d'Information Socio-Politiques.
(C.R.I.S.P.). Bruxelles. BEL

La réforme Obama du système de santé.

Courrier hebdomadaire ; 2160-216.

Bruxelles : CRISP : 2010 : 99p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B7131

[http://www.crisp.be/2012/12/la-reforme-obama-du-
systeme-americain-de-soins-de-sante/](http://www.crisp.be/2012/12/la-reforme-obama-du-systeme-americain-de-soins-de-sante/)

Le système de soins de santé en vigueur aux États-Unis suscite de nombreuses interrogations en Europe. Il est le plus cher et le plus complexe de tous les pays de l'OCDE sans être pour autant l'un des plus performants, ni en termes de santé publique, ni en termes de qualité des soins ou d'accessibilité. L'élection présidentielle américaine du 6 novembre 2012 a attiré l'attention des Européens sur les réformes introduites par Barack Obama lors de son premier mandat, et que souhaitait abroger le Parti républicain représenté par Mitt Romney. La victoire démocrate assure le maintien de la loi du 23 mars 2010, surnommée Obamacare, qui oblige la plupart des Américains à s'assurer avant 2014. Pour atteindre cet objectif, des subventions sont accordées aux citoyens à bas revenus et les compagnies d'assurance ne peuvent plus refuser de couvrir une personne en raison de ses antécédents médicaux. La réforme devrait coûter 940 milliards de dollars sur dix ans. Après avoir présenté le système de soins de santé américain et ses réformes en cours, ce Courrier hebdomadaire analyse les implications politiques, sociales, fiscales, budgétaires et culturelles de la réforme menée par Barack Obama, non seulement pour les États-Unis mais également pour la planète entière. Outre ses effets en politique intérieure, l'Obamacare aura des répercussions internationales en raison du leadership scientifique et technologique des États-Unis dans le domaine médical.

51766

DOCUMENT DE TRAVAIL
HANSEN (G.D.), HSU (M.), LEE (J.)
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Health Insurance Reform: The Impact of a Medicare Buy-In.

La réforme de l'assurance maladie : l'impact de l'implication du Medicare.

NBER Working Paper Series ; n° 18529
Cambridge : NBER : 2012/11 : 32p., fig., graph
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.nber.org/papers/w18529>

The steady state general equilibrium and welfare consequences of health insurance reform are evaluated in a calibrated life-cycle economy with incomplete markets and endogenous labor supply. Individuals face uncertainty each period about their future health status, medical expenditures, labor productivity, access to employer provided group

health insurance, and the length of their life. In this environment, incomplete markets and adverse selection, which restricts the type of insurance contracts available in equilibrium, creates a potential role for health insurance reform. In particular, we consider a policy reform that would allow older workers (aged 55-64) to purchase insurance similar to Medicare coverage. We find that adverse selection eliminates any market for a Medicare buy-in if it is offered as an unsubsidized option to individual private health insurance. Hence, we compare the equilibrium properties of the current insurance system with those that obtain with an optional buy-in subsidized by the government, as well as with several types of health insurance mandates.

51551

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

Health, United States, 2011. With Special Feature on Socioeconomic Status and Health.

La santé aux Etats-Unis 2011. Avec un dossier spécial sur les liens entre la situation socio-économique et l'état de santé.

Hyattsville : CDC - NCHS : 2012 : xx+566p., tabl., fig., index
Cote Irdes : c, SE (USA) 2011
<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus11.pdf>

The Health, United States series presents an annual look at national trends in health statistics. The report contains a Chartbook that assesses the Nation's health by presenting trends and current information on selected measures of morbidity, mortality, health care utilization, health risk factors, prevention, health insurance, and personal health care expenditures. This year's Chartbook includes a Special Feature on Socioeconomic Status and Health. The report also contains 151 Trend Tables organized around four major subject areas: health status and determinants, health care utilization, health care resources, and health care expenditures.

51507

RAPPORT, INTERNET
DENAVAS-WALT (C.), PROCTOR (B.D.), SMITH (J.C.)
US Census Bureau. Washington DC. USA

Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2011.

Revenu, pauvreté et couverture par une assurance maladie aux Etats-Unis : 2011.

Washington : US Printing Office : 2012/09 : 89p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.census.gov/prod/2012pubs/p60-243.pdf>

The U.S. Census Bureau announced today that in 2010, median household income declined, the poverty rate increased and the percentage without health insurance coverage was not statistically different from the previous year. Real median household income in the United States in 2010 was \$49,445, a 2.3 percent decline from the 2009 median. The nation's official poverty rate in 2010 was 15.1 percent, up from 14.3 percent in 2009 - the third consecutive annual increase in the poverty rate. There were 46.2 million people in poverty in 2010, up from 43.6 million in 2009 - the fourth consecutive annual increase and the largest number in the 52 years for which poverty estimates have been published. The number of people without health insurance coverage rose from 49.0 million in 2009 to 49.9 million in 2010, while the percentage without coverage - 16.3 percent - was not statistically different from the rate in 2009. This information covers the first full calendar year after the December 2007-June 2009 recession. See section on the historical impact of recessions. These findings are contained in the report *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*. The following results for the nation were compiled from information collected in the 2011 Current Population Survey (CPS) Annual Social and Economic Supplement (ASEC).

Europe
Europe

52739

OUVRAGE, INTERNET
PALM (W.) / éd., GLINOS (I.A.) / éd., RECHEL (B.) / 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

Building European reference networks in health care. Exploring concepts and national practices in the European Union.

Instaurer des réseaux européens de référence dans le domaine des soins de santé. Explorer les concepts et les pratiques nationales dans l'Union européenne.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013/01 : xiv +83p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne
<http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/building-european-reference-networks-in-health-care.-exploring-concepts-and-national-practices-in-the-european-union>

Conformément à la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le développement de réseaux européens de référence a été promu comme l'un des principaux domaines de la coopération transfrontalière entre les États membres. Ces réseaux visent à améliorer l'accès aux soins de santé spécialisés et de qualité élevée et la prestation de tels soins à tous les patients qui en ont besoin, et à constituer des points focaux en matière de formation et de recherche médicales ainsi que de diffusion de l'information et d'évaluation, en particulier pour les maladies rares. L'idée de mutualiser les ressources de cette manière s'apparente aux efforts visant à concentrer les services spécialisés de soins de santé en raison des contraintes financières, des pénuries de main-d'œuvre et de l'attention croissante portée à la qualité et à la sécurité. Cet ouvrage examine le mode de développement des réseaux de référence dans les pays européens, le type de pathologies ou d'interventions concerné, les motivations derrière leur mise en place, les processus réglementaires et administratifs en cause, ainsi que les dispositions financières nécessaires. Cette étude met en évidence les principaux défis et implications politiques liés à l'instauration du concept des réseaux de référence

aux niveaux national et européen, et aidera les responsables politiques, les professionnels de la santé, les administrateurs et d'autres personnes concernées à la mise en œuvre de la directive.

Études comparées Comparative study

51796

RAPPORT, INTERNET
THOMSON (S.), OSBORN (R.), SQUIRES (D.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA

International Profiles of Health Care Systems 2012.

Profil international des systèmes de santé 2012.

New York : The Commonwealth Fund : 2012 : 111p., tabl.

Cote Irdes : En ligne
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf

This publication presents overviews of the health care systems of Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan, Iceland, 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, care coordination, 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.

Irlande du Nord Northern Ireland

51999

OUVRAGE
O'NEILL (C.), MCGREGOR (P.), MERKUR (S.)
Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. EUR, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR

Health system review: United Kingdom (Northern Ireland).

Revue du système de santé : Royaume-Uni (Irlande du Nord).

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 : 90p., fig.

Cote Irdes : en ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/177136/Northern-Ireland-HiT.pdf

The organization of the NHS in Northern Ireland is radically different to that in England, despite superficial similarities. A crucial difference is the commissioning of hospital services. In Northern Ireland, unlike in England, there is no competition between trusts, and this has two implications: funds to hospitals are distributed geographically, based on a formula designed to ensure horizontal equity, and there is no market pressure on individual hospitals and control is bureaucratic, with the emphasis being on consultation and cooperation among health and social care bodies. Without competition, effective control over the system requires information and transparency to ensure provider challenge, and a body outside the system to hold it to account. The restoration of the locally elected Assembly in 2007 has created such a body, but it remains to be seen how effectively it will exercise accountability.

Pays de Galle
Wales

52001

OUVRAGE

LONGLEY (M.), RILEY (L.), DAVIES (P.), et al.

Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. EUR, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR

Health system review : United Kingdom (Wales).

Revue du système de santé : Royaume-Uni (Pays de Galles).

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012 : 84p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/177135/E96723.pdf

For several decades, Wales had a health system largely administered through the United Kingdom Government's Welsh Office. From 1999, responsibility for most aspects of health policy was devolved to Wales, resulting in increasing differences between the policy approach and framework in England and Wales. Health services in Wales are financed almost entirely out of general taxation and are therefore, largely free at point of use. This report reveals a system that generally provides high quality services and health outcomes facilitated by substantial real growth in health spending, although health inequalities still remain resistant to improvement. However, with the change in the financial climate, Wales is now facing a severe reduction in expenditure, and there is some concern that the health system is not financially sustainable in the longer term unless additional funds can be found to meet rising demands

Pays émergents
Emerging countries

52055

FASCICULE, INTERNET

COLLOMBET (C.), LENSING-HEBBEN (C.)

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Département Questions Sociales. Paris. FRA

La protection sociale dans les BRICS.

Note d'analyse; 300

Paris :CAS : 2012/11 : 12p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/content/protection-sociale--brics-na-300>

Les BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) ont connu au cours des dernières années un développement rapide de leur protection sociale, chacun selon une voie spécifique: systèmes d'assurance en Chine, système d'assistance très développé en Afrique du Sud – avec des minima sociaux couvrant une large part de la population –, système de transferts de revenus conditionnels au Brésil, etc. Cette évolution n'est pas exceptionnelle parmi les pays émergents, mais la taille des BRICS lui donne une signification particulière. L'idée de " socle de protection sociale ", qui a fait l'objet de la recommandation n° 202 de l'Organisation internationale du travail (OIT) en juin 2012, selon laquelle tout pays doit se doter d'une couverture santé universelle et d'un filet de sécurité pour les plus pauvres, en est ainsi crédibilisée. La diversité des expériences des BRICS conforte aussi l'idée que le " socle " n'est pas un modèle unique, mais un objectif qui peut être atteint par une pluralité de voies. La poursuite du développement de la protection sociale dans les BRICS supposera cependant de faire face à des défis importants, notamment en matière de financement et d'inclusion des travailleurs du secteur informel. Les réformes récentes intervenues dans ces pays ont esquissé les réponses à ces défis : développement de logiques non contributives ou semicontributives pour permettre aux travailleurs exclus de la protection sociale d'y entrer, conditionnalité des prestations pour modifier les comportements, formes originales de partenariats entre acteurs publics et privés, ou encore recours à des programmes de travaux publics pour garantir un minimum de revenus. La France et l'Union européenne peuvent jouer un rôle important en termes de coopération pour aider les BRICS à relever ces défis.

Royaume Uni
United Kingdom

51565

OUVRAGE

THOMSON (S.), FOUBISTER (T.), MOSSIALOS (E.),
MCGUIRE (A.)

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

***Private Health Insurance in the United
Kingdom.***

Assurance maladie privée au Royaume-Uni.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2006 :
19p.+125p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98422/Private_Medical_Insurance_UK.pdf

This study provides a descriptive overview of the market for supplementary voluntary health insurance (VHI), or private medical insurance (PMI), in the United Kingdom. The structure of the study reflects the three principal dimensions of the market: the product (Chapter 2), demand (Chapter 3) and supply (Chapter 4). An appendix discusses the market for health cash plans, an alternative type of private medical expenses cover with a relatively broad take-up. The Introduction provides the background necessary for understanding the nature and role of the market for PMI.

Prévision-évaluation / Prevision-evaluation

Dépenses de santé Health expenditures

51780

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

A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods.

*Une analyse comparative des modèles de
prévision des dépenses de santé.*

OECD Health Working Paper; 59

Paris : OCDE : 2012/10 : 117p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://dx.doi.org/10.1787/5k912j389bf0-en>

Concerns about health care expenditure growth and its long-term sustainability have risen to the top of the policy agenda in many OECD countries. As continued growth in spending places pressure on government budgets, health services provision and patients' personal finances, policy makers in OECD countries have launched forecasting projects to support policy planning. This study presents a comparative analysis of health expenditure forecasting methods through examination of leading methods that have been used by health policy makers. Methods reviewed were selected on the basis of demonstrated institutional or governmental participation in the model development and/or policy applications of the model. The study aims to identify good practices in the development of health-spending forecasting models that can be shared among OECD countries. In so doing, it has the potential to enhance transparency and support improvement in future health expenditure modelling exercises. Section two of this paper describes the criteria for model selection and evaluation, and the review process. Section three discusses the policy questions that have been explored with forecasting models and provides an overview of some of the answers. More specific information on the classes of forecasting methods available to address these policy questions and their relative strengths and weaknesses is provided in Section four. Section five reviews the projected variables,

and the time horizon of projections. The drivers of health spending growth that have been included in forecasting models and the assumptions associated with these drivers are discussed in Section six. This is followed by a discussion in Section seven of the criteria to assess the performance of forecasting methods. The conclusions point to next steps in the development of decision-support forecasting tools.

Innovation technologique Health technologies

51779

RAPPORT, INTERNET
NIESSEN (L.W.), BRIDGES (J.), LAU (B.D.) et al.
US Department of Health and Human Services. Agency
for Healthcare Research and Quality. (A.H.R.Q.). Rockville.
USA

Assessing the Impact of Economic Evidence on Policymakers in Health Care - Systematic Review.

*Evaluation de l'impact des résultats économiques
sur les décideurs politiques en matière de soins de
santé. Une revue systématique.*

Rockville : AHRQ : 2012 : 44p., tabl.+annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/483/1300/Assessing-the-Impact-of-Economic-Evidence_FinalReport_20121023.pdf

Many health care experts are demanding greater use of economic evidence in the assessment of new and existing health technologies. The aim of the study is to assess whether and how economic evidence has an impact on health care decision making in the United States and in other countries and to identify antecedents or obstacles for use in health policy.

Personnes handicapées *Disabled persons*

52624

RAPPORT

VACHEY (L.), VARNIER (F.), JEANNET (A.), AUBURTIN (A.), FOULQUIER GAZANE (C.M.)
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA,
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement.

Paris : IGAS : 2012 : 505p.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000638-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees-offre-et-besoins-modalites-de>

Les ministres en charge du budget et de la solidarité ont confié à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances une mission portant sur les établissements et services pour personnes handicapées, plus particulièrement sous l'angle de deux thèmes : l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part. Le rapport revient sur le contexte dans lequel s'inscrit cette mission, marqué par de profondes réformes en faveur des personnes handicapées au cours des dix dernières années : loi du 2 janvier 2002 qui, tout en redéfinissant les relations entre les établissements et les pouvoirs publics, a renforcé le droit des personnes accueillies ; loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a modifié la vision de la place des personnes en situation de handicap dans la société ; mesures visant à augmenter la capacité d'accueil des personnes handicapées dans le cadre du "programme pluriannuel de création des places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008 - 2012". Le rapport propose une série de mesures, notamment la création d'un outil partagé d'évaluation des lourdeurs des prises en charge afin de mieux adapter l'offre aux besoins des personnes, ainsi que des propositions de méthode pour conduire une réforme du financement des établissements et services (Résumé d'auteurs).

Pharmacie hospitalière *Hospital pharmacy*

51993

OUVRAGE

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

Évaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé.

Paris : IGAS : 2012 : 94p.

Cote Irdes : C, B7126

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000430/index.shtml>

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a inscrit à son programme d'activité pour l'année 2011 l'évaluation du dispositif spécifique de financement des médicaments innovants et onéreux dans les établissements de santé. Ce dispositif a été mis en place en 2004, lors de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité (T2A) pour garantir à tous les patients un accès à ces médicaments (et à certains dispositifs médicaux). Ce rapport s'interroge à la fois sur les fondements de ce dispositif et sur les améliorations à y apporter : les médicaments en question sont-ils réellement innovants et cela justifie-t-il leur niveau de prix ?

Politique publique *Public policy*

52664

RAPPORT, INTERNET

Cour des Comptes. Paris. FRA

Le rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes. 3 tomes.

Paris : Cour des comptes : 2013/02 :

657p.+547p.+605p.+68p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000102/0000.pdf>

La Cour des comptes a rendu, le 12 février 2013, son rapport public annuel (RPA). Le premier tome

comporte les observations et recommandations de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC) sur des sujets traités en 2012. Dans le domaine de la santé, on retiendra la réforme qualifiée d'inaboutie du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, les restructurations hospitalières, avec trois illustrations des difficultés rencontrées, la lutte contre la maladie d'Alzheimer, une politique de santé publique à consolider, et enfin le RSA (Revenu de solidarité active) « activité », une prestation peu sollicitée à l'impact restreint, et dont les lacunes sont déjà bien identifiées. Le deuxième tome est consacré aux suites données par les institutions et organismes contrôlés aux observations et recommandations formulées les années précédentes. Dix ans après un précédent rapport portant sur la gestion du risque AT-MP (Accidents du travail - Maladies professionnelles), la Haute juridiction financière est revenue sur ce thème, analysant le rôle spécifique de la branche dans la prévention des risques professionnels. Autre sujet, les téléservices publics de santé. La Cour déplore une nouvelle fois des problèmes de gouvernance, l'absence particulièrement anormale de stratégie dans le déploiement du dossier médical personnel (DMP) et souligne qu'il est à ce stade impossible d'évaluer l'efficacité du DMP, faute d'un volume suffisant de documents saisis dans les dossiers. Alors qu'elle constate « une forte dynamique » des téléservices, la Cour critique la complexité du pilotage assuré par l'Etat (pas moins de trois maîtrises d'ouvrage stratégiques), et un manque de concertation de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) avec les autres régimes dans la mise en oeuvre d'une plateforme de téléservices.

52032

RAPPORT, INTERNET

MENDELL (A.), DYCK (L.), NDUMBE-EYOH (S.), et al.
National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
(N.C.C.H.P.P.). Montréal. CAN, National Collaborating
Centre for Determinants of Health. (N.C.C.D.H.).
Montréal. CAN

Tools and Approaches for Assessing and Supporting Public Health Action on the Social Determinants of Health and Health Equity

Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé .

Montréal : NCCHPP : 2012 : 22p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ncchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCHPP.pdf

Divers outils d'évaluation d'impact ont été utilisés depuis de nombreuses années pour déterminer les effets des mesures prises par les secteurs public et privé en matière de santé humaine ou d'environnement. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a établi une comparaison entre quatre principaux types d'évaluation d'impact utilisés au Canada pour aider les parties prenantes en santé publique et d'autres secteurs à choisir les outils et approches les plus appropriés pour évaluer les répercussions de diverses politiques publiques. Le présent guide présente les outils et approches utilisés spécifiquement pour réduire (ou du moins, pour éviter d'exacerber) les inégalités en santé. L'élaboration de politiques publiques favorables à la santé visant la prise de mesures en lien avec les déterminants de la santé et l'atteinte de l'équité en santé a été un des objectifs de santé publique depuis les années 1980. En fait, que l'on songe à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986) ou à la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS (CDSS) (CDSS, 2008), les acteurs de santé publique ont souvent été appelés à collaborer avec d'autres secteurs et à concentrer leurs efforts autour de l'atteinte de cet objectif. Ce document présente des exemples d'outils et d'approches qui ont été adoptés ou mis en oeuvre par le secteur de la santé publique et d'autres secteurs de la santé, en se concentrant sur les régions et les autorités canadiennes. Des exemples provenant de l'étranger ont été inclus lorsque les approches et outils ont été considérés comme primordiaux ou particulièrement pertinents en contexte canadien.

Méthodologie-statistique / Methodology-statistics

Analyse de données

Health data

52013

OUVRAGE

WINKELMANN (R.), BOES (S.)

Analysis of microdata.

Analyse des microdonnées.

Berlin : Springer Verlag : 2010 : 14p.+ 343p.,index

Cote Irdes : A4403

<http://www.springer.com/economics/econometrics/book/978-3-540-92747-1>

The book provides a simple, intuitive introduction to regression models for qualitative and discrete dependent variables, to sample selection models, and to event history models, all in the context of maximum likelihood estimation. It presents a wide range of commonly used models. The book thereby enables the reader to become a critical consumer of current empirical social science research and to conduct own empirical analyses. The book includes numerous examples, illustrations, and exercises. It can be used as a textbook for an advanced undergraduate, a Master`s or a first-year Ph.D. course in microdata analysis, and as a reference for practitioners and researchers.

Appariement

Matching

51532

RAPPORT , INTERNET

KUDJAWU (Y.), MUSSET (A.), GREMY (I.), et al.

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

Système multi sources de surveillance des cancers. Croisement des données ALD et PMSI. Description des données 2006-2008 et construction d'indicateurs.

Saint-Maurice : INVS : 2012 : 70p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2012/Systeme-multi-sources-de-surveillance-des-cancers-Croisement-des-donnees-ALD-et-PMSI>

Le croisement des données d'affection longue durée (ALD) et du Programme médical des systèmes d'information (PMSI) constitue le premier axe de réorientation du développement du système multi source de surveillance des cancers recommandé par les conclusions du pilote. L'objectif du croisement était de décrire à l'échelle nationale, les données ALD cancer issues de la base du système national d'information interrégime de l'Assurance maladie de 2006-2008, les séjours PMSI 2004-2008 pour cancer ainsi que les données issues du croisement de ces deux sources sur la période 2006-2008. Il s'agissait aussi d'élaborer une méthode de construction d'indicateurs de surveillance à partir des données croisées. Huit localisations cancéreuses (sein, poumon, côlon-rectum, col et corps de l'utérus, thyroïde, système nerveux central (SNC) et rein) ont été étudiées. Les séjours pour cancer de l'année d'étude ont été sélectionnés grâce aux codes CIM10 en diagnostic principal, chaînés avec les séjours identiques du PMSI des années antérieures. Les bénéficiaires d'ALD pour cancer étaient sélectionnés grâce au code CIM10 et la date de début d'ALD la plus ancienne. Les cas sélectionnés étaient croisés grâce à un identifiant anonyme commun. Les indicateurs mesurant leur niveau étaient confrontés aux estimations nationales d'incidence. L'écart relatif entre indicateur issu du croisement et incidence estimée en 2008 était :très faible pour le poumon (-1 %) et le sein (+6 %) ;important pour la thyroïde (+17 %), le côlon-rectum (+22 %), le rein (+28 %) et le corps de l'utérus (+33 %) ;très important pour le corps de l'utérus (+33 %), le col de l'utérus (+49 %) et le SNC (+61 %). L'écart relatif important observé pour certains cancers s'expliquerait par un nombre élevé de « faux-positifs » parmi les cas non appariés. Le PMSI et les ALD n'étaient pas conçus pour un objectif épidémiologique mais médico-économique. Toutefois, leur couverture nationale, l'exhaustivité des données et le numéro patient commun constituent des atouts majeurs pour la surveillance des cancers.

Recherche qualitative
Qualitative research

51763

RAPPORT

KOHN (L.), CHRISTIAENS (W.)

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

***L'utilisation des méthodes qualitatives
dans les études du KCE.***

Bruxelles : KCE : 2012 : 89p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/
KCE_187B_methodes_qualitatives.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_187B_methodes_qualitatives.pdf)

Le KCE produit régulièrement des notes détaillées de ses processus pour ses propres chercheurs et sous-traitants, et ce afin de les aider à produire des rapports de recherche scientifique de qualité, basés sur les meilleures données disponibles. Cependant, parfois, soit aucune preuve n'est encore disponible soit les preuves disponibles ne sont pas transférables au contexte des soins de santé belge ou de la population. Par conséquent, la recherche "basée sur les données probantes" ne donne pas toujours des réponses adéquates à nos questions de recherche. En outre, elle prend peu en compte l'apport du patient et ses préférences. Dans le contexte "evidence-based", les recherches qualitatives sont considérées comme ayant peu de valeur. Clarifier ce qu'est la recherche qualitative, insister sur la plus-value des résultats qualitatifs et se préoccuper de la qualité des études qualitatives sont autant de moyens pour assurer que les résultats des recherches qualitatives soient reconnus comme des «preuves». Les Méthodes de Recherches Qualitatives (MRQ) couvrent une série de techniques de collecte et d'analyse de données⁵. Elles visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie. Les MRQ peuvent renforcer la capacité du KCE à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé et à les intégrer lors de la formulation des recommandations adressées aux gestionnaires du système. Cependant, puisque les MRQ sont traditionnellement utilisées en sciences sociales, les professionnels de la santé et chercheurs qui disposent d'une formation de type biomédicale, en sciences naturelles ou économiques, comme

c'est le cas pour la majorité des chercheurs du KCE, peuvent être peu familiers avec ces dernières.

Revues systématiques
Systematic reviews

52720

RAPPORT, INTERNET

BUCKLEY (D.I.), ANSARI (M.), BUTLER (M.),

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

***The Refinement of Topics for Systematic
Reviews: Lessons and Recommendations
From the Effective Health Care Program***
*Le raffinement des sujets dans les
revues systématiques : enseignements et
recommandations issus du programme de soins
de santé efficaces.*

Rockville : AHRQ : 2013/01 : vi+ 30p., tabl.+annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/
456/1385/Methods-Refinement-of-Topics-130204.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/456/1385/Methods-Refinement-of-Topics-130204.pdf)

Les Evidence-based Practice Centers (EPCs) ont été mis en place par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) aux États-Unis dans le but d'effectuer des examens systématiques sur des sujets de santé qui ont fait l'objet d'un processus de raffinement afin d'assurer leur pertinence et leur utilité. Ce rapport produit par un groupe de travail de l'AHRQ évalue les pratiques actuelles de raffinement de sujet et offre des recommandations sur les pratiques exemplaires

Systèmes d'information Information systems

52737

RAPPORT , INTERNET

BABUSIAUX (C.) / prés.

Institut des Données de Santé. (I.D.S.). Charenton le Pont.
FRA

Rapport au Parlement 2012. Progrès et projets.

Charenton le Pont : Institut des données de santé : 2012 :
87p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/
telechargements/RA_IDS_2012.pdf](http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/telechargements/RA_IDS_2012.pdf)

Le rapport 2012 de l'IDS (Institut des données de santé) traduit de nouveaux progrès dans tous les domaines confiés par le législateur à l'Institut : un accroissement du nombre d'acteurs de la santé et de la protection sociale ayant accès aux données anonymisées des systèmes d'information ambulatoire et hospitalier pour améliorer leur connaissance ; la création de nouvelles bases pour couvrir de nouveaux besoins, comme le système national des données mutualistes, maintenant opérationnel et comportant cinq millions de personnes ; la mise en commun de données pour accroître les possibilités d'analyse, comme le test réussi mené avec les assureurs maladie obligatoires et complémentaires afin de mieux caractériser le reste à charge final des assurés ; la finalisation de 29 des 30 tableaux de bord souhaités par les partenaires de l'Institut, constituant le service d'aide à la décision ; la poursuite des travaux sur la qualité et la cohérence des bases, par exemple l'accroissement de la profondeur de l'historique des données ambulatoires et hospitalières, fondamental pour la santé publique ; l'accès désormais en routine des organismes de recherche aux systèmes d'information publics ; des travaux de fond pour réunir les conditions de mise en commun de données tout en assurant l'anonymat des personnes. Ces progrès ont conduit ses membres à souhaiter la reconduction de l'Institut des données de santé (Tiré de l'éditorial).

Economie générale / Economy

Emploi Employment

51604

RAPPORT

Banque Mondiale. Washington DC. USA

World Development Report 2013: Jobs Rapport sur le développement dans le monde 2013 : emploi.

Washington : Banque Mondiale : 2012 : 401p., tabl., graph.,
index

Cote Irdes : En ligne

http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/rces/8258024-1320950747192/8260293-1322665883147/WDR_2013_Report.pdf

Jobs provide higher earnings and better benefits as countries grow, but they are also a driver of development. Poverty falls as people work their way out of hardship and as jobs empowering women lead to greater investments in children. Efficiency increases as workers get better at what they do, as more productive jobs appear, and less productive ones disappear. Societies flourish as jobs bring together people from different ethnic and social backgrounds and provide alternatives to conflict. Jobs are thus more than a byproduct of economic growth. They are transformational—they are what we earn, what we do, and even who we are. High unemployment and unmet job expectations among youth are the most immediate concerns. But in many developing countries, where farming and self-employment are prevalent and safety nets are modest at best, unemployment rates can be low. In these countries, growth is seldom jobless. Most of the poor work long hours but simply cannot make ends meet. And the violation of basic rights is not uncommon. Therefore, the number of jobs is not all that matters: jobs with high development payoffs are needed. Confronted with these challenges, policy makers ask difficult questions. Should countries build their development strategies around growth, or should they focus on jobs? Can entrepreneurship be fostered, especially among the many microenterprises in developing countries, or are entrepreneurs born? Are greater investments in education and training a prerequisite for employability, or can skills be built through

jobs? In times of major crises and structural shifts, should jobs, not just workers, be protected? And is there a risk that policies supporting job creation in one country will come at the expense of jobs in other countries? The World Development Report 2013: Jobs offers answers to these and other difficult questions by looking at jobs as drivers of development—not as derived labor demand—and by considering all types of jobs—not just formal wage employment. The Report provides a framework that cuts across sectors and shows that the best policy responses vary across countries, depending on their levels of development, endowments, demography, and institutions. Policy fundamentals matter in all cases, as they enable a vibrant private sector, the source of most jobs in the world. Labor policies can help as well, even if they are less critical than is often assumed. Development policies, from making smallholder farming viable to fostering functional cities to engaging in global markets, hold the key to success (4e de couverture).

Marché du travail Labour market

52735

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOULHOL (H.)

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

Labour Market Performance by Age Groups: A Focus on France.

*Performances du marché du travail par groupes
d'âge : la France en point de mire.*

OECD Economics Department Working Papers ; 1027

Paris : OCDE : 2013/02 : 24p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://dx.doi.org/10.1787/5k4c0dnhc58x-en>

Cette étude propose une analyse comparée entre pays de l'OCDE de la structure par âge des taux d'emplois. La contribution statistique de chaque groupe d'âge aux écarts totaux de taux de chômage est également calculée. La sensibilité au cycle

économique des taux de chômage par classe d'âge est estimée pour les pays de l'OCDE. La France est un des pays de l'OCDE ayant la plus grande dispersion des taux d'emplois par âge. La composante « within » du groupe des 15-29 ans contribue à plus de la moitié de l'écart de taux de chômage total avec les pays les plus performants. Le taux de chômage des jeunes est particulièrement sensible aux variations cycliques en Espagne, en Belgique et en France.

Théorie

Theory

51468

OUVRAGE

RUBINSTEIN (A.)

Economic fables.

Fables économiques.

Cambridge : OpenBook Publishers : : 253p.

Cote Irdes : A4384

<http://www.openbookpublishers.com/product/136/economic-fables>

Part memoir, part crash-course in economic theory, this deeply engaging book by one of the world's foremost economists looks at economic ideas through a personal lens. Together with an introduction to some of the central concepts in modern economic thought, Ariel Rubinstein offers some powerful and entertaining reflections on his childhood, family and career. In doing so, he challenges many of the central tenets of game theory, and sheds light on the role economics can play in society at large. The book is as thought-provoking for seasoned economists as it is enlightening for newcomers to the field.

Documentation / Documentation

Bibliométrie Bibliometrics

52348

FASCICULE

BOUCHARD (L.), ALBERTINI (R.), BATISTA (R.)

Université d'Ottawa. Institut de recherche sur la santé des populations. Ottawa. CAN

Étude bibliométrique de la recherche sur les inégalités de santé.

Transdisciplinary Studies in Population Health Series : 2012 : 30p., tabl., fig., annexes

Ottawa : Université d'Ottawa. Institut de recherche sur la santé des populations

Cote Irdes : en ligne

<http://www.iph.uottawa.ca/eng/transdis/files/Final%20Volume%203%20Issue%202%20May%2016%202012.pdf>

L'objectif de recherche est de rendre compte de la productivité scientifique sur le thème des inégalités de santé au moyen de l'analyse bibliométrique. La bibliométrie est une méthode de mesure et d'évaluation des modèles de publications scientifiques et de citations des auteurs en prenant comme principaux matériaux les publications scientifiques. Une base de données de 25 463 références a été constituée en utilisant le moteur de recherche de Web of Science. Le premier article remonte à 1968 et porte sur les droits civiques aux États-Unis et l'élimination des discriminations raciales dans l'accès aux soins médicaux. Le concept d'inégalité a d'abord été privilégié par les auteurs mais supplanté par celui de disparité au tournant de 2007. L'article de Marmot (1991) compte parmi les 4 articles qui détiennent le plus grand nombre de citations et contribue à rendre centrale la perspective des déterminants sociaux de santé et l'influence des Britanniques sur le rayonnement international de la recherche sur les inégalités sociales de santé.

Dossiers documentaires Bibliographic synthesis

52127

OUVRAGE

GENUER (D.)

Les dossiers documentaires à l'heure du numérique.

Paris : Editions Klog : 2012 : 124p.

Cote Irdes : Ue582

<http://editionsklog.jimdo.com/catalogue/les-dossiers-documentaires-%C3%A0-l-heure-du-num%C3%A9rique/>

Produit phare des centres de documentation et des bibliothèques, les dossiers documentaires ont vu leurs possibilités de valorisation et de diffusion considérablement renouvelées avec la généralisation des sites internet et du web 2.0. Cependant, concevoir des dossiers documentaires nécessite une bonne maîtrise des techniques documentaires, mais aussi une connaissance des outils et des moyens de diffusion sur le web. Après avoir rappelé les caractéristiques des dossiers outils et produits, ce guide pratique développe les différents aspects du dossier documentaire électronique. Il aborde ainsi chaque étape de son élaboration en accompagnant le lecteur pas à pas et de manière didactique. Documentalistes et bibliothécaires trouveront dans ce guide : • une méthodologie d'élaboration des dossiers documentaires, • des tutoriels pour réaliser et mettre en ligne des dossiers documentaires électroniques avec Jimdo, Netvibes et Pearltrees, • des exemples accessibles en ligne, • des conseils pratiques, techniques et juridiques (4e de couverture).

Périodiques
Periodicals

52166

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

***Nine Facts about Top Journals in
Economics***

*Neuf faits sur des prestigieuse revues en
économie.*

NBER Working Paper Series ; n° 18665
Cambridge : NBER : 2013/01 : 48p.,tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.nber.org/papers/w18665>

How has publishing in top economics journals changed since 1970? Using a data set that combines information on all articles published in the top-5 journals from 1970 to 2012 with their Google Scholar citations, we identify nine key trends. First, annual submissions to the top-5 journals nearly doubled from 1990 to 2012. Second, the total number of articles published in these journals actually declined from 400 per year in the late 1970s to 300 per year most recently. As a result, the acceptance rate has fallen from 15% to 6%, with potential implications for the career progression of young scholars. Third, one journal, the American Economic Review, now accounts for 40% of top-5 publications, up from 25% in the 1970s. Fourth, recently published papers are on average 3 times longer than they were in the 1970s, contributing to the relative shortage of journal space. Fifth, the number of authors per paper has increased from 1.3 in 1970 to 2.3 in 2012, partly offsetting the fall in the number of articles per year. Sixth, citations for top-5 publications are high: among papers published in the late 1990s, the median number of Google Scholar citations is 200. Seventh, the ranking of journals by citations has remained relatively stable, with the notable exception of the Quarterly Journal of Economics, which climbed from fourth place to first place over the past three decades. Eighth, citation counts are significantly higher for longer papers and those written by more co-authors. Ninth, although the fraction of articles from different fields published in the top-5 has remained relatively stable, there are important cohort trends in the citations received by papers from

different fields, with rising citations to more recent papers in Development and International, and declining citations to recent papers in Econometrics and Theory.

Réglementation / Law

Maisons de santé Medical home

52109

RAPPORT, INTERNET

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction
Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA

***Guide méthodologique relatif à la
circulation au sein des centres et des
maisons de santé, des informations
concernant la santé des patients.***

Paris : DGOS : 2012 : 19p., fig., tabl. +annexes

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf

Afin d'aider les professionnels dans l'interprétation de ce nouveau dispositif législatif et leur proposer des modes organisationnels permettant à la fois de satisfaire au respect des droits des patients et de favoriser des conditions d'exercice efficaces et sécurisées juridiquement, un guide méthodologique a été élaboré avec les représentants de tous les acteurs concernés. Ce guide comporte un résumé destiné aux professionnels de santé leur permettant de s'approprier de façon aisée le nouveau dispositif ainsi qu'une fiche informative destinée aux patients.

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ABALLEA (P.)	41
ABASOLO (I.)	55
ACKER (D.)	68
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. (A.N.S.M.)	76
Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation - de l'Environnement et du Travail. (A.N.S.E.S.)	54
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.)	58, 67
ALBERTINI (R.)	95
AMOSSE (T.)	44
ANIKEEVA (O.)	69
ANSARI (M.)	91
APPLEBY (J.)	65
AQUINO (J.P.)	51
ARNAUD (C.)	54
ARON-DINE (A.)	37
Assemblée Nationale	63
Association Française des Diabétiques. (A.F.D.)	30
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.)	32
ASTOLFI (R.)	87
AUBURTIN (A.)	88
Audit Commission	64

B

BABUSIAUX (C.)	92
BAGO D'UVA (T.)	38
BALIA (S.)	38
Banque Mondiale	93
BARREYRE (J.Y.)	50
BARTHELEMY (A.I.)	53
BASSET (B.)	59
BATISTA (R.)	95
BAUER (D.)	52

BAZILLON (B.)	46
BECKOUCHE (P.)	60
BELLEMARE (C.)	22
BELOT (A.)	40
BENSADON (A.C.)	68
BERGMAN (M.A.)	47
BLANQUER (J.M.)	54
BLEMONT (P.)	72
BLOCH (M.A.)	50
BLOOM (D.E.)	48
BOERMA (W.)	49
BOES (S.)	90
BONNEFOY (N.)	43
BORSCH-SUPAN (A.)	48
BOSSARD (N.)	40
BOTTERO (A.)	43
BOUCHARD (L.)	95
BOUKRIS (S.)	75
BOULHOL (H.)	93
BRAS (P.L.)	71
BRETON (X.)	63
BRIDGES (J.)	87
BROEK (S.)	25
BROWN (L.)	69
BRUANT-BISSON (A.)	71
BUCKLEY (D.I.)	91
BUISKOOL (B.J.)	25
BURGUN (A.)	79
BUTLER (C.)	69
BUTLER (M.)	91

C

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	38
CANTILLON (B.)	23
CARD (D.)	96

CARONE (G.)	78
CASTEL (P.)	71
CAVALIE (P.).....	76
CAWLEY (J.).....	42
CAYLA (F.).....	53
CAYRE (V.)	39
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	85
Centre de Recherche et d'Information Socio-Politiques. (C.R.I.S.P.).....	81
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. (C.L.E.I.S.S.) ..	27
Centre d'Etudes - de Documentation d'Information et d'Action sociales. (C.E.D.I.A.S.) ...	50
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.).....	44
Centre Européen de la Consommation. (C.E.C.)....	78
Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé.	91
CHRISTIAENS (W.)	91
Collège des Sciences du Territoire. (C.S.T.)	60
COLLIN (G.A.).....	59
COLLOMBET (C.)	85
COMAS-HERRERA (A.)	80
Comité National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.)	52
Commission Européenne	78
Commonwealth Fund.....	84
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.)....	44
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	61
CORSI (M.)	50
CORTY (J.F.).....	53
Cour des Comptes	88
CROQ (C.).....	29
CYLUS (J.).....	81

D

DANZON (A.).....	40
DAUBAS-LETOURNEUX (V.)	44
DAVENEL (J.)	39
DAVIES (P.)	85

DEBRE (B.)	75
DEGRAVE (F.).....	46
De JAEGER (K.)	65
DELLAVIGNA (S.)	96
DELMAS (M.C.)	74
DENAVAS-WALT (C.).....	83
DESIR (D.).....	81
DINH (T.)	62
DIONNE (G.).....	21
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) ...	21 , 68
Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.).	65 , 97
Direction Générale du Travail. (D.G.T.).....	44
DOHERTY (N.)	21
DORMONT (B.)	48
DUGUET (E.)	44
DUHAMEL (G.).....	88
DUMONT (G.F.).....	58
DYCK (L.)	89

E

EINAV (L.).....	37
Eurogip	45
European Centre for Social Welfare Policy and Research	48
EVEN (P.)	75

F

FAHET (G.).....	53
FAROUDJA (J.M.).....	77
FAVIER (C.)	72
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.)	52
FEVANG (E.)	44
FICHET (J.L.)	57
FINKELSTEIN (A.).....	37
FLETCHER (J.).....	55

Index des auteurs
Author index

FOMBARON (N.)	21
Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer ... 40	
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	36
FORTIN (B.)	22
FOUBISTER (T.)	86
FOULQUIER GAZANE (C.M.)	88
FRAGONARD (B.)	26
FROSINI (F.)	64
FUHRMAN (C.)	74

G

GALASSO (V.)	48
GARIBALDI (P.)	48
GARRIGUE-GUYAUNNAUD (H.)	39
GENET (N.)	49
GENUER (D.)	95
GIORGI (D.)	39
GLINOS (I.A.)	83
GODEAU (E.)	54
GOYAUX (N.)	52
GRANGER (B.)	67
GRASLAND (C.)	60
GRAVELLE (H.)	69
GREMY (I.)	90
GROSCLAUDE (P.)	40
Groupe d'Analyse et de Théorie Economique (G.A.T.E.)	52
Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne. (G.P.U.E.)	73
GUERIN-PACE (F.)	60
GUIENNE (V.)	32

H

HAMEL (C.)	41
HAMEL (M.P.)	22
HANSEN (G.D.)	82

HARDOY (I.)	44
HARRISON (T.)	65
Haut Conseil du Financement de la Sécurité Sociale. (H.C.F.S.S.)	34
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.)	21 , 52
HAWKINS (L.)	65
HOSKING (A.S.)	50
Hospices civils de Lyon. (H.C.L.)	40
HOUY (N.)	78
HSU (M.)	82
HUBER (M.)	48
HUT (F.)	81

I

IMBAUD (D.)	76
IMISON (C.)	80
Imperial College of London Business School	69
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	68 , 88
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.)	88
Institut des Données de Santé. (I.D.S.)	92
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.)	44
Institut National Assurance Maladie-Invalidité. (I.N.A.M.I.)	81
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)	42
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.)	55
Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.)	41
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.)	40 , 90
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)	40 , 79
Institut Roche de l'Obésité	42
Institut Scientifique de Santé Publique. (I.S.P.)	81
IVBIJARO (G.)	66

J

JAEGER (M.)	50
JEANNET (A.)	88

JEANTET (M.).....	39
JEANTET (Q.).....	39
JEGER (F.).....	27
JELOVAC (I.).....	52
JONCKHEER (P.).....	81
JONES (A.M.).....	38
JOUBERT (A.).....	22
JUHN (C.).....	46

K

KATTERI (R.).....	69
KERDRAON (R.).....	24
King's Fund Institute.....	64 , 65
KOHN (L.).....	91
Koopmans Research Institute.....	65
KPGM.....	46
KRINGOS (D.S.).....	62
KRONEMAN (M.).....	49
KUDJAWU (Y.).....	90
KUHN (M.).....	36

L

LABAZEE (G.).....	32
LAMURA (G.).....	48
LASTIER (D.).....	29
LAU (B.D.).....	87
LAUDICELLA (M.).....	69
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.).....	61
LE BRIGNONEN (M.).....	39
LE CLAINCHE (C.).....	44
LEE (J.).....	82
LEGER (F.).....	32
LEGRAND (P.).....	68
LEGROS (M.).....	52
LE LUONG (T.).....	54
LENSING-HEBBEN (C.).....	85
LE ROY (F.).....	44
LESTEVEN (P.).....	71

LI DONNI (P.).....	69
LIDSKY (V.).....	39
LONGLEY (M.).....	85
LORENZONI (L.).....	87
LUNDBERG (S.).....	47

M

MAIONE (E.).....	59
MAQUART (B.).....	77
MARIE (E.).....	41
MAUREY (H.).....	57
McCLANAHAN (S.).....	32
MCGREGOR (P.).....	84
MCGUIRE (A.).....	86
MCUE (C.).....	46
Médecins du Monde Mission France. (M.D.M.)....	53
MENARD (J.).....	61
MENDELL (A.).....	89
MERKUR (S.).....	84
MESLIN (K.).....	44
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.) .	65 , 97
Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. (M.S.C.S.).....	51
Ministère du Travail de l'Emploi de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social.....	44
MIOLINIER (P.).....	49
MOINE (A.).....	59
MOISSERON (J.Y.).....	60
MOISY (M.).....	41
MORELLE (A.).....	88
MORGAN (D.).....	37
MORIN (A.).....	76
MOSSIALOS (E.).....	86
MOUNIER (C.).....	68
MOUQUET (M.C.).....	55
MUSSET (A.).....	90

N

NAIDITCH (M.)	49
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.) 55 , 96	
National Collaborating Centre for Determinants of Health. (N.C.C.D.H.)	89
National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. (N.C.C.H.P.P.)	89
NAVARRO (F.)	54
NDUMBE-EYOH (S.)	89
Netherlands Institute for Health Services Research. (N.I.V.E.L.)	62
NIESSEN (L.W.)	87
NYSSSEN (M.)	46

O

Observatoire des métiers dans les professions libérales. (O.M.P.L.)	64
Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services. (O.D.E.N.O.R.E.)	56
Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé	85
Observatoire National des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.)	73
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.)	59
ODERKIRK (J.)	87
OLIVEIRA MARTINS (J.)	48
OLIVIER (M.)	39
O'NEILL (C.)	84
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	87
Organisation Météorologique Mondiale. (O.M.M.)	43
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) ...	43
OSBORN (R.)	84

P

PAFFRATH (D.)	77
PALM (W.)	83
PAUTI (M.D.)	53

PERALDI (O.)	27
PICARD (S.)	76
PIERRU (F.)	67
PINVILLE (M.)	63
PLANEL (M.P.)	71
PLOSCAR (P.)	23
PRETTNER (K.)	36
Primary Health Care Research & Information Service. (P.H.C.R.I.S.)	69
PROCACCIA (C.)	24
PROCTOR (B.D.)	83

Q

QUANTIN (C.)	79
--------------------	----

R

RALEIGH (V.)	64
RASAMIMANANA (C.)	40
RAYNAUD (D.)	25
REACH (G.)	61
RECHEL (B.)	83
REED (K.)	44
REMONTET (L.)	40
RENARD (F.)	81
RENAUDI (M.)	74
Réseau Français des Registres de Cancer. (F.R.A.N.C.I.M.)	40
RICE (N.)	38
RIGARD-CERISON (A.)	29
RILEY (L.)	85
RODRIGUES (R.)	48
ROGEL (A.)	29
Royal College of Surgeons of England (R.C.S.E.) 53	
RUBINSTEIN (A.)	94

S

SALINES (E.)	29
SAMEK LODOVICI (M.).....	50
SANTOS (R.).....	69
SCHWABE (U.).....	77
SCHWIERZ (G.).....	78
Sénat	43
SMITH (J.C.)	83
SMITH (P.C.)	69
SOUSA-POZA (A.)	48
SPAGNOLO (G.C.)	47
SQUIRES (D.).....	84
STEEL (D.).....	81
Stockholm School of Economics.....	47

T

TEILLANT (A.).....	74
The Conference Board of Canada.....	62
The Nuffield Trust.....	80
THIARD (P.E.)	39
THIERRY (M.)	47
THOMAS (J.)	39
THOMSON (S.).....	86
TOMASINO (A.).....	53
TOUJAS (F.).....	76
TOULON (X.).....	25
TSUCHIYA (A.)	55

U

Union Française des Consommateurs. (U.F.C.) - Que choisir	53
Université Catholique de Louvain.....	46
Université d'Ottawa.....	95
Université Laval	21
Université Libre de Louvain. (U.L.B.).....	50
University of Sheffield	55
University of York	69

US Census.....	46 , 83
US Department of Health and Human Services	91
Utrecht University	65

V

VACHEY (L.).....	88
VAN OURS (J.)	48
VARNIER (F.).....	88
VENNEKENS (A.)	25
VENOT (A.).....	79
VERON (P.)	53
VERSCHUREN (H.).....	23
VIEILLERIBIERE (J.L.).....	71
Vienna Institute of Demography	36
VILLEMEUR (A.)	26
VRIJENS (F.).....	81

W

WINKELMANN (R.).....	90
WITMEUR (R.).....	81
WITTENBERG (R.)	80
WOLFE (B.L.).....	55
WUBKER (A.).....	30

X

XAVIER (A.)	78
-------------------	----

Z

ZAIDMAN (C.)	21
--------------------	----

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

CARNET D'ADRESSE DES EDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

A.C.O.S.S. (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale)

36, rue de Valmy
93108 Montreuil cedex
www.acoss.fr

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

Centre de documentation
Case postale 1
CH 1211 Genève 22
Suisse
☎ 00 41 22 799 75 55
Fax : 00 41 22 799 85 09
Email : issa@ilo.org
<http://www.issa.int>

A.H.R.Q. (Agency for Healthcare Research and Quality)

540 Gaither Road
Rockville, MD 20850
Etats-Unis
☎ (301) 427 1364
<http://www.ahrq.gov>

A.N.S.E.S. (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation Environnement travail)
(ex A.F.S.S.A.)

27/31 avenue du général Leclerc
94701 Maisons-Alfort
☎ 01 49 77 13 50
<http://www.afssa.fr>

A.T.I.H. (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
☎ 04.37.91.33.10
Fax : 04.37.91.33.67
<http://www.atih.sante.fr/index.php>

Atalante (L') Editions

11 & 15, rue des Vieilles-Douves
44 000 Nantes

Armand Colin Editions

21, rue du Montparnasse
75283 Paris cedex 06
☎ 01 44 39 54 47
Fax : 01 44 39 43 43
Email : infos@armand-colin.com
<http://www.armand-colin.com/>

Assemblée Nationale

126, rue de l'Université
75007 Paris
01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/>

Association Française des Diabétiques

88, rue de la Roquette
75544 Paris Cedex 11
☎ 01 40 09 24 25
Email : afd@afd.asso.fr
<http://www.afd.asso.fr>

Audit Commission Publications

PO Box 99
Wetherby LS23 7JA
☎ 00 44 800 502 030
Royaume-Uni
Email : audit-publications@twoten.press.net
<http://www.audit-commission.gov.uk/>

B

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/>

Berger-Levrault Editions

5, rue Auguste Comte
75006 Paris

☎ 01 40 46 70 30

Fax : 01 44 07 15 25

<http://www.berger-levrault.fr/>



C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)

8, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07

☎ 01 45 56 51 00

Fax : 01 45 55 53 37

<http://www.strategie.gouv.fr/>

C.D.C. – N.C.H.S. (National Center for Health Statistics)

Office of International Statistics
Metro IV Building
3311 Toledo Road

Hyattsville, Maryland 20782

Etats-Unis

<http://www.cdc.gov/nchs/>

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.I.R.P.E.E. (Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi)

Institut d'économie appliquée-HEC
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)

Canada H3T 2A7

<http://www.cirpee.org/>

C.I.R.T.E.S. (Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, État et Société)

Université Catholique de Louvain

Maison Georges Lemaître

Boulevard Devreux, 6

Belgique

<http://www.uclouvain.be/cirtes.html>

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

(Ex C.S.S.T.M. : Centre de Sécurité Sociale des Travailleurs Migrants)

11, rue de la Tour des Dames

75436 Paris cedex 9

☎ 01 45 26 33 41

Fax : 00 49 95 06 50

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

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

26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20

☎ Standard 01 72 60 10 00

☎ Service Documentation : 01 72 60 10 20

<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

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

180, bd Haussman

75008 Paris

☎ 01 53 89 32 00

Fax : 01 53 89 32 01

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

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

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

C.R.I.S.P. (Centre de Recherche et d'Information Socio-Politiques)

1A place Quetelet
1210 Bruxelles
Belgique
<http://www.crisp.be>

C.S.I. (Centre de Sociologie de l'Innovation)

Ecole Supérieure des Mines de Paris
60, Bd St Michel
75006 Paris
☎ 01 40 51 91 91
<http://www.csi.ensmp.fr/fr/>

Cavalier bleu (Le) Editions

31, rue de Bellefonds
75009 Paris
01 44 69 15 00
Fax : 01 44 69 15 10
<http://www.lecavalierbleu.com/>

CEDIAS-Musée social

5, rue Las Cases
75007 Paris
☎ 01 45 51 66 10
<http://www.cedias.org>

Centre Européen de la Consommation

Bahnhofplatz 3
77694 Kehl
Allemagne
<http://www.europe-consommateurs.eu/fr/>

Cherche Midi Editeur

23, rue du Cherche Midi
75006 Paris
☎ 01 42 22 71 20
Fax : 01 45 44 08 38
<http://www.cherche-midi.com/>

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/>

Conference Board of Canada (The)

255 Smyth Road
Ottawa ON K1H 8M7
Canada
<http://www.conferenceboard.ca>

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.drees.sante.gouv.fr/publications.677.html>

D.S.S. (Direction de la Sécurité Sociale)

Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale
Sous-direction du financement et de la gestion de la Sécurité sociale

Bureau 5A
1, Place Fontenoy
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)

I

Intersentia

Trinity House -Cambridge Business Park
Cowley Road
Cambridge CB4 0WZ
Royaume Uni
<http://www.intersentia.com>

K

K.C.E. (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé)

Centre Administratif du Botanique
Door Building (10e étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 287 33 88
<https://kce.fgov.be/fr>

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>

Karthala editions

22-24, boulevard Arago
75013 Paris
<http://www.karthala.com>

Klog Editions

22 avenue Gallieni
76130 Mont St Aignan

<http://editionsklog.jimdo.com>

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

Médecins du Monde

62, rue Marcadet
75018 Paris
☎ 01 44 92 15 15
Email : medmonde@medecinsdumonde.org
<http://www.medecinsdumonde.org>

M.S.S.P.S. (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)

Ministère chargé de la Santé
8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.sante.gouv.fr/>

Ministère chargé des affaires sociales

8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/affaires-sociales,793>

Munich Personal RepeCH Archive

Munich University Library
Geschwister-Scholl-Platz 1
D-80539 Munich
Allemagne
<http://mpr.ub.uni-muenchen.de/>



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>

N.C.C.H.P.P. (National Collaborating Centre for Healthy Public Policy)

Institut national de santé publique du Québec
190, boulevard Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2
<http://www.ncchpp.ca>

N.I.V.E.L. (Netherlands Institute Primary Health Care)

PO Box 1658
3500 BN Utrecht
Pays-Bas
☎ 00 31 30 27 29 619
Fax : 00 31 30 27 29 729
<http://www.nivel.nl>

Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services

59 New Cavendish Street
London W1G 7LP
Royaume Uni
☎ 00 44 20 7631 8450
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/>

Voir aussi les Editions de l'O.C.D.E.

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

Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse
☎ 00 41 22 791 21 11
<http://www.who.int/en/>
<http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE> (diffuseurs en France)

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

Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>

O.M.P.L. (Observatoire des métiers dans les professions libérales)

4 rue du colonel Driant
75046 Paris Cedex
Email : ompl@opcapl.com
<http://www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/>

O.N.D.P.S. (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

Ministères en charge du Travail, de la Santé et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
☎ : 01 40 56 89 27 et 89 36
<http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

O.N.Z.U.S. (Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles)

D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)
194 avenue du Président Wilson
93217 Saint-Denis La Plaine
☎ 01 49 17 46 18
Fax : 01 49 17 47 01
<http://www.ville.gouv.fr/>

Odile Jacob Editions

15, rue Soufflot
75005 Paris
☎ 01 46 33 27 40
<http://www.odilejacob.fr>

OpenBook Publishers

40 Devonshire Road
Cambridge CB1 2BL
Royaume Uni
<http://www.openbookpublishers.com>

Oxford University Press

198 Madison Avenue
New York, NY, 10016
Etats-Unis
☎ 00 1 212 726 6000
<http://www.oup.com/us/?view=usa>

P

Presses de l'EHESP

CS 74312
35043 Rennes Cedex
☎ 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
Email : presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

Presses Universitaires de France (PUF)

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
☎ : 01.58.10.31.00
Fax : 01.58.10.31.82
<http://www.puf.com/>

Primary Health Care Research & Information Service

PHC RIS
Discipline of General Practice
Flinders University of South Australia
GPO Box 2100
Adelaide SA 5001
Australie

R

Radcliffe Publishing

18, Marcham Road
Abingdon
Oxford OX14 1AA
Royaume-Uni
☎ 00 44 1235 528 820
Fax : 00 44 1235 528 830
Email : contactus@radcliffemed.com
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

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/>

Royal College of Physicians (The)

11 St Andrew Place
London NW4LE
Royaume-Uni
☎ 00 44 71 935 11 74
<http://www.rcplondon.ac.uk/Pages/index.aspx>

S

Sénat

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 20 00

Espace librairie

20 rue de vaugirard 75006 Paris
☎ 01 42 34 21 21
Email : espace-librairie@senat.fr
<http://www.senat.fr>

Seuil (Le) Editions

27, rue Jacob
75261 Paris 06
☎ 01 40 46 50 50
Fax : 01 40 46 43 00
<http://www.seuil.com/>

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 Medizin

Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
Allemagne
☎ : +49 6221 487-0
fax: +49 6221 487 8611
www.springer.com/sqw/cda/frontpage/0..5-10054-0-0-0,00.html

Stockholm Institute of Transition Economics

P.O. Box 6501
SE-113 83 Stockholm
Suède
<http://www.hhs.se/SITE/Pages/default.aspx>

T

Tjalling C. Koopmans Research Institute

Utrecht University School of Economics
Kriekenpitplein 21-22
3584 EC Utrecht
Pays-Bas
<http://www.uu.nl/faculty/leg/EN/organisation/schools/schoolofeconomicsuse/Organisation/TjallingCKoopmansInstituut/Pages/default.aspx>

Tribune Santé

6, place de la Madeleine
75008 Paris
<http://www.tribunesante.com/>

U

U.F.C. (Union Fédérale des Consommateurs)

11, rue Guénot
75011 Paris
☎ 01 43 48 55 48
Fax : 01 43 43 44 35
<http://www.quechoisir.org/>

Université Libre de Louvain. (U.L.B.)

Solvay Brussels School of Economics and Management. Centre Emile Bernheim. (C.E.B.)
ULB CP
14/03 - av F.D. Roosevelt, 50
1050 Bruxelles
Belgique
<http://www.solvay.edu/contact-ceb>

University of Antwerp

Department of Economics
City Campus
Prinsstraat 13
2000 Antwerpen
Belgique

University of Sheffield

Department of Economics
9 Mappin Street
Sheffield
S1 4DT
Royaume-Uni
www.shef.ac.uk/economics

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/>

US Census Bureau

4600 Silver Hill Road
Washington, DC 20233
<http://www.census.gov/>

US Government Printing Office

732 North Capitol
Washington DC, 20401

Etats-Unis

Fax : 202.512.2104

Email : ContactCenter@gpo.gov

<http://www.gpo.gov/>

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 the publication of a review of literature
- is open to the public and replies to external researchers' 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, the 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/>):

- DocVeille presents a bimonthly review of working papers, reports and journal articles
- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books and web sites
- thematic bibliographies
- a directory of health-related web sites, addresses and the conference calendar
- 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/>) :

- DocVeille : ce bimensuel présente des working papers, des rapports, des articles
- *Lu pour vous*, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques
- 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>