

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Août - Septembre - Octobre 2007

■ Service Documentation

► Présentation

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

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

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

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

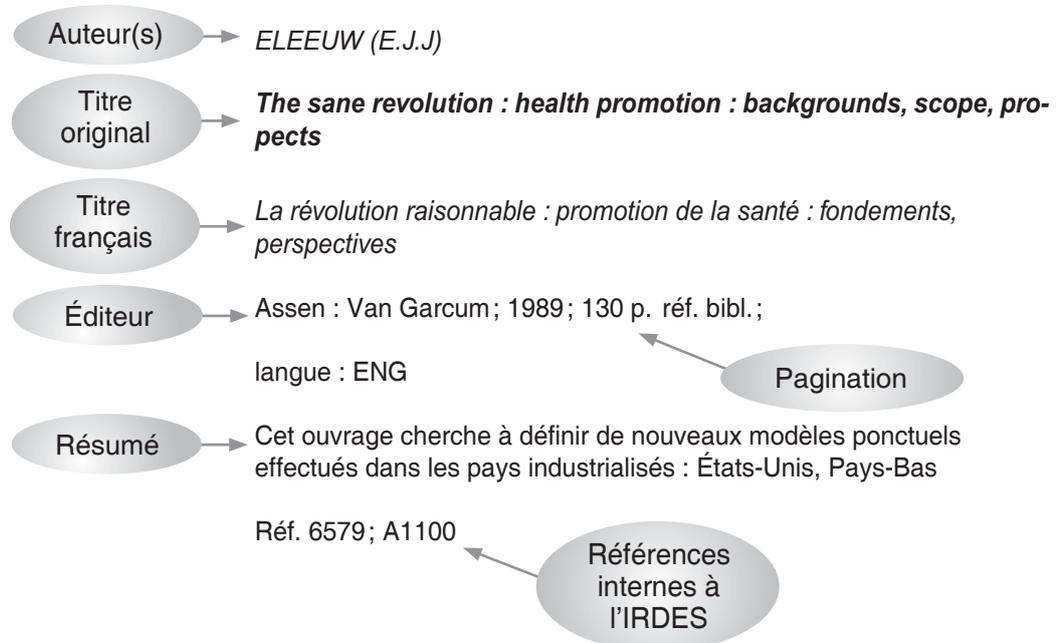
L'IRDES est disponible sur Internet.

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

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

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

► Comment lire une notice?



► Signification des abréviations

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

Sommaire



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

Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

15 POLITIQUE DE SANTÉ

HCAAM.....	15
Macro-économie de la santé.....	15
Planification sanitaire.....	16
Psychiatrie.....	16
Réformes.....	17
Réseaux de santé.....	18
Sondages d'opinion.....	18

18 PROTECTION SOCIALE

Aide médicale.....	18
Assurances sociales.....	19
Couverture complémentaire.....	19
Couverture maladie universelle.....	20
Historique.....	20
Retraite.....	21

23 PRÉVENTION

Toxicomanie.....	23
Veille sanitaire.....	24

24 DÉPENSES DE SANTÉ

Cancer.....	24
Comptes de la Sécurité sociale.....	25
Dépenses pharmaceutiques.....	26
Vieillesse.....	26

27 CONSOMMATION MÉDICALE

Consommation pharmaceutique.....	27
----------------------------------	----

27 INDICATEURS DE SANTÉ

État de santé.....	27
Obésité.....	28
Travail et santé.....	28

31 PERSONNES AGÉES

Emploi des seniors.....	31
-------------------------	----

32 GROUPE DE POPULATION

Adolescents.....	32
Étudiants.....	33
Exclusion.....	33
Inégalités sociales.....	34
Pauvreté.....	35
Sans domicile fixe.....	35
Sociologie.....	36
Sociologie de la santé.....	36

37 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Démographie médicale.....	37
Ile-de-France.....	37
Poitou-Charentes.....	38
Territoire.....	38

39 MÉDECINE LIBÉRALE

Anthropologie médicale.....	39
Épuisement professionnel.....	39
Honoraires.....	39
Pratique médicale.....	40
Rémunération.....	41

41 HÔPITAL

Comptabilité hospitalière.....	41
Indicateurs de gestion hospitalière.....	42
Listes d'attente.....	42
Performance.....	43
Réformes hospitalières.....	43
Systèmes d'information.....	43
Tarifcation.....	44

44	PROFESSIONS DE SANTÉ	
	Infirmiers	44
	Pharmaciens	44

45	MÉDICAMENTS	
	Antibiotiques	45
	Données statistiques	45
	Industrie pharmaceutique	46
	Information du malade	47
	Marché du médicament	47
	Médicaments génériques	47
	Observance	48
	Pharmacovigilance	48
	Prescription	48
	Prix	49
	Recherche pharmaceutique	51

52	SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS	
	Allemagne	52
	Australie	52
	États-Unis	53
	Europe	54
	Europe orientale	54
	Monde	55
	Nouvelle-Zélande	55
	Pays industrialisés	55
	Pays nordiques	56
	Royaume-Uni	56
	Suède	57
	Union européenne	57

57	PRÉVISION - ÉVALUATION	
	Économie de la santé	57
	Médicaments	59

59	DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE	
	Conditions de travail	59
	Parentalité	60

60	ÉCONOMIE GÉNÉRALE	
	Emploi	60

61	DOCUMENTATION	
	Classifications	61
	Communication écrite	61
	Dictionnaires	61

62	RÉGLEMENTATION	
	Assurances privées	62
	Droits des malades	62

— AUTRES RUBRIQUES —

65	Index des auteurs
71	Carnet d'adresses des éditeurs
85	Calendrier des colloques

► Références bibliographiques

D HCAAM

35411

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 2007.**

Paris : HCAAM : 2007/07 : 144 p., tabl.
Cote Irdes : B6046

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/rapport_2007.pdf

Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements – très élevés – montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les

assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficacité. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

D Macro-économie de la santé

35410

DOCUMENT DE TRAVAIL

RUHM (C.J.)

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

Are recessions good for health ?

*Les récessions économiques sont-elles
bonnes pour la santé ?*

NBER Working Paper Series ; n° 5570

Cambridge : NBER : 1996/05 : 48 p., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : P193

www.nber.org/papers/w5570

This study examines the relationship between economic conditions and health. Fixed-effect models are estimated using state level data for the 1972-1991 time period. Health is proxied by total and age-specific mortality rates, as well as by 10 particular causes of death. Total mortality and nine of the ten sources of fatalities exhibit a procyclical variation, with suicides representing the important exception. The fluctuations in mortality are larger for 20-44 year olds than for older individuals. The predicted relationship between personal incomes and health is quite weak and is sensitive to the choice of model specifications, time periods and dependent variables. These findings suggest the possible importance of cyclical variations in the time costs of medical care or healthy lifestyles and of negative health effects of job-holding.

34123

DOCUMENT DE TRAVAIL
HSIAO (W.), HELLER (P.S.)
Fonds Monétaire International.
Washington DC. USA

What should Macroeconomists know about health care policy ?

Que doivent savoir les macro-économistes à propos de la politique de santé ?
IMF Working Paper ; n° WP/07/13.
Washington : Fonds Monétaire International :
2007/01 : 101 p., tabl.
Cote Irdes : B5801

This primer aims to provide IMF macroeconomists with the essential information they need to address issues concerning health sector policy, particularly when they have significant macroeconomic implications. Such issues can also affect equity and growth and are fundamental to any strategy of poverty reduction. The primer highlights the appropriate roles for the state and market in health care financing and provision. It also suggests situations in which macroeconomists should engage health sector specialists in policy formulation exercises. Finally, it reviews the different health policy issues that confront countries at alternative stages of economic development and the range of appropriate policy options.

► Planification sanitaire

35441

DOCUMENT DE TRAVAIL
GUGUSHVILI (A.)

The advantages and disadvantages of needs-based resource allocation in integrated health systems and market systems of health care provider reimbursement.

Avantages et inconvénients de l'allocation de ressources basée sur les besoins dans un système de santé intégré et remboursement des soins dans un système concurrentiel de production de soins.

Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2007/05 : 16 p.
Cote Irdes : B6056

http://mpira.ub.uni-muenchen.de/3354/02/MPRA_paper_3354.pdf

This paper reviews the vital health care resource allocation in integrated systems and contrasts it with the market-based health care resource provisions. It is believed that among several alternatives a method of centrally managed needs-

based resource distribution is best suited for universally appraised code of "equal treatment of equals". However, the main problem hides in identification and measurement of "need" and in economic effectiveness of the methodology. Supposedly, from the 1980s, as an innovative approach, the market system of health care provider reimbursement had to resolve the problems associated with centralised needs-based resource allocation, maintaining the main achievements and improving the effectiveness of the systematic distribution. Nonetheless, as this paper shows, so far there is little evidence that the market-based health care provider reimbursement advances the allocative performance of various health care systems. .

► Psychiatrie

34710

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

Mental health policy implementation guide. A learning and development toolkit for the whole of the mental health workforce across both health and social care.

Guide pour la mise en œuvre d'une politique en santé mentale : une trousse à outils pour l'apprentissage et le développement de l'ensemble d'une main d'œuvre en santé mentale à la fois par la santé et le social.

Londres : Department of Health : 2007/04 :
63 p., tabl.
Cote Irdes : B5929

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=134304&Rendition=Web

The purpose of this toolkit is to set up the current learning and development issues for mental health. The priorities local health and social care organisations may wish to consider in developing their own learning and development strategies, and the future learning and development issues coming round the corner.

34118

OUVRAGE

KNAPP (M.), MCDAID (D.), MOSSIALOS (E.), THORNICROFT (G.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Observatoire Européen sur les Systèmes et les Politiques de Santé.
Bruxelles. BEL

Mental health policy and practice across Europe.

La politique et les pratiques de santé mentale à travers l'Europe.

Berskshire : Open University Press : 2007 :
452 p., tabl., index
Cote Irdes : A3534

<http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf>

In much of Europe, the challenges raised by poor mental health remain taboo. This book maps the current state of policy, service provision and funding for mental health care across Europe, taking into account the differing historical contexts that have shaped both the development and the delivery of services. A holistic approach assesses the influence on mental health of environmental factors such as housing, poverty, employment, social justice and displacement. Covering a wide range of policy issues, the book : examines the legal rights of people with mental health problems ; addresses the impact of stigma, social exclusion and discrimination ; reviews the role of service users and their families in the development of mental health services and policy ; evaluates opportunities to rehabilitate people with mental health problems ; discusses the financing and organization of mental health systems ; and reflects on approaches to reform and on the future development of services.

► Réformes

34749

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).
Conférence Nationale de la Santé. (C.N.S.).
Paris. FRA

Les voies d'amélioration du système de santé français.

Paris : DGS : 2007/03/22 : 14 p.
Cote Irdes : C, B5954

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/conf_nationale_sante/avis_22mars.pdf

La conférence nationale de santé a rendu, lors de sa séance du 22 mars 2007, son premier avis. Ce dernier propose un certain nombre de recomman-

dations tendant à envisager « les voies d'amélioration du système de santé français ». Les difficultés récurrentes pour financer les dépenses de santé dans le cadre de contraintes économiques fortes, la place trop modeste occupée par l'éducation à la santé et la prévention en France par rapport aux soins curatifs, la persistance de fortes inégalités d'accès à la santé, les difficultés récurrentes d'organisation du système de santé, la faiblesse des moyens et les contraintes pesant sur la recherche sont autant de sujets qui motivent cet avis. La CNS distingue les constats et le diagnostic sur la situation actuelle avant d'indiquer les thèmes et les enjeux prioritaires pour la mandature 2007-2012 : développer la promotion de la santé ; réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention ; centrer l'organisation des soins sur les soins de premiers recours ; conforter la solidarité ; soutenir l'évaluation et la recherche.

34846

OUVRAGE, FASCICULE
BEAU (P.)

Lettre ouverte au Ministre de la santé.

Paris : Espace social européen : 2007 : 237 p.
Cote Irdes : A3571

<http://www.espace-social.com/spip.php?article1786>

Édité par Espace Social Européen, écrit par Pascal Beau, son directeur, ce petit bouquin remarquable et assez décapant dresse l'état des lieux du système de santé et invite le prochain ministre de la santé à réfléchir aux pistes d'évolution.

34695

OUVRAGE
BLEMONT (P.), OLEJNICZAK (P.)

Assurance maladie et système d'offre de soins.

Paris : Ellipses : 2007 : 192 p.
Cote Irdes : A3561

La Sécurité sociale est en crise, et avec elle l'assurance maladie. De façon récurrente, on se penche sur le fameux « trou de la sécu », focalisant sur ses aspects financiers et oubliant d'en souligner les bienfaits de stabilisateur économique et social. L'assurance maladie apparaît comme la plus décriée vu le déficit existant, qui fonde le reproche de gager l'avenir des générations futures pour garantir notre confort. Encore financée par les cotisations en 1980, l'assurance maladie est aujourd'hui majoritairement financée par l'impôt et les taxes spéciales affectées. L'assurance maladie, mise en regard du système d'offre de soins, est inéluctablement vouée à se transformer, sous la pression de l'augmentation de la durée de la vie, de l'exigence de sécurité

sanitaire des malades et des questions de financement. Elle n'échappera pas à une réforme profonde ; faute de quoi, le changement pourrait s'imposer de l'extérieur - concurrence, organismes complémentaires ou assureurs privés.

► Réseaux de santé

34117

OUVRAGE

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

Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?

Paris : L'Harmattan : 2006 : 148 p.

Cote Irdes : A3533

Permettant d'assurer une médecine économique, proche du malade et conviviale, les réseaux de santé apparaissent comme l'objet idéal et pourtant ils ne se développent que lentement. A partir de cas concrets, il s'agit donc de faire le tour des obstacles institutionnels, des hiérarchies professionnelles implicites et des enjeux organisationnels. Lorsque ces obstacles sont surmontés, de nouvelles pratiques apparaissent et le malade prend plus de place dans le soin. Il est considéré comme un acteur à accompagner.

► Sondages d'opinion

35402

RAPPORT

AG2R Prévoyance.

Paris. FRA

Le baromètre santé : les Français, la santé et le système de soins : vague de juillet 2007.

Paris : AG2R : 2007/07 : 10 p., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : B6039

[http://www.ag2r.com/doc_presse/baromètre AG2R Prévoyance - LH2.ppt](http://www.ag2r.com/doc_presse/baromètre%20AG2R%20Prévoyance-LH2.ppt)

Après la réalisation du 1er baromètre dédié à la santé, en octobre 2006, AG2R Prévoyance a relancé cette étude sur « les Français, la santé et l'argent ». Réalisé avec l'institut LH2, ce sondage AG2R Prévoyance a été effectué fin mai 2007. Il révèle notamment : l'importance confirmée de la santé pour les Français (71 % des Français estiment que la santé constitue l'un des facteurs les plus essentiels pour leur qualité de vie, soit une progression de 2 points par rapport à septembre 2006), l'attachement croissant des Français à leur système de soins (le sentiment que ce dernier est meilleur en France que dans d'autres pays, est partagé par 86 % d'entre eux ,

soit + 3 points par rapport à 2006. Et si la détérioration du système de soins français se fait sentir auprès d'une majorité de Français, sa perception est cependant en assez net reflux à 61 %, soit - 5 points) ; l'existence d'une proportion croissante de Français prêts à accroître leurs dépenses de santé (57 % contre 50 % lors de la précédente étude - une évolution qui ne signifie pas que les Français souhaitent désormais l'abandon de notre système de santé au profit d'une individualisation des dépenses de santé). Dans un contexte de prise de conscience des déficits publics et de vieillissement de la population, on assiste à une certaine mobilisation en faveur du système de santé auquel les Français sont très attachés tandis que la santé apparaît comme plus sacralisée que jamais, conclut le communiqué de presse de l'AG2R.

PROTECTION SOCIALE

► Aide médicale

34740

RAPPORT

AZOULAY (J.), CHAMBAUD (L.),

CORLAY (D.), HAVARD (H.), SOURLAS (P.)

GISSLER (E.) / coord.

Inspection Générale des Finances. (I.G.F.).

Paris. FRA, Inspection Générale des Affaires

Sociales. (I.G.A.S.).

Paris. FRA

Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat : Mission d'audit de modernisation.

Paris : IGS, IGAS : 2007/02 : 45 p., ann.

Cote Irdes : B5949

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000345/0000.pdf>

Le présent rapport fait partie de la cinquième vague d'audits de modernisation lancés en octobre 2005 dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui introduit une démarche de performance, visant à faire passer l'Etat d'une « logique de moyens » à une « logique de résultats ». Les audits sont réalisés sous la co-maîtrise d'ouvrage du ministère intéressé (qui s'appuie sur le secrétaire général et ses équipes de modernisation) et du ministère chargé du budget et de la réforme de l'Etat (qui s'appuie notamment sur la direction générale de la modernisation de l'Etat).

► Assurances sociales

35269

OUVRAGE

TISSERAND (P.)

Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.

(C.H.S.S.).

Paris. FRA

Systèmes financiers des assurances sociales.

Paris : Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale,

Paris : La Documentation française : 2007 :

298 p., tabl.

Cote Irdes : A3593

Cet ouvrage de 1929 est la réédition par le Comité d'histoire de la Sécurité sociale d'une thèse de droit. L'étude reflète un moment important de l'histoire sociale. Elle se situe exactement à la charnière du débat parlementaire décennal qui a abouti à l'adoption de la loi de 1928, étape décisive dans la mise en place d'un système de protection obligatoire. Les bouleversements de la guerre 14-18 déterminèrent la promulgation de cette loi, liée au contrat de travail et destinée à préserver la force de travail, faisant cependant prévaloir les relations industrielles sur la prévoyance libre antérieure, ce qui suscita bien des controverses. Les Assurances sociales, votées enfin en 1928, ne seront définitivement instaurées qu'en 1930 par une réforme assez drastique du dispositif initialement prévu, préfigurant déjà sur le plan des méthodes, les réformes à venir. La réédition de ce document vient ainsi éclairer un pan de l'histoire de la Sécurité sociale

34122

DOCUMENT DE TRAVAIL

WAGSTAFF (A.)

Social health insurance reexamined.

L'assurance sociale de santé réexaminée.

World Bank Policy Research Working Paper ; n° 4111.

Washington : Banque mondiale : 2007/01 :

26 p.

Cote Irdes : B5800

Social health insurance (SHI) is enjoying something of a revival in parts of the developing world at the moment. Many countries that have in the past relied largely on tax finance (and out-of-pocket payments) have introduced SHI, or are thinking about doing so. And countries with SHI already in place are making vigorous efforts to extend coverage to the informal sector. Ironically, this revival is occurring at a time when the traditional SHI countries in Europe have either already reduced payroll financing in favor of general revenues, or are in the process of doing

so. This paper examines how SHI fares in health care delivery, revenue collection, covering the formal sector, and its impacts on the labor market. It argues that SHI does not necessarily deliver good quality care at a low cost, partly because of poor regulation of SHI purchasers. It suggests that the costs of collecting revenues can be substantial, even in the formal sector where nonenrollment and evasion are commonplace, and that while SHI can cover the formal sector and the poor relatively easily, it fares badly in terms of covering the nonpoor informal sector workers until the economy has reached a high level of economic development. The paper also argues that SHI can have negative labor market effects, including formal sector workers moving into the informal sector, and poor households covered at the taxpayer's expense being caught in a poverty trap.

► Couverture complémentaire

35403

RAPPORT

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

Paris. FRA

Coût unitaire moyen par bénéficiaire de la Cmu-c.

Paris : Fonds CMU : 2007 : 26 p., tabl.

Cote Irdes : B6040

http://www.cmu.fr/userdocs/Cout_moyen_2006.pdf

Comme chaque année, le Fonds CMU rend public les données relatives au coût moyen de la CMU-C par bénéficiaire. En 2006, le coût moyen global est estimé à 341 euros (tous gestionnaires confondus) et à 313 euros pour les organismes complémentaires santé. Ces sommes sont à rapprocher du montant du forfait de gestion : 340 euros.

35404

RAPPORT

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

Paris. FRA

Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006.

Paris : Fonds CMU : 2007 : 51 p., tabl.

Cote Irdes : B6041

http://www.cmu.fr/userdocs/rapport_prixcontenu_2006.pdf

L'article L. 863-5 du code de la Sécurité sociale prévoit que le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt », maintenant appelé aide complémentaire santé (ACS). Compte tenu de la revalorisation de son montant en 2006, l'ACS prend en charge la moitié du montant de la prime (40 % en 2005). Le taux d'effort passe de 4,5 % à 3,8 %.

► Couverture maladie universelle

35113

RAPPORT

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

Rapport d'activité 2006 du Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Paris : Fonds CMU : 2007 : 90 p., tabl.
Cote Irdes : B6001

<http://www.fonds-cmu.fr/site/cmuphp4?ld=3&cat=89>

Ce rapport présente les comptes du Fonds Cmu, qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle et assure la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Les recettes 2006 s'établissent à 1,65 milliard d'euros dont 967 millions en provenance de l'Etat (en baisse régulière depuis 2002) et 650 millions des OC (en forte hausse - contribution relevée à 2,5 % du chiffre d'affaires). Les dépenses 2006 de 1,68 milliard sont en hausse de 14 % sur un an. Au 31 décembre 2006, on comptait 4 861 000 bénéficiaires de la CMUC, effectifs quasi stables par rapport à 2005 (hausse de 0,5 % dont 0,3 % en métropole). 7,8 % de la population résidant en France est couverte par la CMUC, avec de fortes variations territoriales : 6,9 % en métropole, contre 35,6 % dans les DOM. La Réunion, avec 320 000 bénéficiaires et 42 % de la population couverte constitue un record absolu. En matière d'ouverture de droit, le régime général représente 91,7 % des bénéficiaires, la MSA 3,1 % et le RSI 3,5 % des effectifs de l'ensemble de la prestation. Les effectifs du régime général sont pratiquement stables. Les autres régimes ont des évolutions plus contrastées : les bénéficiaires de la CMU du régime agricole ont subi une baisse sensible, puis se stabilisent en 2006. Le régime des travailleurs indépendants accuse pour sa part une forte croissance continue, depuis 3 ans années. La part des assurés du RSI à faibles revenus augmente très fortement. Les mesures favori-

sant la création d'entreprises ont attiré vers lui des personnes dont la situation reste économiquement assez fragile. La part des organismes complémentaires reste assez faible dans la gestion de la prestation (12,7 %). Le coût unitaire moyen par bénéficiaire CMUC des dépenses de santé - 334 euros en Métropole en 2005 pour la CNAMTS, 301 pour le RSI et 314 pour la MSA, 317 pour les OC - est à comparer au montant des remboursements que touchent les organismes pour la gestion de la prestation - 304,52 euros. Une première estimation de la dépense moyenne 2006 ressort à environ 353 euros pour la CNAMTS en métropole (pour 340 euros remboursés).

► Historique

35267

OUVRAGE , CONGRES

BONIFAY (C.), BORGETTO (M.),
PRIEUR (C.), BRIET (R.) *et al.*,
LAGRAVE (M.) / préf., LIBAULT (D.) / préf.
Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.
(C.H.S.S.). Paris. FRA,
Association pour l'Etude de l'Histoire
de la Sécurité Sociale. (A.E.H.S.S.).
Paris. FRA

L'esprit de réforme dans la Sécurité sociale à travers son histoire.

60^e anniversaire de la Sécurité sociale :
colloque. : Paris, 2005/11/16

Paris : Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale,
Paris : La documentation française : 2004 :
201 p., tabl.

Cote Irdes : A3591

Cet ouvrage rassemble les actes d'un colloque organisé, à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la création de la Sécurité sociale, par le Comité d'Histoire de la Sécurité sociale. Il présente les grandes étapes de la Sécurité sociale depuis la création (textes fondamentaux) accompagnées des réformes qui jalonnèrent ce parcours et des derniers développements en matière de maîtrise de dépense de santé. Les différentes interventions présentées ici ont été suivies de débats également retranscrits.

35266

OUVRAGE

GALANT (H.C.)
LAROQUE (P.) / préf.

Histoire politique de la Sécurité sociale française 1945-1952.

Paris : Comité d'Histoire de la
Sécurité Sociale : 2004 : 208 p., tabl.
Cote Irdes : A3590

A l'occasion du 60ème anniversaire de la création de la Sécurité sociale, le Comité d'Histoire de la Sécurité sociale a jugé utile de rééditer la thèse de doctorat en sciences politiques de l'Université de Harvard d'Henry C. Galant, afin de rappeler aux lecteurs d'aujourd'hui dans quelles conditions un changement aussi profond que celui de la création de la Sécurité sociale avait pu être introduit dans une France appauvrie de l'immédiat après guerre aux structures sociales fragmentées et rigides. Cet ouvrage est scindé en 7 chapitres : « Origines historiques du plan français de Sécurité sociale », « L'élaboration du plan français de Sécurité sociale », « La première Assemblée constituante : organisation et généralisation de la Sécurité sociale », « Consolidation du régime de Sécurité sociale sous la deuxième Assemblée constituante », « Phase transitoire : atteinte au principe de la caisse unique », « les élections des membres des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale, 1947- 1950 », « les pouvoirs et l'action des conseils d'administration ».

► Retraite

34950

RAPPORT
DOMEIZEL (C.), LECLERC (D.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales.
(C.A.S.). Mission d'Évaluation et de Contrôle
de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.).
Paris. FRA

Rapport d'information sur les pensions de réversion.

Paris : Sénat : 2007 : 194 p.
Cote Irdes : B6082

<http://www.senat.fr/rap/r06-314/r06-3141.pdf>

La Mission d'évaluation et de contrôle des comptes de la Sécurité sociale (Mecss) du Sénat a approuvé les conclusions d'un rapport plaidant pour une réforme du dispositif de réversion, dans la perspective de 2008, prochaine étape de la réforme des retraites. Du panorama très complet des dispositifs en vigueur qu'elle a dressé, la Mecss a retiré le sentiment de l'extrême complexité et diversité de situations. Les règles divergent en effet profondément selon que l'on relève du régime général ou de ceux de la fonction publique, d'un régime de base ou d'un régime complémentaire, selon que l'on est conjoint survivant, ex-conjoint divorcé, remarié ou non, avec ou sans enfant à charge. Au nom de l'équité, la Mecss a plaidé pour l'harmonisation des régimes, à terme, et la simplification de leurs mécanismes. De plus, les sénateurs préconisent de porter le taux de réversion de 54 à

60 %, d'améliorer le dispositif pour les jeunes veufs avec enfants et de l'étendre aux pacsés. En contrepartie, les conditions d'âge et de durée de mariage seraient rétablies.

34741

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

La réforme du système des retraites : à qui les sacrifices ?

Paris : Editions Rue d'Ulm / Presses de
l'École Normale Supérieure : 2007/05 : 52 p.
Cote Irdes : B5950

<http://www.cepremap.cnrs.fr/laffargue/research/opuscule-retraites.pdf>

L'auteur propose une réflexion documentée des systèmes de retraites des pays industrialisés fragilisés par le problème du ralentissement démographique. Après avoir discuté des fonctions et justifications des systèmes de retraite par capitalisation et répartition, l'auteur examine, au travers d'analyses empiriques, la nature d'une réforme des systèmes de retraite et les difficultés liées à sa mise en oeuvre. Selon lui, il n'existe aucune réforme optimale qui garantirait un niveau de bien-être au moins équivalent à celui existant. En effet, réformer les régimes par répartition en introduisant une part de capitalisation – par le développement des fonds de pension notamment – ne suffit pas à répondre au problème du vieillissement démographique. Les régimes par capitalisation sont eux-mêmes sensibles aux phénomènes démographiques, même si ces effets peuvent être atténués à l'heure de la mondialisation financière (par la diversification géographique des portefeuilles). Il y a donc un sacrifice à répartir entre les générations. Réduire les niveaux des pensions de retraite et augmenter celui des ressources courantes (via par exemple une hausse des cotisations) pourrait déboucher sur des protestations sociales fortes et lui semble ainsi peu envisageable. Faire porter les coûts aux générations futures lui paraît alors être une solution tentante d'un point de vue politique. L'auteur souligne que la lenteur de certaines réformes des systèmes de retraites, ou leur report, conduisent implicitement à un tel choix.

34639

OUVRAGE
TOUTAIN (S.)

Le nouvel âge des retraites.

Paris : Ellipses : 2007 : 236 p.
Cote Irdes : A3558

Depuis les années 1980, la plupart des pays industrialisés sont confrontés au délicat problème de la gestion des retraites - vieillissement de la population, dégradation de la situation de l'emploi des travailleurs âgés. Les réformes mises en œuvre à l'étranger amènent chacune leurs solutions, leurs originalités mais aussi d'éventuels problèmes, qui permettent de mieux éclairer les réformes françaises. En France, face au déficit grandissant et prévisible des régimes de retraite, le gouvernement Balladur a engagé en 1993 une réforme ne visant que le secteur privé. Dix ans après, la loi Fillon de 2003 reprend la réforme, portant cette fois sur le secteur public. L'insuffisance de ces réformes incitera à l'avenir à de nouvelles mesures certainement plus restrictives. À la lumière des réformes étrangères, la réforme française n'apparaîtrait-elle pas lente, partielle et à faible impact financier ? Les réformes apparaissent comme des tests de gestion du vieillissement des populations avant une perspective d'harmonisation des législations à l'échelle européenne. Les réformes menées aux États-Unis, au Japon mais aussi en Chine apportent un éclairage complémentaire sur d'autres modes de gestion du vieillissement.

34406

OUVRAGE
LEGROS (F.) / dir.

Les retraites : libres opinions d'experts européens.

Paris : Economica : 2007/02 : 328 p.,
tabl., graph.
Cote Irdes : A3564

Nous vivons de plus en plus vieux. Ces gains d'espérance de vie ont plusieurs contreparties : il faudra faire face aux coûts des retraites en mobilisant le réservoir de main d'œuvre que constitue le faible taux d'activité aux âges élevés, il faudra également produire mieux avec un facteur travail plus rare et plus âgé. Après une analyse des conséquences du vieillissement, cet ouvrage examine les réformes entreprises par nos voisins européens et tente d'en tirer des enseignements. Les réformes ont ceci en commun de buter ou d'avoir buté sur des marchés du travail peu efficaces et des résistances fortes. Cet ouvrage original a mobilisé 40 experts français et européens, tous reconnus pour leurs compétences dans le domaine de l'économie du

vieillessement et des pensions. Il est complété par les réactions d'acteurs politiques majeurs.

35510

RAPPORT
LEFEBVRE (C.)

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

Projections à long terme des systèmes de retraite : quelques expériences étrangères.

Paris : COR : 2007/05 : 50 p., tabl.
Cote Irdes : B6090

Le Conseil d'orientation des retraites a en charge de réaliser au moins tous les cinq ans des projections de la situation financière des régimes obligatoires de retraite. Les premières projections ont été publiées en 2001. Le deuxième exercice s'est achevé fin 2005. La période actuelle est donc propice à la réflexion. L'un des points de départ possible est de passer en revue le mode de fonctionnement de nos principaux voisins, en essayant de repérer les meilleures pratiques. Ce n'est pas toujours facile en matière de retraites : la conception globale des différents systèmes peut être si différente que l'expérience d'un pays n'est pas toujours transposable à l'autre. Les enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères restent donc assez généraux. Ce rapport tente de faire le bilan des pratiques de huit pays dans le domaine des projections financières à long terme de l'équilibre financier des régimes de retraite. L'étude a été restreinte à huit pays de manière à permettre des déplacements sur place, plutôt qu'une simple étude des documents disponibles au public. Dans chacun de ces huit pays, des entretiens ont été réalisés avec les principaux responsables des projections et de la supervision des régimes de retraite publics. Le choix des interlocuteurs a été fait sur la base de la documentation publique disponible, et avec l'aide et le conseil de plusieurs experts de ces questions dans l'administration française, à la Commission européenne, au secrétariat de l'OCDE, et surtout dans les ambassades de France à l'étranger. Le choix de ces huit pays - Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Canada et Québec, États-Unis - a été fait par le Conseil d'orientation des retraites, avec le souci de privilégier la diversité des expériences et des systèmes. Il a certes un côté arbitraire, et nombre de nos interlocuteurs ont cité des expériences intéressantes que nous n'avons pas pu observer sur place : c'est le cas notamment des expériences belge, finlandaise et norvégienne, qui, en matière de modélisation, paraissent particulièrement intéressantes. Le matériau rapporté de ces huit pays est cepen-

dant déjà très riche, et il pourra être complété dans l'avenir si le COR le juge nécessaire (tiré de l'avant-propos).

35220

RAPPORT

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

Pensions at a glance : public policies across OECD countries. 2007 edition.

Les pensions dans les pays de l'OCDE : panorama des politiques publiques. Édition 2007.

Paris : OCDE : 2007 : 204 p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : B6029

Les politiques publiques en matière de pensions et de retraite ont connu une évolution spectaculaire au cours des dix dernières années. Cet ouvrage présente un cadre cohérent permettant de comparer les politiques menées par les différents pays de l'OCDE dans ce domaine, ainsi qu'un ensemble de données fiables. Il constitue une bonne base non seulement pour évaluer les systèmes de retraite en vigueur, mais aussi pour concevoir et mettre en œuvre de futures réformes. Cette deuxième édition présente une mise à jour des informations détaillées concernant les principales caractéristiques des systèmes publics de retraite des 30 pays de l'OCDE. On y trouvera notamment des prévisions (présentées de façon claire et compréhensible) des revenus dont les travailleurs actuellement en activité disposeront au moment de leur retraite.

matiques liées à cette substance : consommation : niveaux, évolution, géographie ; usages réguliers, usages problématiques ; le marché du cannabis en France ; risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis ; la réponse publique en France ; comment le cannabis est-il perçu en France ? (Résumé d'auteur).

35485

RAPPORT

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

Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2006 - Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend).

Paris : ORSIF : 2007/07 : 186 p.

Cote Irdes : C, B6091

http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/TREND2006_4_%20pages_Web.pdf

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mis en place depuis 1999 un dispositif national intitulé TREND, Tendances récentes et nouvelles drogues, visant à repérer les nouvelles tendances de consommation de drogues. Pour la cinquième année consécutive, l'ORS d'Ile-de-France a assuré la coordination du site parisien TREND en 2006. Deux espaces d'observation ont été privilégiés « l'espace urbain » et « les espaces festifs ». L'espace urbain concerne, pour l'essentiel, des personnes rencontrées dans des structures accueillant les usagers de drogues (structures de première ligne et programmes d'échange de seringues), dans des centres de soins spécialisés ainsi que dans des lieux « ouverts » tels que la rue et les squats. Les espaces festifs désignent les lieux dans lesquels se déroulent des événements festifs, que ceux-ci soient commerciaux (discothèques, clubs, bars, concerts, etc.) ou non (free parties, teknivals, etc.). Ces lieux sont de différentes cultures musicales, avec néanmoins une dominante pour les musiques électroniques. Après un premier chapitre exposant la méthodologie d'enquête, le rapport aborde, dans une seconde partie, les caractéristiques des usagers, leurs modalités d'usage et les contextes de consommation. Dans une troisième partie, sont détaillés les principaux éléments sur les produits consommés et les tendances en évolution depuis la précédente enquête. En 2006, un thème a plus particulièrement été approfondi, faisant l'objet d'un quatrième chapitre spécifique dans ce rapport d'analyse. Ce thème porte sur les consumma-

PRÉVENTION

D Toxicomanie

35417

RAPPORT

COSTES (J.M.) / dir.
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Saint-Denis. FRA

Cannabis, données essentielles.

Saint-Denis : OFDT : 2007 : 232 p.

Cote Irdes : A3610

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

Produit illicite le plus présent en France, surtout auprès des jeunes générations, le cannabis fait ici l'objet d'une monographie réalisée par l'OFDT. À travers six parties, le rapport aborde les thé-

tions de drogues parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France. Enfin, le rapport se termine par une synthèse des observations et reprend les faits marquants en 2006.

► Veille sanitaire

34847

OUVRAGE
CICOLELLA (A.)

Le défi des épidémies modernes : comment sauver la Sécu en changeant le système de santé.

Paris : Éditions de la découverte : 2007 : 141 p.
Cote Irdes : A3572

Les sociétés modernes sont confrontées à une véritable épidémie de maladies chroniques : cancers, maladies cardiovasculaires, obésité et diabète, allergies, affections mentales... Or elles sont très largement évitables, car elles sont la conséquence de notre mode de vie et de notre environnement. Selon l'Organisation mondiale de la santé, elles sont responsables de 86 % des décès et représentent 77 % des cas de maladies en Europe. Elles sont ainsi devenues la cause majeure de la crise des systèmes de santé. En France, la « Sécu » a certes permis l'accès aux soins pour tous, mais elle n'arrive pas à répondre à cette crise. Et au nom de la lutte contre le « trou de la Sécu », on cherche donc à convaincre les Français qu'il faudrait remplacer le principe de solidarité par une logique individualiste d'assurances privées. Mais les solutions libérales sont une illusion, comme le montre André Cicolella dans cet essai rigoureusement argumenté : elles ne répondent pas à la question et ne peuvent, au contraire, que faire empirer la situation. A l'inverse, explique-t-il, il est possible de surmonter la crise en agissant sur les causes environnementales et comportementales des maladies et en sortant du « tout médicament ». Et aussi en réinventant un système de santé de proximité, un financement plus juste et en instaurant une véritable démocratie sanitaire. Bref, en refondant un véritable système de santé et pas seulement un système de soins.

35401

RAPPORT
BRICQ (N.)
Sénat. Paris. FRA.

Rapport d'information sur le dispositif des agences en matière de sécurité sanitaire.

Paris : Sénat : 2007 : 88 p., tabl.
Cote Irdes : B6038

<http://www.senat.fr/rap/r06-355/r06-3551.pdf>

Depuis le début des années 1990, le recours aux agences en matière de sécurité sanitaire s'est fortement développé. Mises en place en réaction à des crises graves, leur création s'inscrit également dans la recherche d'une action publique moderne et réactive. A la veille du 10ème anniversaire de la loi du 1er juillet 1998, qui a institué l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Institut de veille sanitaire (INVS) et l'Etablissement français du sang (EFS), quel bilan tirer du recours à ces structures ? Si la création des agences sanitaires a conduit à une nette amélioration de la veille et de la sécurité sanitaires, elle ne répond pas à la notion de « bonne administration », ni à celle de l'efficacité économique. Le schéma des agences manque en effet de lisibilité et les logiques administratives peinent à s'adapter à cette nouvelle forme institutionnelle. Ce faisant, Mme Nicole Bricq préconise, en sa qualité de rapporteure spéciale de la mission « Sécurité sanitaire » au nom de la commission des finances, la stabilisation et la rationalisation du dispositif, la réforme des modes de gouvernance de l'administration, ainsi qu'une réflexion de fond sur la transposabilité des principes de la LOLF aux opérateurs de l'État.

DÉPENSES DE SANTÉ

► Cancer

34623

RAPPORT
Institut National du Cancer. (I.N.C.).
Paris. FRA

Analyse économique des coûts du cancer en France : impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche.

Paris : INC : 2007/03 : 144 p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : A3555

http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/etude_economie-ducancer.pdf

Pour la première fois, l'ensemble des coûts de la lutte contre le cancer en France a été rassemblé et documenté par l'Institut National du Cancer. L'approche est économique plutôt que comptable, elle intègre le coût du cancer pour l'Etat et l'Assurance Maladie, mais aussi le coût pour la société, pour laquelle la maladie se traduit aussi par une perte de bien-être et d'utilité sociale. Un travail original, jamais mené en France, a été réalisé sur les pertes de production liées au

cancer. Cette approche est déclinée par grand thème : le coût des soins hospitaliers et de ville, les pertes de production induites par le cancer, les coûts des politiques publiques de prévention, de dépistage, de recherche. L'exploitation de la base PMSI a fourni des données sur le coût des soins pour 2004. Pour les autres aspects (dépistage, prévention, recherche), les informations existantes ont été rassemblées en remontant autant que possible à la source des données (comptes de la santé, budget de l'Etat...). Il en résulte une vue d'ensemble, à un moment donné, l'année de référence étant 2004. En termes de chiffre, les dépenses globales atteignent environ 12 milliards d'euros dont 10 milliards pour les soins. 780 millions d'euros ont été investis pour la recherche, 350 millions pour les dépistages et 120 millions pour la prévention dont plus de 100 millions pour la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Cette étude débouche sur l'identification de grands axes de recherche qui seront développés par l'Institut National du Cancer pour renforcer la capacité à évaluer la manière dont l'argent public est utilisé dans les domaines de la prévention, du dépistage, de la recherche et des soins.

► Comptes de la Sécurité sociale

35478

RAPPORT

VASSELLE (A.)

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

**Rapport d'information sur l'état des
comptes de la Sécurité sociale en vue
de la tenue du débat sur les orientations
des finances sociales.**

Paris : Sénat : 2007/07 : 137 p.

Cote Irdes : C, B6054

<http://www.senat.fr/rap/r06-403/r06-4031.pdf>

Le présent rapport, établi par le président de la Mecss (Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale), pour la préparation du débat d'orientation des finances sociales, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Selon le rapport, après l'amélioration constatée en 2006, l'exercice en cours pourrait se traduire par une rechute grave des comptes de la protection sociale, avec un déficit qui s'établirait à 12 milliards d'euros en fin d'année. Le rapporteur juge que le nouveau gouvernement a lancé plusieurs actions pour tenter d'enrayer cette « dérive » : plan d'économies pour l'assurance maladie, dé-

clarations du ministre des comptes publics sur la volonté de l'Etat de rembourser sa dette à l'égard du régime général, dans un objectif d'apurement comptable... Pour permettre un retour durable à l'équilibre des quatre branches de la Sécurité sociale, plusieurs propositions sont par ailleurs émises par l'auteur : préserver l'acquis de la réforme des retraites de 2003 menacée par la dégradation des comptes de l'assurance vieillesse ; aller au-delà du plan d'économies pour l'assurance maladie ; étudier l'instauration d'un nouveau prélèvement social (« TVA sociale »).

35400

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

**Rapport de certification des comptes
du régime général de Sécurité sociale :
exercice 2008.**

Paris : Cour des comptes : 2007/06 :

170 p., tabl.

Cote Irdes : B6037

Ce premier rapport de certification des comptes du régime général de Sécurité sociale concerne les comptes de l'exercice 2006. Elle a pris la mesure des progrès effectués mais aussi du chemin qui reste à parcourir, surtout dans le domaine du contrôle interne et de l'audit interne. La Cour certifie avec des réserves significatives que les comptes combinés des branches maladie, accidents du travail maladies professionnelles et retraite, ainsi que de l'activité de recouvrement, sont réguliers, sincères et présentent une image fidèle. Il en va de même pour les comptes de la CNAMTS et de la CNAVTS. Elle certifie avec une réserve simple les comptes de l'ACOSS. En revanche, la Cour ne s'estime pas en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes combinés de la branche famille et sur ceux de la CNAF, en raison des nombreuses limitations substantielles affectant l'audit de ces comptes. Enfin tout en certifiant avec réserve, comme indiqué, les comptes de la branche retraite, la Cour observe que pour avoir une image fidèle de la situation financière de celle-ci, il convient de prendre en compte le déficit persistant du Fonds de solidarité vieillesse (qui est un établissement public destiné à financer des avantages de retraite non contributifs dans le cadre de la solidarité nationale), ce qui aboutit à faire passer le déficit réel 2006 de la branche retraite du régime général de 1,9 Mds € à 3 Mds €.

35407

RAPPORT

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

**Rapport à la commission des comptes
de la Sécurité sociale - CCSS. Résultats
2006 - Prévisions 2007 : rapport provisoire.**

Paris : La documentation française : 2007/07 :
245 p., tabl., graph., carte, ann.
Cote Irdes : Bc6044

[http://www.fil-social.com/IMG/pdf/Synthese Commission des comptes du 4.7.2007.pdf](http://www.fil-social.com/IMG/pdf/Synthese_Commission_des_comptes_du_4.7.2007.pdf)

Ce rapport présente les comptes de la Sécurité sociale du régime général pour l'année 2006 et les prévisions actualisées pour 2007. Le rapport s'organise autour d'une synthèse, d'un avant-propos réunissant les principaux résultats et de fiches organisées par thème. Des éclairages maladie sont proposés : la dynamique du marché des médicaments remboursables en ville en 2006, la contribution des médicaments à la maîtrise des dépenses de santé en 2006, l'évolution des honoraires des médecins libéraux sur longue période, un point sur la permanence des soins en ville, la caractérisation de l'activité des cliniques privées depuis 1998, l'assurance maladie en Allemagne, l'aide à la complémentaire santé en 2006.

► Dépenses pharmaceutiques

34922

RAPPORT

Laboratoires Internationaux
de Recherche. (L.I.R.). Observatoire du LIR.
Paris. FRA

**Observatoire du LIR sur les dépenses
d'assurance maladie. Données 2006.**

Paris : LIR : (2007) : 30 p.
Cote Irdes : B5988

<http://www.lir.asso.fr/pdf/Observatoire-Donnees-2006.pdf>

L'objectif de cette étude est de tenter une analyse différente de la hausse des ventes de médicaments, qui permet d'évaluer le poids des divers déterminants de cette croissance, en particulier celui des effets prix, quantité et qualité. L'étude est divisée en deux parties, la première détaille la méthode retenue, et ses justifications, en précisant notre définition des trois effets prix, quantité et qualité. La seconde commente les résultats les plus significatifs de l'analyse qui en découle. L'analyse porte essentiellement sur 2004. Une analyse intermédiaire des trois effets sur les cinq

premiers mois de l'année 2005 a aussi été réalisée, dont certains éléments pourront être utilisés pour compléter l'analyse 2004.

► Vieillessement

35117

RAPPORT

Commission des Communautés
Européennes. (C.C.E.). Direction Générale des
Affaires Économiques et Sociales.
Bruxelles. BEL

**The impact of ageing on public expenditure :
projections for the EU-25 Member States on
pensions, healthcare, long-term care, educa-
tion and unemployment transfers (2004-50).**

L'impact du vieillissement sur les dépenses publiques : projections pour les 25 États membres de l'Union européenne sur les transferts au niveau des pensions, soins de santé, soins de longue durée, éducation et chômage (2004-50).
Luxembourg : Office des publications
officielles des Communautés européennes :
2006 : 199 p., tabl.
Cote Irdes : B6003

http://bookshop.europa.eu/eubookshop/FileCache/PUBPDF/KCAF06001ENC/KCAF06001ENC_001.pdf
- http://bookshop.europa.eu/eubookshop/FileCache/PUBPDF/KCAF06001ENC/KCAF06001ENC_002.pdf

This report provides a detailed description of the projections on age-related expenditure covering pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers for EU25 Member States for the period 2004 to 2050. The projections, prepared by the European Commission (Directorate General for Economic and Financial Affairs) and the EPC's Working Group on Ageing Populations on the basis of commonly agreed assumptions, describe in detail the potential economic impact and the timing and scale of budgetary changes that could result from ageing populations. These projections provide a comprehensive and comparable basis for assessing further in depth the long-term sustainability of Member States' public finances within the framework of the reformed Stability and Growth Pact.

► **Consommation pharmaceutique**

35211

RAPPORT

VIENS (G.), LEVESQUE (K.),
CHAHWAKILIAN (P.), HASNAOUI (E.),
GAUDILLAT (A.), NICOL (G.), CROUZIER (C.)
École Supérieure de Sciences Économiques.
(E.S.S.E.C.).

Chaire Économie et Gestion de la Santé.
Cergy-Pontoise. FRA

**Evolution comparée de la consommation
de médicaments dans 5 pays européens
entre 2000 et 2004 : analyse de 7 classes
pharmaco-thérapeutiques.**

Paris : ESSEC : 2007/02 : 22 p., 13 fig.
Cote Irdes : B6023

Le niveau de consommation de médicaments en France est souvent considéré comme étant l'un des plus importants d'Europe. Cette étude cherche à vérifier la persistance de cette affirmation sur la période 2000-2004 en comparant les niveaux de consommation de 7 classes de médicaments en Allemagne, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni. Non seulement la France n'était plus en 2004 le premier consommateur dans les 7 classes étudiées mais on constate un rapprochement aussi bien des niveaux de consommation que des structures de consommation entre les 5 pays.

35210

RAPPORT

LE PEN (C.), LEMASSON (H.),
ROULLIERE-LELIDEC (C.)
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).
Paris. FRA
IMS Health. Paris. FRA

**La consommation médicamenteuse
dans 5 pays européens : une réévaluation.**

Paris : LEEM. : 2007/04 : 59 p., 39 tabl., ann.
Cote Irdes : B6022

<http://www.leem-media.com/leem-image/leem/document/914.pdf>

A partir des données d'IMS Health, cette étude compare la consommation pharmaceutique de cinq pays d'Europe : France, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, dont les systèmes de santé sont relativement proches. L'étude comporte deux parties obéissant à des objectifs différents et fondées sur des approches méthodologiques différentes. La première porte sur l'étude globale des volumes de prescriptions. Elle vise à caractériser le niveau de consommation médicamenteuse en France au regard des princi-

paux autres marchés européens. Il s'agit d'une approche uniquement quantitative, fondée sur des comparaisons de volumes de consommation pour 100.000 habitants. Elle soulève néanmoins des questions méthodologiques intéressantes comme l'influence des hypothèses de mesure. Cette analyse est complétée par une deuxième partie de nature plus qualitative, consacrée à une étude médicalisée des structures de consommation. L'objectif est de caractériser ces dernières par rapport aux pratiques médicales et aux recommandations de bonne pratique dans une « pathologie traceuse » – le suivi des patients après un infarctus du myocarde – qui a l'avantage de répondre à une définition précise, partagée internationalement, et dont la prise en charge fait l'objet de recommandations européennes. C'est donc un bon modèle pour montrer l'influence de l'hétérogénéité des pratiques sur les niveaux de consommation dans les différents pays étudiés.

INDICATEURS DE SANTÉ

► **État de santé**

33897

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé
et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Études
et de l'Évaluation Statistique. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

**L'état de santé de la population en France
en 2006 : indicateurs associés à la loi
relative à la politique de santé publique.**

Paris : La documentation française : 2006 :
254 p., tabl., graph., carte
Cote Irdes : B5758

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2006/sante-pop2006.htm>

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini 100 objectifs de santé publique pour 2008. Cet ouvrage est le premier rapport annuel sur l'état de santé de la population en France réalisé à partir des indicateurs de suivi de ces objectifs. Ce travail, coordonné par la DREES, a bénéficié de l'expertise des principaux producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, Agence de la Biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-SD7, INPES, INRETS, INSERM, InVS, IRDES, INPES, OFDT, ONISR, USEN/CNAM). Il permet ainsi de disposer d'un panorama chiffré et commenté des principaux problèmes de santé publique et de leur évolution. Il offre une source de réflexion d'une grande richesse en matière de politique de

prévention. Dans un premier temps, une synthèse dresse une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France en 2006. Des informations de cadrage sont ensuite fournies sur les grandes caractéristiques de la mortalité et de la morbidité de la population française. Sous forme de fiches synthétiques, 57 des objectifs associés à la loi ont par ailleurs été évalués, parmi lesquels la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant, la prévalence du tabagisme quotidien, le surpoids et l'obésité, l'exposition des enfants au plomb, les complications du diabète, etc. Chaque fois que les données le permettaient, les indicateurs ont été comparés à ceux des autres États de l'Union européenne. Enfin, en annexe, est présentée une déclinaison régionale de ces indicateurs. Pour chaque thème, une fiche de synthèse propose une analyse descriptive des disparités régionales observées pour les indicateurs disponibles. Ces synthèses sont accompagnées de 73 cartes. Ce document constitue aussi l'annexe de la loi de financement de Sécurité sociale 2007.

33938

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Études et de l'Évaluation Statistique. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

**Disparités régionales de santé :
à partir des indicateurs associés à la
loi relative à la santé publique.**

Paris : La documentation française : 2006 :
46 p., tabl., graph., carte
Cote Irdes : B5758bis

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2006/04-disparites.pdf>

De nombreux problèmes de santé présentent des enjeux importants en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. La persistance d'inégalités face à la maladie, sociales mais aussi territoriales, invite à cet égard à décliner au niveau régional les indicateurs de l'état de santé des populations pour dresser un tableau plus détaillé des problèmes de santé, et éclairer ainsi la priorisation des objectifs régionaux et la définition des politiques locales dans le champ de la prévention. Cette annexe au document : l'état de santé de la population en France en 2006 - propose une cartographie commentée des données régionales pertinentes et disponibles recueillies dans le cadre du suivi des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Réalisée pour les assises nationales de la prévention qui se sont tenues à Paris les 16 et 17 octobre 2006, cette annexe a été constituée

afin de contribuer à la réflexion et au dialogue des acteurs nationaux et régionaux, notamment à l'occasion des forums régionaux de la prévention.

► Obésité

34709

RAPPORT

GARCIA VILLAR (J.),
QUINTANA-DOMEQUE (C.)

Income and body mass index in Europe.

Revenu et indice de masse corporelle en Europe.

Barcelone : Universitat Pompeu Fabra :

2006/12 : 20 p., 5 tabl.

Cote Irdes : B5928

Obesity is alarming public health authorities around the world. Given this situation it is important to study its determinants. This paper focuses on the economic determinants of obesity. More specifically, we explore the empirical relationship between lifetime income and body mass index (BMI) in seven European Union countries in the short run. To study such a relationship, we make use of an accounting identity that relates current BMI to last year's BMI and current levels of both food consumption and physical activity. We estimate a reduced-form version of such an identity which relates current BMI to last year's BMI and lifetime income. Theoretically, lifetime income should affect contemporaneous BMI through its effect on both current consumption of food and current physical activity. Our results indicate that, once last year BMI's is taken into account, the relationship between lifetime income and BMI

► Travail et santé

34735

RAPPORT

GOSSELIN (H.)

**Aptitude et inaptitude médicale au travail :
diagnostic et perspectives.**

Le Tempon : Fédération Française

de la Santé au Travail : 2007/01 : 87 p., ann.

Cote Irdes : B5942

<http://www.federationsantetravail.org/publications/gosselin07.pdf>

Ce rapport, remis au ministre délégué à l'Emploi par Hervé Gosselin, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation, préconise une vaste réforme du dispositif d'aptitude médicale au travail. Il propose notamment de simplifier la procédure de constatation des inaptitudes, de redéfinir la consultation d'embauche, d'abandonner la constatation périodique de l'aptitude du salarié au

profit d'un suivi médical mieux adapté, de développer l'action du médecin du travail sur l'adaptation des postes et le reclassement. Le rapport a été transmis pour concertation au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

34921

DOCUMENT DE TRAVAIL
JONES (A.), RICE (N.), ROBERTS (J.)
University of Sheffield. Department
of Economics. GBR

***Sick of work or too sick to work ?
Evidence on health shocks and early
retirement from the BHPS.***

*Malade de travailler ou trop malade pour tra-
vailler : évidence sur les problèmes de santé et
la retraite précoce basée sur l'enquête BHPS.*
Sheffield Economic Research Paper Series ;
n° 2007002

Sheffield : University of Sheffield : 2007/01 :
37 p., 10 tabl.
Cote Irdes : B5979

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:shf:wpaper:2007002&r=hea>

We follow individuals as they retire using discrete-time hazard models applied to a stock sample from 12 waves of the British Household Panel Survey. Results confirm that health shocks are a determinant of retirement age and are quantitatively more important than pension entitlement. This is the case for both men and women and is observed for both a measure of health limitations and a measure of latent health status obtained from a generalized ordered probit model. Further, our results provide evidence that, for women, the health status of their partner impacts on their retirement decisions; an effect that is not evident for men.

35213

DIPLOMES
GRANLUND (D.)
Umea University. Department of Economics.
Umea. SWE
Economic policy in health care :
sickness absence and pharmaceutical costs.

***Politique économique en santé :
absence pour raison de santé et
coûts pharmaceutiques.***

Stockolm : Umea University : 2007 : 39 p., tabl.
Cote Irdes : B6025

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hhs:umnees:0709&r=hea>

This thesis consists of a summary and four papers. The first two concerns health care and sickness absence, and the last two pharmaceutical costs and prices. Paper [I] presents an economic

federation model which resembles the situation in, for example, Sweden. In the model the state governments provide health care, the federal government provides a sickness benefit and both levels tax labor income. The results show that the states can have either an incentive to under- or over-provide health care. The federal government can, by introducing an intergovernmental transfer, induce the state governments to provide the socially optimal amount of health care. In Paper [II] the effect of aggregated public health care expenditure on absence from work due to sickness or disability was estimated. The analysis was based on data from a panel of the Swedish municipalities for the period 1993-2004. Public health care expenditure was found to have no statistically significant effect on absence and the standard errors were small enough to rule out all but a minimal effect. The result held when separate estimations were conducted for women and men, and for absence due to sickness and disability. The purpose of Paper [III] was to study the effects of the introduction of fixed pharmaceutical budgets for two health centers in Västerbotten, Sweden. Estimation results using propensity score matching methods show that there are no systematic differences for either price or quantity per prescription between health centers using fixed and open-ended budgets. The analysis was based on individual prescription data from the two health centers and a control group both before and after the introduction of fixed budgets. In Paper [IV] the introduction of the Swedish substitution reform in October 2002 was used as a natural experiment to examine the effects of increased consumer information on pharmaceutical prices. Using monthly data on individual pharmaceutical prices, the average reduction of prices due to the reform was estimated to four percent for both brand name and generic pharmaceuticals during the first four years after the reform. The results also show that the price adjustment was not instant.

34920

DOCUMENT DE TRAVAIL
BUI (V.), STOLPE (M.)
Kiel Institute for the World Economy.
Kiel. DEU

***The impact of new drug launches on
the loss of labor from disease and injury:
evidence from German panel data.***

*L'impact du lancement de nouveaux
médicaments sur la perte d'emploi pour
raison de maladie ou d'handicap : résultats à
partir d'un panel de données allemand.*

Kiel Working Paper ; n° 1317.
Kiel : Kiel Institute for the World Economy :
2007/04 : 72 p., 14 fig., 14 tabl.

Cote Irdes : B5978

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:kie:kieliw:1317&r=hea>

This paper studies the evolution of early retirement due to disease and injury in the German labor force between 1988 and 2004. Using data from the German Federation of Public Pension Providers, the IMS Health Drug Launches database and the WHO Mortality Database, we show that new drug launches have substantially helped to reduce the loss of labor at the disease-level over time. We employ a variety of econometric methods to exploit the pseudo-panel structure of our dataset and find that in Western Germany alone each new chemical entity has on average saved around 200 working years in every year of the observation period. Controlling for individual determinants of health-related retirement, such as worker's age, sex and type of work, we also find evidence that the 2001 reform of pension laws has led to further reductions in the loss of labor from disease and injury.

35544

RAPPORT
DUGUAY (P.), MASSICOTTE (P.),
GODIN (J.F.), HEBERT (F.), GERVAIS (M.)
Institut de Recherche en Santé et
en Sécurité du Travail. (I.R.S.S.T.).
Montréal. CAN

**Sources de données sur les conditions
de travail en lien avec la santé et la sécurité
du travail. Document 1 - Synthèse.**

Montréal : IRSST : 2007/04 : 47 p., tabl.
Cote Irdes : B6097-1

<http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PublRSST/R-495.pdf>

Les auteurs ont répertorié et examiné 20 sources de données publiques et parapubliques du Canada, des États-Unis et de l'Europe pouvant servir à établir des liens entre des conditions de travail et des atteintes à la santé ou à la sécurité des travailleurs. L'exploitation des enquêtes répertoriées peut apporter un nouvel éclairage sur les particularités du Québec, une meilleure compréhension des enjeux communs aux pays industrialisés, un enrichissement de la réflexion sur les problématiques de recherche en matière de lésions professionnelles, ainsi qu'une contribution à l'élaboration d'indicateurs pertinents et à une vision prospective de la recherche en santé et sécurité au travail. Les résultats sont présentés dans deux documents. Le premier présente une synthèse des conditions de travail abordées par les enquêtes inventoriées. Le second répertorie les sources de données et contient, pour chacune d'elles, une fiche descriptive et une grille des conditions de travail couvertes. L'in-

formation est principalement destinée aux chercheurs et aux intervenants en santé et sécurité au travail québécois.

35545

RAPPORT
DUGUAY (P.), MASSICOTTE (P.),
GODIN (J.F.), HEBERT (F.), GERVAIS (M.)
Institut de Recherche en Santé et
en Sécurité du Travail. (I.R.S.S.T.).
Montréal. CAN

**Sources de données sur les conditions
de travail en lien avec la santé et la sécurité
du travail. Document 2 - Répertoire.**

Montréal : IRSST : 2007/04 : 162 p., tabl.
Cote Irdes : B6097-2

<http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PublRSST/R-496.pdf>

Les auteurs ont répertorié et examiné 20 sources de données publiques et parapubliques du Canada, des États-Unis et de l'Europe pouvant servir à établir des liens entre des conditions de travail et des atteintes à la santé ou à la sécurité des travailleurs. L'exploitation des enquêtes répertoriées peut apporter un nouvel éclairage sur les particularités du Québec, une meilleure compréhension des enjeux communs aux pays industrialisés, un enrichissement de la réflexion sur les problématiques de recherche en matière de lésions professionnelles, ainsi qu'une contribution à l'élaboration d'indicateurs pertinents et à une vision prospective de la recherche en santé et sécurité au travail. Les résultats sont présentés dans deux documents. Le premier présente une synthèse des conditions de travail abordées par les enquêtes inventoriées. Le second répertorie les sources de données et contient, pour chacune d'elles, une fiche descriptive et une grille des conditions de travail couvertes. L'information est principalement destinée aux chercheurs et aux intervenants en santé et sécurité au travail québécois.

► Emploi des seniors

34114

RAPPORT

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.).
Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. Division Analyse et Politiques de l'Emploi. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Vivre et travailler plus longtemps.

Vieillesse et politiques de l'emploi.

Paris : OCDE : 2006 : 164 p., tabl., graph.
Cote Irdes : A3531

Notre époque est marquée par un vieillissement rapide de la population. Pourtant, un grand nombre de politiques, pratiques et attitudes découragent les personnes âgées de travailler, que ce soit dans le domaine social ou en matière d'emploi. Ces politiques et attitudes ne sont plus adaptées à la réalité, elles doivent être révisées. Elles empêchent non seulement les travailleurs âgés de choisir quand et comment prendre leur retraite mais elles sont aussi onéreuses pour les entreprises, l'économie et la société. Si rien n'est fait pour promouvoir de meilleures perspectives d'emploi pour les travailleurs âgés, le nombre de retraités en proportion de la population active aura doublé d'ici une cinquantaine d'années dans les pays de l'OCDE. Les niveaux de vie seront menacés et de très fortes pressions s'exerceront sur le financement des systèmes de protection sociale. Face à ces sombres perspectives, il convient de faire de l'emploi une option plus attrayante et plus gratifiante pour les travailleurs âgés. Premièrement, de fortes incitations financières doivent être associées au prolongement de la vie active et les dispositifs qui favorisent financièrement une cessation anticipée d'activité doivent être supprimés. Deuxièmement, les méthodes de recrutement et de fixation des salaires doivent être adaptées, de sorte que les employeurs soient davantage incités à embaucher et à maintenir dans l'emploi des travailleurs âgés. Troisièmement, il convient d'apporter à ces derniers l'aide et les encouragements dont ils ont besoin pour améliorer leur employabilité. Enfin, un changement d'attitude majeur à l'égard de la poursuite de la vie active au-delà de 50 ans sera nécessaire de la part des employeurs comme des travailleurs âgés. Ce rapport constitue une contribution importante à la définition de politiques et de pratiques nouvelles destinées à accompagner le vieillissement dans le domaine de l'emploi. Il met à profit les principaux enseignements tirés des 21 examens nationaux qui ont été publiés séparément dans la série « Ageing

and Employment Policies/Vieillesse et politiques de l'emploi » de l'OCDE.

35171

OUVRAGE

LESTRADE (B.) / éd.

L'emploi des seniors. Les sociétés européennes face au vieillissement de la population active.

Colloque international et pluridisciplinaire
7-8 avril 2005 : ,

Paris : L'Harmattan : 2006 : 367 p., graph., tabl.
Cote Irdes : C, A3579

L'allongement continu de la durée de vie, allié à une démographie qui n'assure plus le renouvellement des générations, induit un déséquilibre profond entre actifs et retraités, entre jeunes et vieux. Les déficits des comptes sociaux en attestent. La plupart des pays européens confrontés au vieillissement de leur population envisagent d'en faire porter le fardeau financier à leur salariés en retardant l'âge du départ de la retraite, ce qui pose le problème du maintien en activité des salariés seniors. Or, le prolongement de l'activité professionnelle des seniors commandé par les finances publiques autant que par l'amenuisement du nombre de salariés jeunes se heurte à de nombreux obstacles. Un des principaux est l'attitude réticente des employeurs, publics ou privés, à l'égard des seniors. Ce recueil fait le bilan de la situation en Europe, des problèmes, mais aussi des solutions trouvées ailleurs. Les contributions des chercheurs réunies ici tentent de dégager des pistes pour trouver des solutions qui ménagent tant les aspirations individuelles au bonheur de la retraite que la nécessité pour les pays d'être compétitifs. Les mesures timides amorcées par les gouvernements européens auront-elles un impact réel sur le maintien en activité des salariés âgés et, partant, sur le choix de société du futur ? (4^e de couverture).

35462

DOCUMENT DE TRAVAIL

MARIONI (P.) / coor.

Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. Direction de l'Animation et de la Recherche des Études et des Statistiques. (D.A.R.E.S.).
Paris. FRA

Colloque « Age et travail ». Emploi et travail des seniors : des connaissances à l'action. 13 mars 2007. Synthèse des principales données sur l'emploi des seniors.

Paris : DARES : 2007/06 : 123 p., graph., tabl.
Cote Irdes : B6066

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DE125_AGE_et_Emploi_2007def.pdf

Ce dossier Age et emploi fournit sous forme de fiches synthétiques, réalisées à partir de divers travaux, dont beaucoup de la DARES, les principales informations statistiques actuellement disponibles sur l'activité des seniors, ainsi que les références de publications qui permettent d'en savoir plus sur ce sujet. On y trouve des données statistiques et des analyses de l'influence de l'âge sur le marché du travail, comparant la situation des seniors à celles de leurs cadets : évolution de l'emploi, des mouvements d'emploi et du chômage des seniors (fiches A à G), dispositifs publics spécifiques pour favoriser l'embauche et la cessation anticipée d'activité des seniors (fiches H à L), spécificités des seniors en terme de formation, de mobilité, coût et productivité du travail, impact des innovations technologiques (fiches M à R), santé et conditions de travail selon l'âge (fiches S et T), pratiques de recrutement des employeurs envers les seniors (fiche U), poids des seniors dans l'emploi par secteur d'activité, profession, taille d'établissement, régions (fiches V et W), comparaisons internationales sur l'emploi des seniors et les politiques mises en oeuvre dans six pays européens (fiches X et Y).

35186

DOCUMENT DE TRAVAIL
BORSCH-SUPAN (A.), JURGES (H.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.),
Cambridge
CA. USA

***Early retirement, social security
and well-being in Germany.***

*Retraite anticipée - Sécurité sociale
et bien-être en Allemagne.*

NBER Working Paper Series ; n° 12303
Cambridge : NBER : 2006/12 : 23 p., tabl., fig.
Cote Irdes : P193

<http://papers.nber.org/papers/w12303>

Germans retire early. On the one hand, early retirement is very costly and amplifies the burden which the German public pension system has to carry due to population aging. On the other hand, however, early retirement is also seen as a much appreciated social achievement which increases the well-being especially of those workers who suffer from work-related health problems. This paper investigates the relation between early retirement and well-being using the GSOEP panel data. The general picture that emerges from our analysis is that early retirement as such seems to be related to subjective well-being, in fact more so than normal retirement. Early retirement

most probably is a reaction to a health shock. Individuals are less happy in the year of early retirement than in the years before and after retirement. After retirement, individuals attain their pre-retirement satisfaction levels after a relatively short while. Hence, the early retirement effect on well-being appears to be negative and short-lived rather than positive and long. Whether this is an effect of retirement itself or a psychological adaptation to an underlying shock cannot be identified in our data and remains an open research issue waiting for a more objective measurement of health.

GROUPES DE POPULATION

► Adolescents

34334

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

***L'enfant et l'adolescent : un enjeu
de société, une priorité du système de santé.***

Paris : Mssps : 2006/10/28 : 544 p.
Cote Irdes : B5868/1

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sommelet/rapport.pdf>

Ce rapport confié à Mme Danièle Sommelet par lettre de mission de Monsieur Philippe Douste-Blazy du 25 avril 2005 analyse l'état de santé des enfants et des adolescents en France. L'accès au progrès médical, la qualité des méthodes de prévention et de dépistage et le traitement de nombreuses pathologies ont largement contribué au bon état de santé des enfants et des adolescents en France. Toutefois des progrès peuvent être accomplis, en particulier dans les domaines suivants : les connaissances épidémiologiques sur l'état de santé et les besoins des enfants et adolescents, la situation démographique des pédiatres, et notamment leur répartition géographique, la coordination entre les différents acteurs de santé et les actions de prévention.

34941

OUVRAGE
RUFO (M.), CHOQUET (M.)

***Regards croisés sur l'adolescence,
son évolution, sa diversité : essai.***

Paris : Éditions Anne Carrière : 2007 : 515 p.
Cote Irdes : A3576

Partant de leurs deux constats sur les adolescents - celui du clinicien et celui de l'épidémiologiste - les auteurs tentent de mieux comprendre l'évolution des jeunes d'aujourd'hui, leurs préoccupations, leurs attitudes face à l'adulte, à l'école comme en famille, leur mode d'expression quand ils vont mal et les points d'ancrage possibles pour la prévention et le soin. En effet, les discours sur l'adolescence sont le plus souvent alarmistes, et le « toujours plus » systématiquement de rigueur : plus de consommateurs de drogues, plus de violences, plus de difficultés scolaires... Mais que montrent les enquêtes successives menées auprès de larges échantillons d'adolescents ? Comment ces données contredisent-elles les discours environnants ? Et comment la clinique peut-elle comprendre l'angoisse des adultes face aux adolescents, s'appuyer sur des données chiffrées, voire les conforter ? Enfin, comment aboutir à un regard plus juste sur cette nouvelle génération qui, par bien des aspects, n'est pas si différente de la précédente ? Ces regards croisés permettent de contribuer à une meilleure perception des adolescents d'aujourd'hui, de faire des propositions pratiques pour mieux les connaître, mieux leur parler, et surtout mieux échanger.

35382

RAPPORT
MUSCAT (R.), BJARNASSON (T.),
BECK (F.), TERETTI-WATEL (P.)
Conseil de l'Europe. Groupe Pompidou.
Strasbourg. FRA

**Les facteurs de risque dans
l'usage des drogues par les adolescents :
résultats des enquêtes scolaires
et utilisation des politiques.**

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2007 : 147 p.,
tabl., graph.
Cote Irdes : A3594

Quels sont les facteurs de risque dans l'usage de drogues par les adolescents ? Les enquêtes en milieu scolaire apportent-elles des réponses et les données peuvent-elles être utilisées dans l'élaboration de politiques ? C'est à ces questions que tentent de répondre les auteurs : Richard Muscat, coordinateur de la plate-forme « Recherche » du Groupe Pompidou, Thoroddur Bjarnasson et Patrick Peretti-Wattel, sociologues, et Francois Beck, statisticien et sociologue. Ils recensent dans un premier temps les besoins des responsables politiques puis ils utilisent l'étude ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) pour entreprendre une analyse plus approfondie des facteurs de risque liés à l'usage de substances en Islande, en France et à Malte. Enfin, ils abordent l'utilisation des données ESPAD dans les

domaines scientifique, médiatique et de la politique publique à partir de l'expérience française.

Étudiants

35200

RAPPORT
BERNARDIN (E.), TRON (I.)
Fédération Nationale des Observatoires
régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.).
Paris. FRA,
Union Nationale des Sociétés Étudiantes
Mutualistes régionales. (U.S.E.M.).
Paris. FRA

La santé des étudiants en 2007 : 5^e enquête.

Paris : Fnors, Paris : USEM : 2007/06 : 109 p.,
fig., tabl., ann.
Cote Irdes : C, B6017

http://www.usem.fr/contenu/PDF/USEM_nat_150607.pdf

L'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM) vient de réaliser sa cinquième enquête nationale sur la santé des étudiants en partenariat avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS). Cette enquête a porté sur 50.000 étudiants interrogés par questionnaire. Parmi les étudiants interrogés, près de 14000 (soit 27,4 %) ont répondu. L'objectif de cette enquête est de mieux connaître l'état de santé des étudiants, leur consommation de soins, leurs attentes en matière de prévention, ainsi que leur implication dans le système de santé. L'enquête 2007 traite en particulier des déterminants de la souffrance psychique des étudiants, sachant qu'en 2005 la précédente enquête avait pour la première fois montrée un taux particulièrement élevé d'étudiants confrontés à la souffrance psychique. Les résultats permettront de mettre en place des actions de terrain adaptées et des documents d'information qui correspondent aux attentes et aux besoins des étudiants.

Exclusion

34642

OUVRAGE
BURGI (N.)

**La machine à exclure :
les faux-semblants du retour à l'emploi.**

Paris : Éditions de la Découverte : 2006 : 265 p.
Cote Irdes : A3360

Depuis les années 1980, les politiques d'emploi se sont révélées incapables de résorber le chômage de masse : elles composent ou re-composent des files d'attente et orientent vers

des occupations à défaut de travail. Loin de tirer les conséquences de ces échecs, les pratiques gouvernementales actuelles, notamment depuis la loi de décembre 2003 décentralisant le RMI, inscrivent le traitement du chômage dans une dynamique utilitariste et répressive qui méconnaît les besoins des chômeurs et renonce à la solidarité humaine au nom de principes jugés supérieurs car économiquement plus efficaces. C'est ce que montre Noëlle Burgi dans ce livre. A partir de nombreux témoignages recueillis lors d'une longue enquête dans un département d'Ile-de-France, elle propose une analyse critique des critères de jugement mobilisés pour évaluer la situation des allocataires du RMI. En effet, entre ceux-ci et les intervenants des dispositifs d'insertion, un véritable jeu de dupes s'est installé : pour le Rmiste par exemple, mieux vaut prétendre croire à l'énième stage proposé ; et pour l'intervenant, il est souvent plus facile de déplacer son impuissance sur le terrain des difficultés psychologiques de l'allocataire. Un jeu pas toujours conscient, mais porteur de conséquences graves, individuellement et socialement. Prenant acte de l'urgence à dépasser ce constat d'inefficacité des politiques d'aide au retour à l'emploi, l'auteur explore de possibles voies de sortie. Elle montre ainsi l'intérêt d'une approche renouant avec les fondements humanistes de l'orientation professionnelle pour sortir des impasses d'une approche gestionnaire et redonner du sens au travail social.

► Inégalités sociales

35190

OUVRAGE

KILLORAN (A.) / éd., SWANN (C.) / éd.,

KELLY (M.P.) / éd.

Public health evidence : tackling health inequalities.

Evidence en santé publique : réduire les inégalités de santé.

Oxford : Oxford University Press : 2007 : 586 p.

Cote Irdes : A3586

As public health issues have gained an increasingly high political profile, the need for policy and management decisions to be informed by robust evidence of the effectiveness is now viewed as crucial. While evidence-based medicine is a well accepted feature in clinical health care, public health interventions are inherently more complex and present both significant challenges and opportunities for advancing this approach. In England, developments include the setting up of the Centre of Public Health Excellence, at the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), with the responsibility for providing

evidence and guidelines on the effectiveness of interventions and programmes in priority areas of public health. Further important contributions are also being made by many other research centres and groups. This book presents many of these contributions and provides a state of the art compendium on this subject. Inequality in health is a widespread problem, and the themes discussed here can be used for international comparison and application. Public health evidence examines: international trends in social inequalities in health, the role of evidence in public health policy development and practice, the infrastructure of the UK evidence-based approach, selected examples of how evidence is being applied to reduce health inequalities in England, the methodological challenges involved in evaluating interventions and the synthesis of evidence, and how to take this approach forward. The key message is that tackling health inequalities and implementing the evidence-based approach will require commitment from all those involved, researchers, academics, policy makers, the public and private sector, practitioners, the NHS, and local government. But health inequalities are a common problem facing more developed countries, and the book has international relevance. This timely contribution pushes the boundaries of thinking on research in public health. Readership: Academics, researchers and policy makers concerned with research and evidence in public health, and in addressing health inequalities in the UK, will be interested in this book. Postgraduate students in public health, health research and medical sociology will also find the book an important resource for the curriculum. In addition, the book will appeal to the above groups based in other developed countries, who can draw on the British experience.

34945

DOCUMENT DE TRAVAIL

JUSOT (F.), GRIGNON (M.), DOURGNON (P.)

Social and Economic Dimensions

of an Aging Population. (S.E.D.A.P.).

Hamilton. CAN

Psychosocial resources and social health inequalities in France : Exploratory findings from a general population survey.

Ressources psychosociales et inégalités sociales de santé en France : résultats exploratoires issus d'une enquête en population générale.

Hamilton : SEDAP : 2007/05 : 36 p., tabl.

Cote Irdes : R1665

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/%7Esedap/p/sedap189.pdf>

35202

RAPPORT
Norwegian Ministry of Health Care Services.
Oslo. NOR

National strategy to reduce social inequalities in health.

Stratégie nationale de réduction des inégalités sociales de santé.

Oslo : Norwegian ministry of health and care services : 2007 : 97 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6019

Cette stratégie norvégienne opère à l'intérieur des quatre priorités suivantes : 1) réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités de santé, 2) réduire les inégalités sociales liées aux comportements de santé et à l'utilisation des services de santé, 3) développer des initiatives ciblées visant à promouvoir l'inclusion sociale et 4) développer des connaissances et des outils multisectoriels.

► Pauvreté

35443

OUVRAGE
STEDMAN JONES (G.)

La fin de la pauvreté ? Un débat historique.

Maison-Alfort : Edition Ere : 2007 : 213 p.

Cote Irdes : A3600

Dans les années 1790, pour la première fois, des réformateurs proposent de mettre fin à la pauvreté. Inspirés par le progrès scientifique, par les promesses d'une activité économique qui s'internationalise et par les révolutions qui ont eu lieu en France et aux États-Unis, certains penseurs politiques comme Thomas Paine ou Condorcet assurent que tous les citoyens pourraient être protégés contre les hasards et les incertitudes de l'économie. Dans cet ouvrage, Gareth Stedman Jones revisite ce moment fondateur de l'histoire de la démocratie sociale et montre comment il fut ensuite disqualifié et rendu invisible par les penseurs de droite comme de gauche. En retraçant l'évolution historique des débats sur la pauvreté, l'auteur fait ressurgir une voie importante, mais oubliée, de la pensée progressiste. Il montre aussi que les discussions actuelles concernant les questions économiques, que ce soit la mondialisation ou les problèmes de la régulation financière, furent largement modelées par les conflits idéologiques de la fin du XVIII^e siècle et du début du XIX^e siècle (4^e de couverture).

34924

RAPPORT
DAVID (E.), SIMON (M.O.),
DUJIN (A.), OLM (C.)
Centre de Recherche pour l'Étude et
l'Observation des Conditions de vie.
(C.R.E.D.O.C.).
Paris. FRA

***Les actifs en situation de pauvreté :
quelles expériences de la pauvreté ?***

Paris : Credoc : 2006/11 : 112 p., tabl., fig.,
annexes

Cote Irdes : B5986

<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C227.pdf>

Ce cahier de recherche mesure et analyse, pour une population particulière que sont les travailleurs pauvres, le lien entre une approche objective de la pauvreté, appréhendée selon des critères monétaires ou portant sur les conditions de vie et une approche plus subjective, caractérisée par la façon dont les personnes elles-mêmes perçoivent leur situation.

► Sans domicile fixe

34332

RAPPORT
Cour des Comptes.
Paris. FRA

***Les personnes sans domicile :
rapport public thématique.***

Paris : Cour des Comptes ;
Documentation Française : 2007/03 : 237 p.

Cote Irdes : B5867

<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/personnes-sans-domicile/rapport-personnes-sans-domicile.pdf>

L'enquête de la Cour a porté sur les interventions de l'État en faveur des personnes sans domicile, en particulier sur l'offre de prestations en nature (accompagnement social ou aide à l'hébergement par exemple) et sur les dispositifs de prise en charge des personnes sans domicile. Les politiques en cause relèvent en effet de la compétence de l'État, alors que les interventions à spectre plus large sont partagées entre l'État, les collectivités territoriales (essentiellement les départements) et les institutions de Sécurité sociale. L'État a dépensé à ce titre près de 800 Millions d'euros en 2005 (Résumé d'auteur).

► Sociologie

34343

RAPPORT
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Paris. FRA

La société française : entre convergences et nouveaux clivages : rapport annuel 2006.

Paris : Centre d'Analyse Stratégique :
2007/01 : 188 p.
Cote Irdes : A3544

<http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapportannuel2006.pdf>

Dans son premier rapport annuel, le Centre d'analyse stratégique a choisi de s'intéresser en priorité à l'analyse des clivages qui traversent la société française. Ce rapport comporte ainsi une analyse des différentes formes d'inégalités et de leurs évolutions. Si les inégalités matérielles, mesurées à travers les revenus, ont plutôt eu tendance à régresser, de nouvelles formes d'inégalités se font jour, bouleversant les cadres d'analyse traditionnels. Le premier de ces nouveaux facteurs d'inégalités est le degré individuel d'exposition aux risques, notamment sur le marché du travail. Le rapport rend compte également des principaux travaux menés par le Centre en 2006. Des contributions de collaborateurs extérieurs à l'institution viennent enfin illustrer ou contrebalancer les principales thématiques évoquées : politique du logement, inégalités et comportements électoraux, segmentation de l'action publique, situation des jeunes Français par rapport à leurs homologues européens (Résumé d'auteur).

► Sociologie de la santé

35187

OUVRAGE
BHOPAL (R.S.)
DONALDSON (L.) / préf.

Ethnicity, race and health in multicultural societies.

Ethnicité, race et santé dans des sociétés multiculturelles.

Oxford : Oxford University Press : 2007 :
357 p., tabl.
Cote Irdes : A3584

http://www.amazon.com/gp/reader/0787964514/ref=sib_dp_pt/103-0686962-9408612#

This is no ordinary book. It is an ideal companion for anyone interested in finding their way through the forest of ignorance, misinformation and prejudice that surround the concepts of ethnicity and race and what they have to do with health and health care provision. The well-organized

and lucidly written text is punctuated with vivid verbal illustrations and probing questions for the reader. Raj Bhopal not only gives you access to a wealth of new information about what is known and not known, but also the opportunity to reflect on your own understanding and values.

35204

DOCUMENT DE TRAVAIL
GEE (E.L.) , KOBAYASHI (K.) , PRUS (S.)
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.).
Hamilton. CAN

Ethnic inequality in Canada : economic and health dimensions.

Inégalités économiques et sociales selon l'appartenance ethnique au Canada.
Hamilton : SEDAP : 2007/05 : 36 p., tabl.
Cote Irdes : B6021

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/%7Esedap/p/sedap189.pdf>

Cette étude examine les différences selon l'appartenance ethnique du statut socio-économique et de la santé. Elle combine la littérature existante avec une analyse des données du recensement du Canada et de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Si une question donnée a été explorée de façon exhaustive, elle présente un résumé des résultats; d'autre part, lorsqu'une question a été moins documentée, elle présente des données nouvelles à la lumière de la littérature existante. Les résultats corroborent les travaux publiés sur les inégalités ethniques au Canada. Les immigrants récents, dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le Français, demeurent parmi les groupes les plus économiquement désavantagés de la société canadienne, bien que ces résultats varient selon le genre et l'appartenance ethnique. En particulier, l'inégalité économique par rapport au type d'occupation est davantage liée au genre plutôt qu'à l'appartenance ethnique; la structure de la population active canadienne continue plus à se différencier par rapport au genre que par rapport à l'identité ethnique. Cependant, les immigrants récents, particulièrement en provenance de l'Asie, rapportent un meilleur état de santé que les personnes nées au Canada - l'effet de l'immigrant en bonne santé -. Il est cependant intéressant qu'au contraire de leurs homologues nés au Canada, il est moins probable qu'ils rapportent avoir passé un examen général et, pour les femmes (particulièrement les femmes nées en Asie), une mammographie. Etant donné le pouvoir prédictif du genre et de l'appartenance ethnique sur le bien-être, les travaux de recherches futures devraient examiner l'intersection entre ces deux marqueurs d'identité et leur relation avec les inégalités sociales (Résumé d'auteur).

35185

OUVRAGE
LAVEIST (T.A.) / éd.

Race, ethnicity and health.

Race, ethnicité et santé.

San Francisco : Jossey-Bass : 2002 : 38-701 p
Cote Irdes : A3583

http://www.amazon.com/gp/reader/0787964514/ref=sib_dp_pt/103-0686962-9408612#

Bien que la santé des Américains se soit beaucoup amélioré au cours du vingtième siècle, il existe encore de profondes disparités d'état de santé selon la race et l'ethnicité aux Etats-Unis. Cet ouvrage tente une analyse de ces inégalités sociales selon différents aspects : état de santé, accès aux soins, relations médecin malade...

34925

RAPPORT
PLATT (L.)
Joseph Rowntree Foundation.
York. GBR

Poverty and ethnicity in the UK.

Pauvreté et ethnicité au Royaume-Uni.

York : Joseph Rowntree Foundation :
2006/09 : 12 p., fig.
Cote Irdes : B5985

<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/2006-ethnicity-poverty-UK.pdf>

This book represents a wide-ranging review of the literature relating to poverty and ethnicity commissioned by the Joseph Rowntree Foundation, which has identified stark differences in rates of poverty according to ethnic group. The review brings together all the available evidence on different aspects of poverty and examines what has (and has not) been studied in relation to its causes. The review explored evidence on poverty and ethnicity, employing a flexible approach to ethnicity, and also touching on related issues such as migrant background and religious affiliation. Thousands of studies were screened for potential inclusion and evidence and 350 were selected for review in the final book. Most of the studies identified used the Census categories (sometimes with modifications to take account of religious affiliation or whether born in Britain), and there was little distinct analysis of White groups. The framework for the review prioritised an income measure of poverty as being most transparent and as allowing for consideration of different components of income. Deprivation was conceived as stemming from lack of income, at least in the long term. However, evidence on material deprivation measures, as distinct from income, was also included and reviewed to the extent that it was available.

► **Démographie médicale**

34946

RAPPORT
HARTMANN (L.) / collab.,
ULMANN (P.) / collab.
Conseil National de l'Ordre des Médecins.
(C.N.O.M.).
Paris. FRA

**Démographie médicale française :
les spécialités en crise : situation au
1^{er} janvier 2006.**

Paris : CNOM : 2007/02 : 116 p., tabl., graph.,
carte, ann.
Cote Irdes : B6078

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39-2-partie1.pdf>

Depuis deux ans, la section santé publique du Conseil National de l'Ordre des Médecins étudie plus particulièrement certaines spécialités qui vont très rapidement poser des problèmes d'effectifs ou de répartition, dites « spécialités en crise ». Pour cette troisième année, cinq spécialités ont été passées au crible : l'anatomie et cytopathologie humaines ; la biologie médicale ; la médecine du travail ; la médecine scolaire. En outre, la médecine générale, désormais considérée comme spécialité, fait l'objet d'une analyse particulière, compte tenu de sa spécificité, des problèmes liés à la permanence des soins et de son rôle désormais pivot dans notre système de santé. Ainsi, une partie de cette étude porte sur l'activité réelle des médecins généralistes et l'exercice en cabinet de groupe.

► **Ile-de-France**

35671

RAPPORT
PRAZNOCZY-PEPIN (C.)
Observatoire Régional de la Santé
d'Ile-de-France. (O.R.S.I.F.).
Paris. FRA

**Les recours urgents ou non programmés
en médecine générale en Ile-de-France.**

Paris : ORSIF : 2007/06 : 20 p., tabl., graph.
Cote Irdes : B6102

Basée sur une enquête réalisée par la Direction de la recherche – des études et de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans toutes les régions de France métropolitaine, en octobre 2004, cette étude analyse les recours urgents ou non programmés en médecine générale en

Ile-de-France. Les médecins concernés sont les libéraux exerçant ou non au sein d'une association d'urgentistes. L'analyse porte sur les caractéristiques socio-démographiques des patients, les motifs de recours, la durée des séances, les prescriptions d'actes et les orientations à la suite des visites et consultations.

► Poitou-Charentes

35203

RAPPORT

DEBARRE (J.), CHABAUD (F.)

Observatoire Régional de la Santé
de Poitou-Charentes. (O.R.S.P.E.C.).

Poitiers. FRA, Association Régionale Poitou-Charentes pour l'Information Médicale et l'Epidémiologie en Psychiatrie (A.R.C.I.M.E.P.).
Poitiers. FRA

Images et réalités de la santé mentale en Poitou-Charentes. Comparaison avec la France. D'après les données de l'enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG) 1999-2004.

Poitiers : ORSPEC : 2007/05 : 38 p., fig., ann.
Cote Irdes : B6020

<http://www.ors-poitou-charentes.org/gestion/pdf/Rapport109.pdf>

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le Département d'information et de recherche médicale (DIRM) de l'EPSM-Lille-Métropole. Elle a été réalisée en France métropolitaine entre 1999 et 2004. Depuis 2006, la troisième phase de l'enquête se poursuit au niveau national et international. De janvier à avril 2002, quatre secteurs psychiatriques volontaires de Poitou-Charentes ont participé à l'étude. Ce fut donc l'occasion pour l'Association régionale Poitou-Charentes pour l'information médicale et l'épidémiologie en psychiatrie (ARPCIMEP) et l'Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes (ORSPEC) de comparer les représentations de la santé mentale au niveau régional et national au regard des troubles mentaux identifiés par le questionnaire du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). L'objectif principal de ce travail est de comparer les données de l'enquête SMPG en Poitou-Charentes et en France métropolitaine

sur les axes anthropologiques et épidémiologiques. Il s'agit d'une analyse statistique des représentations de la santé mentale selon l'existence ou non de troubles mentaux identifiés en Poitou-Charentes et en France. A partir des données sur les représentations associées au « fou », au « malade mental » et au « dépressif », une illustration visuelle privilégiant la proximité en terme de fréquence de chaque comportement proposé a été réalisée.

► Territoire

35469

RAPPORT

DEATON (A.), TAROZZI (A.)

Using census and survey data to estimate poverty and inequality for small areas.

Utilisation de données de recensement et d'enquêtes pour estimer la pauvreté et l'inégalité dans des petits territoires.

Princeton : Princeton University : 2007/06 : 37 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6072

Household expenditure survey data cannot yield precise estimates of poverty or inequality for small areas for which no or few observations are available. Census data are more plentiful, but typically exclude income and expenditure data. Recent years have seen a widespread use of small-area "poverty maps" based on census data enriched by relationships estimated from household surveys that predict variables not covered by the census. These methods are used to estimate putatively precise estimates of poverty and inequality for areas as small as 20,000 households. In this paper we argue that to usefully match survey and census data in this way requires a degree of spatial homogeneity for which the method provides no basis, and which is unlikely to be satisfied in practice. The relationships that are used to bridge the surveys and censuses are not structural but are projections of missing variables on a subset of those variables that happen to be common to the survey and the census supplemented by local census means appended to the survey. As such, the coefficients of the projections will generally vary from area to area in response to variables that are not included in the analysis. Estimates of poverty and inequality that assume homogeneity will generally be inconsistent in the presence of spatial heterogeneity, and error variances calculated on the assumption of homogeneity will underestimate mean squared errors and overestimate the coverage of calculated confidence intervals. We use data from the 2000 census of Mexico to construct synthetic "household surveys" and

to simulate the poverty mapping process using a robust method of estimation; our simulations show that while the poverty maps contain useful information, their nominal confidence intervals give a misleading idea of precision.

MÉDECINE LIBÉRALE

► Anthropologie médicale

34408

OUVRAGE
VALLANCIEN (G.)

***La santé n'est pas un droit :
manifeste pour une autre médecine.***

Paris : Bourin éditeur : 2007 : 200 p.

Cote Irdes : A3545

Le « droit à la santé » est une revendication illusoire. Abandonner ce slogan est une manière de mieux affirmer nos « devoirs » et notre responsabilité individuelle et collective en matière sanitaire. Devoirs du corps médical, des malades, des organismes de tutelle et des politiques. La médecine que j'exerce au quotidien en ce début de XXI^e siècle ne correspond plus à celle pratiquée dans les années cinquante. Le progrès scientifique l'a rendue fiable. À l'inverse, l'organisation des soins reste aussi traditionnelle, voire archaïque. Partant de ce constat, Guy Vallancien pointe avec précision, par de nombreux exemples, l'incroyable désorganisation de notre système de santé. Sans dissimuler les responsabilités de tous les acteurs de ce système, il montre que des solutions sont là, simples et urgentes. La Santé n'est pas un droit est un livre engagé qui propose de vraies pistes de réformes avec pragmatisme et humanisme. « La Sécurité sociale mérite mieux que de colmater ses brèches au jour le jour, nous dit Guy Vallancien. Innovons en citoyens responsables et solidaires. »

34752

OUVRAGE
VANNOTTI (M.)

***Le métier de médecin :
entre utopie et désenchantement.***

Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène : 2006 : 251 p.

Cote Irdes : A3567

Cet ouvrage vient à point nommé. Il nous rappelle que le métier de médecin suppose non seulement l'art médical, mais aussi le savoir être de l'existant. Le médecin aussi quête, cherche,

tâtonne, sent, ressent. Ce manuel scrute la réflexivité intérieure du médecin en devenir. Oser admettre et reconnaître les blessures qui sont à l'origine du métier médical, c'est faire un pas décisif vers l'humanisation de la médecine. Le métier médical sort grandi de ce parcours et beaucoup de médecins en formation y trouveront courage et motivation. Ce livre est destiné aux soignants dans leur ensemble, leurs collaborateurs et les patients que nous sommes tous.

► Épuisement professionnel

35461

RAPPORT
Union Régionale des Médecins
Libéraux Ile-de-France. (U.R.M.L.).
Paris. FRA

***L'épuisement professionnel des
médecins libéraux : témoignages,
analyses et perspectives.***

Paris : URLM Ile-de-France : 2007/06 : 47 p.,
ann.

Cote Irdes : B6065

http://www.urml-idf.org/urml/enquete/R_BurnOut_0707.pdf

Plusieurs études et rapports ont souligné l'importance du syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out » qui touche 47 % des médecins libéraux. Le syndrome comporte 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail. Face à ce véritable problème de santé publique, la Commission Prévention et Santé Publique de l'URML-IDF a évalué dans une enquête l'importance de ce syndrome en Ile-de-France. Combien de médecins ? Qui sont-ils ? Quelles sont les conséquences du « burn out » ? Quelles solutions et mesures concrètes pour y remédier ?

► Honoraires

34705

RAPPORT
ABALLEA (P.), BARTOLI (F.),
ESLOUS (L.), YENI (I.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.).
Paris. FRA

Les dépassements d'honoraires médicaux.

Paris : Igas : 2007/04 : 68 + 77 p., tabl.

Cote Irdes : B5925

Ce rapport de l'Igas dresse un constat sévère des pratiques de dépassements d'honoraires

réclamés par les médecins à leurs patients. L'enquête constate que ces dépassements ont connu une augmentation importante depuis dix ans. Les auteurs du rapport en estiment le coût à près de deux milliards d'euros, sur 19 milliards d'honoraires. Les deux tiers de ces deux milliards d'euros de dépassements ne sont pas pris en charge par les mutuelles, les sociétés d'assurance ou les instituts de prévoyance et pèsent donc sur les ménages. Ce phénomène est devenu un obstacle à l'accès aux soins et, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'assurance maladie. Cette étude, première du genre, menée entre juin 2006 et février 2007, montre que si elle est contenue chez les généralistes, la pratique est devenue quasi-constante chez les spécialistes. Elle ne prend pas en compte les demandes de paiement complémentaire non déclaré de la part des médecins, une pratique illégale de « dessous de table » qui fait actuellement l'objet de plusieurs enquêtes judiciaires dans le pays. Les auteurs du rapport fustigent la qualité très insuffisante des informations dispensées aux assurés, à commencer par l'affichage des tarifs dans les cabinets. Mais aussi l'indigence de celles délivrées par l'Assurance maladie. A ce sujet, Le Monde a testé le « service info-soins » de l'Assurance maladie à partir de la plate-forme parisienne (0820 904 175) avant d'appeler divers médecins. Les informations fournies par l'Assurance maladie ne coïncident pas toujours avec les tarifs réellement pratiqués et les discriminations envers les bénéficiaires de la CMU perdurent.

► Pratique médicale

34848

RAPPORT

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

***Avis sur les conditions d'exercice et
de revenu des médecins libéraux adopté
par le Haut Conseil pour l'avenir de
l'assurance maladie.***

Paris : HCAAM : 2007/05/24 : 21 p.,
tabl., graph.
Cote Irdes : B5957

Le médecin fait partie de notre environnement quotidien et occupe une place privilégiée dans notre vie. Il est celui qui nous accompagne tout au long de notre existence, le témoin de nos troubles et de nos douleurs, le confident de nos angoisses les plus intimes. La population est très attachée à son médecin de ville, son médecin de famille. C'est une évidence et une constante sociologique jamais démentie. Et ces praticiens si

proches de nous sont essentiellement des praticiens libéraux. Le médecin, quel que soit son statut (libéral, salarié) participe à une mission d'intérêt général. La médecine libérale apparaît ainsi, à côté de l'hôpital, comme l'un des piliers de notre système de santé. La politique à conduire en matière de médecine sous statut libéral consiste à équilibrer les attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence : les malades, les médecins et les régulateurs. Comment se recomposent les exigences de ces trois acteurs ? Sont-elles cohérentes ? Comment s'arbitrent les éventuelles contradictions ? Cet avis tente de répondre à ces questions.

34917

RAPPORT

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

***Note sur les conditions d'exercice et
de revenu des médecins libéraux adopté
par le Haut Conseil pour l'avenir de
l'assurance maladie.***

Paris : HCAAM : 2007/05/24 : 147 p.,
tabl., graph.
Cote Irdes : B5957bis

Le médecin fait partie de notre environnement quotidien et occupe une place privilégiée dans notre vie. Il est celui qui nous accompagne tout au long de notre existence, le témoin de nos troubles et de nos douleurs, le confident de nos angoisses les plus intimes. La population est très attachée à son médecin de ville, son médecin de famille. C'est une évidence et une constante sociologique jamais démentie. Et ces praticiens si proches de nous sont essentiellement des praticiens libéraux. Le médecin, quel que soit son statut (libéral, salarié) participe à une mission d'intérêt général. La médecine libérale apparaît ainsi, à côté de l'hôpital, comme l'un des piliers de notre système de santé. La politique à conduire en matière de médecine sous statut libéral consiste à équilibrer les attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence : les malades, les médecins et les régulateurs. Comment se recomposent les exigences de ces trois acteurs ? Sont-elles cohérentes ? Comment s'arbitrent les éventuelles contradictions ? Cette note tente de répondre à ces questions

35224

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

***Doctor behaviour under a pay for
performance contract : evidence from
the quality and outcomes framework.***

CHE Research Paper Series ; 28.
York : University of York : 2007/05 :
26 p., tabl., ann.
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp28.pdf>

Since 2003, 25 % of UK general practitioners' income has been determined by the quality of their care. The 65 clinical quality indicators in this scheme (the Quality and Outcomes Framework) are in the form of ratios, with financial reward increasing linearly with the ratio between a lower and upper threshold. The numerator is the number of patients for whom an indicator is achieved and the denominator is the number of patients the practices declares are suitable for the indicator. The number declared suitable is the number of patients with the relevant condition less the number exception reported by the practice for a specified range of reasons. Exception reporting is designed to avoid harmful treatment resulting from the application of quality targets to patients for whom they were not intended. However, exception reporting also gives GPs the opportunity to exclude patients who should in fact be treated in order to achieve higher financial rewards. This is inappropriate use of exception reporting or 'gaming'. Practices can also increase income if they are below the upper threshold by reducing the number of patients declared with a condition (prevalence), or by increasing reported prevalence if they were above the upper threshold. This study examines the factors affecting delivered quality (the proportion of prevalent patients for indicators were achieved) and tests for gaming of exceptions and for prevalence reporting being responsive to financial incentives.

► Comptabilité hospitalière

35704

RAPPORT
Ministère de la Solidarité - de la Santé
et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).
Direction de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.).
Paris. FRA,
Centre Hospitalier Universitaire
d'Angers (C.H.U.). Groupe pour
l'Amélioration de la Comptabilité
Analytique Hospitalière. (G.A.C.A.H.).
Angers. FRA

Calcul des coûts par activité.

Fiches d'analyse d'écart. Données 2005.

Paris : DHOS : 2007 : 190 p., tab., graph., ann.
Cote Irdes : B6112

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gacah_2005/accueil.htm

Depuis 1992, le Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH) est missionné par le ministère de la Santé pour promouvoir le développement du contrôle de gestion dans les établissements de santé. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis en ligne le rapport du Groupe sur les coûts unitaires des activités de production hospitalière pour l'année 2005. L'échantillon, renouvelé annuellement, est composé de 135 établissements, dont 17 CHU, 13 CHS et trois établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Tous les établissements n'ont pas fourni des données pour toutes les activités. Les données sur les coûts des hôpitaux publics ont été traitées par la Banque de données hospitalières de France (BDHF) dont la gestion est assurée par le CHU d'Angers. Le rapport détaille les coûts de 42 activités. Les fiches d'analyse d'écart représentent la première approche validée pour permettre aux établissements de santé qui le souhaitent, de se comparer à un échantillon d'établissements ayant réalisé une présentation comptable homogène, précise la DHOS dans sa note d'accompagnement. La comparaison peut se faire sur le coût unitaire total d'une activité et sur sa composition afin de permettre la détermination des causes d'un éventuel surcoût. La DHOS souhaite que ces données soient utilisées par les gestionnaires hospitaliers et constituent un outil de maîtrise interne des coûts de production des activités hospitalières. Elle indique qu'un nombre significatif d'établissements a pu grâce à la comparaison de leurs propres coûts unitaires aux fiches d'analyse d'écart, identifier la cause

de surcoûts et ainsi agir en conséquence. Dans l'avenir, les acteurs hospitaliers pourront ainsi avoir une connaissance précise de leurs performances économiques de production qui est un des préalables indispensables à une maîtrise réussie des dépenses hospitalières, conclut-elle.

34939

OUVRAGE
PELJAK (D.)

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Bordeaux : Les Études hospitalières :
2007 : 135 p.
Cote Irdes : A3574

L'hôpital est aujourd'hui en pleine mutation : réforme de son organisation avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, évolution de ses relations avec les usagers (commission des relations avec les usagers et de la qualité), bouleversement des pratiques professionnelles (accréditation, évaluation des pratiques professionnelles), transformation des systèmes d'information (classification commune des actes médicaux, dossier médical personnel)... Dans ce contexte, la tarification à l'activité (T2A) conduit à un bouleversement de ses modalités de financement. Applicable depuis le 1^{er} janvier 2006, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) en constitue désormais le dispositif comptable naturel. Plus qu'un outil, il concrétise une nouvelle philosophie de management des établissements publics de santé. Rédigé dans un style clair et précis, cet ouvrage consacré à l'EPRD des établissements hospitaliers constitue le guide essentiel permettant d'appréhender les nouveaux documents et procédure budgétaires, mais également les mécanismes issus du récent processus de régulation financière des hôpitaux.

► Indicateurs de gestion hospitalière

34636

OUVRAGE
CHALEIX (M.) / coor., EXERTIER (A.) / coor.
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (D.R.E.E.S.).
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2004.

Paris : La documentation française : 2006 :
85 p., tabl., graph.
Cote Irdes : A3356

Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de tableaux, graphiques et cartes accompagnée d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.

► Listes d'attente

35127

RAPPORT
PRIEST (A.), RACHLIS (M.), COHEN (M.)
Canadian Centre for Policy Alternatives.
(C.C.P.A.).
Ottawa. CAN

Why wait? Public solutions to cure surgical waitlists.

Pourquoi attendre ? La solution publique pour remédier aux listes d'attente chirurgicales.
Ottawa : CCPA : 2007/05 : 40 p.
Cote Irdes : B6010

http://policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_2007/why_wait_surgical_waitlists.pdf

Waiting for elective surgery is the hottest political issue facing Canadian health care today. In fact, it's no exaggeration to say that how waitlists are managed – or not – could seal the fate of Medicare. The central point of this paper – and the good news – is that better management is happening right now in BC and elsewhere, and as a result waitlists for certain surgical procedures have decreased dramatically. Changes to public health care policies and practices by dedicated health professionals have cut months from wait times while reducing lengths of stay in hospital and increasing patient satisfaction. Positive information of this nature deserves to be celebrated, especially in these times of health care gloom and doom. The public needs to know that these projects exist; that there are viable, economically achievable solutions, and that they hold great promise for improving Medicare.

35126

RAPPORT
PATERSON (J.M.), HUX (J.E.),
TU (J.V.), LAUPACIS (A.)
Institute for Clinical Evaluative Sciences.
(I.C.E.S.).
Toronto. CAN

The Ontario wait time strategy : no evidence of an adverse impact on other surgeries.

La stratégie des listes d'attente de l'Ontario : aucune évidence concernant l'impact négatif sur les autres spécialités de chirurgie.
Toronto : ICES : 2007/05 : 36 p., tabl., graph.
Cote Irdes : B6009

http://www.ices.on.ca/file/Wait_Time_Strategies_other_surgeries_IR.pdf

In the fall of 2004, Canada's First Ministers announced plans to implement a national wait time strategy (WTS). As a result, there has been a clear increase in the rate of WTS procedures. However, at the same time, there have also been anecdotal reports of decreased numbers of, and increased waits for, non-priority services. This report assesses the impact of the Ontario WTS upon various procedures both within and beyond the WTS priority areas. Trends in physician billings from 1992 to 2006 were analyzed for a range of surgical procedures—including orthopedic, ophthalmology and other high volume surgeries—to determine whether the announcement of the WTS had any effect on the rates of these procedures

► Performance

35197

DOCUMENT DE TRAVAIL
ERLANDSEN (E.)
Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

Improving the efficiency of health care spending : selected evidence on hospital performance.

Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : indicateurs sélectifs de la performance des hôpitaux.

Economics Department working papers; 555.
Paris : OCDE : 2007/06 : 35 p., tabl., fig; ann.
Cote Irdes : B6015

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2007doc.nsf/7b20c1f93939d029c125685d005300b1/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/\\$FILE/JT03228856.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2007doc.nsf/7b20c1f93939d029c125685d005300b1/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/$FILE/JT03228856.PDF)

Il n'existe pas de données toutes faites sur les services fournis par les hôpitaux et les ressources qu'ils consomment qui permettraient d'effectuer des comparaisons internationales d'ensemble de l'efficacité des hôpitaux. Ce document s'appuie donc sur des indicateurs sélectifs pour comparer l'efficacité des hôpitaux dans un échantillon de pays de l'OCDE, sur la base de trois approches différentes, à savoir : i) les coûts unitaires pour des interventions hospitalières types ; ii) les niveaux d'efficacité globale entre

pays pris deux à deux ; iii) la variabilité de l'efficacité entre hôpitaux d'un même pays.

► Réformes hospitalières

35468

OUVRAGE
CLEMENT (J.-M.)

Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours.

Bordeaux : Les Etudes hospitalières : 2007 : 95 p.
Cote Irdes : A3604

Ce précis sera très certainement apprécié par tous ceux qui veulent comprendre le sens des réformes hospitalières. Il s'ouvre par une étude concise mais éclairante des diverses réformes depuis la Révolution de 1789. Il se poursuit par un examen critique - dans le meilleur sens du terme - des différentes réformes sous la Ve République, les ordonnances de décembre 1958, la loi du 31 décembre 1970 et celle du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril 1996, du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005, sans oublier la loi du 4 mars 2002. Enfin cet opuscule se termine par une réflexion libre sur le sens de ces réformes (4^e de couverture).

► Systèmes d'information

34121

OUVRAGE
HAGEGE (C.)

Gouverner le système d'information hospitalier ou l'éloge du tailleur du souverain.

Bordeaux : Les Études hospitalières : 246 p.
Cote Irdes : A3537

Les différentes dispositions de la réforme hospitalière 2007 ont propulsé le système d'information au coeur du management de la nouvelle gouvernance. À ce jour, aucun ouvrage n'aborde complètement le sujet dans sa double approche stratégique et opérationnelle. Cet ouvrage, articulé en trois parties, tente une première avancée en référence à ce qui se pratique outre-Atlantique et dans d'autres domaines d'activité. Il s'agit donc d'abord d'identifier les grandes mesures de la réforme hospitalière, puis de décrire le système d'information dans une double dimension : celle de la science de l'ingénieur et celle de l'intégration dans un fonctionnement complexe et transversal à l'hôpital. Enfin, la troisième partie aborde le volet opérationnel en indiquant les diverses pratiques et recommandations professionnelles. Elle fixe encore les outils et des indi-

cateurs internes à mettre en place. Puisse cette démarche aboutir à démontrer de la participation du système d'information au processus de création de valeur pour l'hôpital.

► Tarification

34954

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

Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH.

Paris : Igas : 2007/03 : 15 p., ann.
Cote Irdes : B6081

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000364/0000.pdf>

Par lettre du 16 mars 2006, le ministre de la santé et des solidarités a chargé l'Inspection générale des affaires sociales d'expertiser les écarts de rémunérations et de charges sociales entre établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale ; les écarts ayant éventuellement vocation à servir de base à une différenciation des tarifs dans le cadre de la tarification à l'activité. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité pour financer ces établissements le 1er janvier 2004, les fédérations des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et parmi elles, plus particulièrement la FEHAP, plaident pour un traitement tarifaire différencié, au motif d'un différentiel de charges sociales pesant sur la rémunération de leurs salariés.

PROFESSIONS DE SANTÉ

► Infirmiers

35437

DOCUMENT DE TRAVAIL
DI TOMMASO (M.L.), STROM (S.),
MAGNUS SAETHER (E.)

Nurses wanted. Is the job too harsh or is the wage too low?

On recherche des infirmières.

Le travail est-il trop dur ou le salaire trop bas ?

Turin : Université de Turin : 2007/04 :
35 p., tabl., ann.
Cote Irdes : B6053

When entering the job market, nurses choose among different kind of jobs. Each of these jobs is characterized by wage, sector (primary care or hospital) and shift (daytime work or shift). This paper estimates a multisector- job-type random utility model of labor supply on data for Norwegian registered nurses in 2000. The empirical model implies that labor supply is rather inelastic; 10 percent increase in the wage rates for all nurses is estimated to yield 3.3 percent increase in overall labor supply. This modest response shadows for much stronger inter job-type responses. Our approach differs from previous studies in two ways: First, to our knowledge, it is the first time that a model of labour supply for nurses is estimated taking explicitly into account the choices that RN's have regarding work place and type of job. Second, it differs from previous studies with respect to the measurement of the compensations for different types of work. So far, it has been focused on wage differentials. But there are more attributes of a job than the wage. Based on the estimated random utility model we therefore calculate the expected value of compensation that makes a utility maximizing agent indifferent between types of jobs, here between shift work and daytime work. It turns out that Norwegian nurses working shifts may be willing to work shift relative to daytime work for lower wage than the current one.

► Pharmaciens

34646

FASCICULE
Conseil National de l'Ordre des
Pharmaciens. (C.N.O.P.).
Paris. FRA

Panorama au 1^{er} janvier 2007.

Paris : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens : 2007 : 21p., carte, graph., tabl.
Cote Irdes : S46/2

Ce petit document présente, sous forme de graphiques, cartes et commentaires concis, les principaux chiffres de la démographie pharmaceutique : caractéristiques des membres de l'Ordre National des Pharmaciens, secteurs dans lesquels ils travaillent, et répartition géographique.

34647

RAPPORT

Conseil National de l'Ordre des
Pharmaciens. (C.N.O.P.).
Paris. FRA

**Les pharmaciens : statistiques au
1^{er} janvier 2007.**

Paris : Conseil National de l'Ordre des Pharma-
ciens : 2007 : 241 p., tabl.
Cote Irdes : S46/1

Ce document publié annuellement par l'Ordre
des Pharmaciens propose un état des statisti-
ques professionnelles au 1^{er} janvier 2007.

MÉDICAMENTS

Antibiotiques

34904

RAPPORT

FILIPPINI (M.), MASIERO (G.),
MOSCHETTI (K.)
Faculté des Sciences Économiques.
Lugano. CHE

**Characteristics of demand for antibiotics
in primary care : an almost ideal demand
system approach.**

Lugano : Université de Lugano : 2007/04 : 25 p.
Cote Irdes : B5973

We model demand for different classes of antibiotics used for respiratory infections in outpatient care using a linear approximate almost ideal demand system approach. We compute elasticities to socioeconomic determinants of consumption and own- and cross- price elasticities between different groups of antibiotics. We find significant elasticities between newer/more expensive generations and older/less expensive generations of antibiotics. The larger use of more expensive antibiotics is also associated with the self-dispensing status of practices, ceteris paribus.

35405

REPERTOIRE

MASIERO (G.), FILIPPINI (M.),
FERECH (M.), GOOSSENS (H.)
Decanato della Facolta du Scienze
Economiche.
Lugano. CHE

**Determinants of outpatient antibiotic
consumption in Europe: bacterial
resistance and drug prescribers.**

Déterminants de la consommation

*d'antibiotiques des malades en consultation ex-
terne en Europe : résistance bactérienne et les
prescripteurs de médicaments.*

Lugano : Faculté des Sciences Économiques :
2007/05 : 28 p., tabl., graph.
Cote Irdes : B6042

<http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,42,6,20070702170710-ER/wp0702.pdf>

This paper investigates socioeconomic determinants of outpatient antibiotic consumption in Europe. Comparable data on antibiotic use measured in the defined daily doses per 1000 inhabitants (DID) are currently provided by the ESAC project. Results from applied econometric estimations for panel data reveal a link between antibiotic use and the per capita income, the demographic structure of the population, the level of education and cultural aspects. Supply-side factors, such as the density of providers and their remuneration methods, are also considered. We provide the first estimate of the impact of bacterial resistance on consumption when the effect of other determinants is simultaneously taken into account.

Données statistiques

35406

RAPPORT

Pricewaterhousecoopers.
Levallois-Perret. FRA

**Pharma 2020 : the vision :
Which patch will you take ?**

*Pharma 2020 : la vision :
quel patch prendrez-vous ?*

Levallois-Perret : Pricewaterhousecoopers :
2007/06 : 48 p.
Cote Irdes : B6043

http://www.pwc.fr/pharma_2020.html

Le marché mondial de l'industrie pharmaceutique devrait tripler en valeur pour atteindre 1 300 milliards de dollars en 2020 et le secteur doit se transformer afin de capitaliser sur les opportunités. C'est ce que révèle l'étude « Pharma 2020: The Vision - Which Path Will You Take? » publiée par PricewaterhouseCoopers qui met en avant les principaux défis que devront relever les laboratoires pharmaceutiques s'ils veulent profiter d'une croissance du marché de la pharmacie portée par le vieillissement de la population, l'avènement des traitements préventifs, la croissance démographique, le développement de l'obésité et la hausse générale du niveau de vie.

35701

RAPPORT

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

**Comité Économique des Produits de Santé :
rapport d'activité 2006.**

Paris : Comité Économique des Produits
de Santé : 2007/07 : 72 p., tabl.
Cote Irdes : B6109

<http://www.sante.gouv.fr/ceps/>

Ce rapport d'activité décrit les principales activités du Comité économique des produits de santé (CEPS) au cours de l'année 2006. Il comprend 2 parties. La première partie traite des médicaments : le marché des médicaments remboursables en 2006 ; la régulation du marché des médicaments ; la fixation des prix. La deuxième partie concerne les produits de santé autres que les médicaments : dépenses et prise en charge des dispositifs médicaux.

35265

RAPPORT, CD ROM

Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).
Paris. FRA

**Réalités économiques 2006 :
l'industrie du médicament en France.**

Paris : Éditions LEEM
Services : 2007 : 119 p., tabl., graph., ind.
Cote Irdes : Bc6031

Ce rapport dresse un panorama complet de l'industrie pharmaceutique en France sous forme de tableaux, de graphiques et de brefs commentaires : contexte réglementaire, production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, prix, bénéfices, investissements, recherche et développement, exportations et importations, choix humanitaire de l'industrie pharmaceutique, marché intérieur, marché mondial, consommation, système de santé et remboursements, environnement économique, comparaison internationale des systèmes de santé. En fin de document figurent quelques données générales sur la santé, puis une liste d'adresses utiles sur le monde du médicament.

34649

RAPPORT

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

The pharmaceutical industry in figures 2006.

L'industrie pharmaceutique en chiffres 2006.
Bruxelles : EFPIA : 2006 : 48 p., tabl., fig.

Cote Irdes : B5917

<http://www.efpia.org>

Cette brochure rassemble les principaux chiffres-clés sur l'industrie pharmaceutique des pays européens membres de l'EFPIA : structure de l'industrie pharmaceutique, marché du médicament, recherche pharmaceutique, emploi, remboursement, dépenses pharmaceutiques... Elle présente aussi des données de cadrage sur l'environnement économique et démographique actuel.

34655

RAPPORT

Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.v. (V.F.A.).
Berlin. DEU

**Die Arzneimittelindustrie in Deutschland :
Statistics 2006.**

*Statistiques de l'industrie pharmaceutique en
Allemagne 2006.*

Berlin : VFA : 2006 : 59 p., tabl.
Cote Irdes : SE (ALL) - 2006

Le « Verband Forschender Arzneimittelhersteller EU » (VFA) publie la mise à jour 2006 des statistiques sur le secteur pharmaceutique en Allemagne.

► Industrie pharmaceutique

35413

DIPLOMES

DA POIAN (M.T.)

**Les stratégies des laboratoires
pharmaceutiques face aux expirations
de brevets de leurs molécules.**

Mémoire de DESS Économie et
Gestion des systèmes de santé.

Paris : Université de Paris 1 Sorbonne :
2004 : 66 p.

Cote Irdes : B6048

Depuis plusieurs années, certains États dont la France, ont entrepris de réguler les dépenses liées au médicament par le biais de la mise en place d'une politique du médicament dont la promotion de l'utilisation des médicaments génériques est un axe prépondérant. D'autres mesures ont été adoptées comme la prescription en DCI, le droit de substitution, les tarifs forfaitaires de responsabilité. Dans ce contexte, les laboratoires doivent optimiser au maximum la gestion du cycle de vie de leurs produits après expiration des brevets des molécules, pour rester compétitifs. L'objectif de ce rapport est de décrire les stratégies commerciales, industrielles, régle-

mentaires utilisées par les laboratoires à partir d'études de cas de molécules dont les brevets ont expiré ou qui vont tomber très prochainement dans le domaine public. La première partie porte sur les législations américaines et européennes en terme de protection industrielle, de mise sur le marché et d'incitations au développement des génériques. La deuxième partie porte sur des études de cas. La troisième comporte une synthèse de l'ensemble des stratégies employées qui peuvent être classées en deux groupes différents, celles dont l'objectif est d'allonger la période d'exclusivité du produit sur le marché et celles visant à conserver le chiffre d'affaire malgré la concurrence des génériques.

► Information du malade

35212

RAPPORT

GRANLUND (D.), RUDHOLM (N.)

Umea University. Department of Economics.
Umea. SWE

Consumer information and pharmaceutical prices : theory and evidence.

Information du consommateur et prix des médicaments : théorie et évidence.

Stockolm : Umea University :
2007/04 : 31 p., tabl.
Cote Irdes : B6024

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hhs:umnees:0709&r=hea>

In this paper, the impact of increased consumer information on brand name and generic pharmaceutical prices is analyzed both theoretically and empirically. The theoretical results show that an increase in information is likely to reduce the price of brand name pharmaceuticals, while the results regarding generics are less clear. In the empirical part of the paper, the introduction of the substitution reform in the Swedish pharmaceuticals market in October 2002 is used as a natural experiment regarding the effects of increased consumer information on pharmaceutical prices. The results clearly show that the reform has lowered the price of both brand name- and generic pharmaceuticals.

► Marché du médicament

35214

DOCUMENT DE TRAVAIL

CORONADO (J.), JIMENEZ-MARTIN (S.),
MARIN (P.L.)

Universidad Pompeu Fabra.
Barcelona. ESP

Multimarket contact in Pharmaceutical markets.

Le contact multi-marché dans les marchés pharmaceutiques.

Barcelone : Universidad Pompeu Fabra : 2007 :
38 p., 11 tab.

Cote Irdes : B6026

<http://pareto.uab.es/wp/2007/69807.pdf>

The purpose of this paper is to analyze the effect of multimarket contact on the behavior of pharmaceutical firms controlling for different levels of regulatory constraints using IMS MIDAS database. Theoretically, firms that meet in several markets are expected to be capable of sustaining implicitly more profitable outcomes, even if perfect monitoring is not possible. Firms may find it profitable to redistribute their market power among markets where they are operating. We present evidence for nine OECD countries with different degrees of regulation and show that regulation affects the importance of economic forces on firms' price setting behavior. Furthermore, our results confirms the presence of the predictions of the multimarket theory for more market friendly countries (U.S. and Canada) and less regulated ones (U.K., Germany, Netherlands), in contrast, for highly regulated countries (Japan, France, Italy and Spain) the results are less clear with some countries being

► Médicaments génériques

35479

DOCUMENT DE TRAVAIL

GONZALES (J.), SISMEIRO (C.),
DUTTA (S.), STERN (P.)

Market effects of generic entry : the role of physicians and of non-bioequivalent competitors.

Les effets de marché relatifs à l'entrée d'un médicament générique : le rôle des médecins et des produits concurrents non-bioéquivalents.

Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2007/06 : 39 p., tabl.
Cote Irdes : B6085

Patent expiration represents a turning point for the brand losing patent protection as bioequivalent generic versions of the drug quickly enter the market at reduced prices. In this paper, we study how physician characteristics and their prescribing decisions impact the competition among molecules of a therapeutic class, once generic versions of one of these molecules enter the market. Specifically, we study the evolution of the Selective Serotonine Reuptake Inhibitors (SSRIs) after the introduction of generic versions

of fluoxetine (brand name Prozac) in the United Kingdom (UK). Our results suggest that, to fully understand the market evolution after generic entry, public health officials need to consider the marketing activities of pharmaceutical companies and determine how (1) individual physicians prescribe all competing drugs, and (2) respond to drug prices and marketing actions. For example, we find that a group of physicians sensitive to detailing switch from fluoxetine to nonbioequivalent branded alternatives after patent expiration, as Prozac significantly reduces its marketing support. Consequently, the market share of fluoxetine decreases despite being available at significant price discount under generic form, and despite the increase of prescriptions by price-sensitive physicians. Hence, governments interested in assessing generics diffusion should consider the prescribing across all competitors, whether or not bioequivalent, and determine the size of physician segments sensitive to pharmaceutical marketing activity and prices.

► Observance

34700

OUVRAGE
PALAZZOLO (J.)
OLIE (J.P.) / préf.

Observance médicamenteuse et psychiatrie.

Paris : Elsevier : 2004 : 188 p.
Cote Irdes : A3563

Toutes les recherches en psychologie médicale le prouvent : la motivation personnelle et une relation de confiance avec le médecin sont indispensables à une bonne observance médicamenteuse. On sait qu'un schéma thérapeutique simple, une bonne information du patient, une relation bienveillante avec le praticien et l'implication de l'entourage familial dans la thérapie concourent à une bonne observance. Au-delà de ce savoir de base, enseigné et admis, l'auteur propose de réfléchir à d'autres facteurs et dépasse le cadre strict de la médecine pour comprendre comment la culture, l'anthropologie médicale, les propriétés réelles ou supposées du Pharmakon interagissent dans la réussite ou l'échec de l'observance médicamenteuse. Destiné aux praticiens désireux d'optimiser l'état clinique de leurs patients, ce livre propose une synthèse des données les plus actuelles et aborde des pistes encore inexplorées dans la littérature francophone.

► Pharmacovigilance

35575

RAPPORT
Ernst & Young.
Paris-La Défense. FRA

Progressions 2007 : drug safety : clearing the hurdles and accelerating the business.

Progressions 2007 : pharmacovigilance : comment contourner les obstacles et accélérer les affaires ?
Paris : Ernst & Young : 2007 : 43 p., tabl.
Cote Irdes : B6100

Après avoir publié pendant quatre ans son rapport pharma annuel, le Centre Global Pharmaceutique d'Ernst & Young publie sa première édition bi-annuelle du rapport Progressions qui met en lumière les enjeux majeurs auxquels doit faire face le secteur. Cette publication aide les dirigeants à défier les obstacles liés au développement de produits sécurisés et innovants et à gérer leur performance financière en leur apportant le point de vue d'experts représentatifs de l'industrie, des instances réglementaires et de la presse professionnelle ainsi que celui des collaborateurs d'Ernst & Young.

► Prescription

35477

RAPPORT
PESTY (F.)

Impact de la visite médicale sur la prescription du médicament dans le champ conventionnel. Etude inédite à partir des données Medic'am 2006.

Fontenay-le-Fleury : Institut Puppem :
2007/07 : 39 p., graph.
Cote Irdes : B6083

Cette étude cherche à évaluer l'impact de la visite médicale des laboratoires pharmaceutiques entre 2002 et 2006 sur la prescription du médicament dans les classes thérapeutiques visées par la convention médicale passée entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires.

35459

RAPPORT
National Audit Office. (N.A.O.).
Londres. GBR

Prescribing costs in primary care.

Coûts de la prescription en soins primaires.
Londres : NAO : 2007 : 37 p.
Cote Irdes : B6064

http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/06-07/0607454.pdf

The aim of this report is to support doctors and others prescribers in their prescribing decisions. We looked at the scope for improving the efficiency of prescribing effectiveness, and the influences on prescribing behavior. We also examined the extent of drug wastage, due, for example, to patients not taking drugs they were prescribed, or being given repeat prescriptions of medicines of which they are already sufficient stock.

► Prix

34342

OUVRAGE

LE PEN (C.), GRAF VON SCHULENBURG (J.M.), GARAU (M.), TOWSE (A.), GARATTINI (L.), COSTA-I-FONT (J.), DANZON (P.)
GARAU (M.) / éd.,
MESTRE-FERRANDIZ (J.) / éd.
Office of Health Economics. (O.H.E.).
Londres. GBR

European medicines pricing and reimbursement : now and the future.

Prix et remboursement des médicaments en Europe : situation actuelle et future.

Abington : Radcliffe Publishing Ltd : 2006 : 122 p., ind.

Cote Irdes : A3542

Based on a seminar held in November 2005, this book discusses recent developments in pricing and reimbursement within five major European Pharmaceutical markets. Each chapter gives an overview of the current market, including aims, effectiveness, local markets, frameworks and politics as well as indications for future developments.

34903

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOMMIER (A.), JULLIEN (B.), BARDEY (D.)
Université des Sciences Sociales. Institut d'Économie Industrielle (I.D.E.I.). Toulouse. FRA

Retail price regulation and innovation: reference pricing in the pharmaceutical industry.

Régulation de la vente au détail et innovation : fixation du prix de référence dans l'industrie pharmaceutique.

Toulouse : Institut d'Économie Industrielle (I.D.E.I.) : 2006/12 : 38 p.

Cote Irdes : B5975

http://idei.fr/doc/wp/2006/retail_price.pdf

This paper is a first attempt to model the effects

of retail price regulation based on reference pricing on the innovation effort of pharmaceutical firms. The model is based on a dynamic game involving three types of agents : pharmaceutical firms, consumers and a regulatory entity. The game includes research stages where the innovation efforts by the firms are determined and introductory stages where a price for a new medicament is fixed. We model the negotiation between the drug owner and the regulator to fix the price, first without legal constraint, second under the regime of reference pricing in therapeutic classes. We then solve the innovation game where the firms anticipate the results of the negotiation round on prices. The final stage consists in calibrating the model with a small data on statin in France and simulating the effect of the change in regulatory regime. Our results suggests a decline in health while intertemporal expenses may decrease or increase depending, on the impact on the innovation process.

35449

DOCUMENT DE TRAVAIL

MOISE (P.), DOCTEUR (E.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Paris. FRA

Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Sweden.

Prix des médicaments et politiques de remboursement en Suède.

OECD Health Working Papers ; 28.
Paris : OCDE : 2007 : 65 p., fig., ann.
Cote Irdes : B6059

<http://www.oecd.org/dataoecd/63/17/39020934.pdf>

Le présent document passe en revue les différents aspects des politiques et des caractéristiques du marché du secteur pharmaceutique suédois, évalue l'atteinte des objectifs relatifs à la politique pharmaceutique suédoise et formule un certain nombre de constats et de conclusions. Grâce à la faiblesse des marges de distribution et à l'absence de TVA sur les médicaments prescrits sur ordonnance, les prix publics des produits pharmaceutiques sont relativement bas, alors que les prix moyens perçus par les fabricants se situent parmi les plus élevés d'Europe. Les récentes réformes ont contribué à freiner la croissance des dépenses pharmaceutiques, qui avaient dépassé 10 % par an durant les années 1990. En Suède, les dépenses de médicaments par habitant sont inférieures à la moyenne des pays de l'OCDE. Seuls cinq pays de l'OCDE y consacrent une part plus faible de leur revenu national. Les éléments d'appréciation peu nombreux disponibles tendent à laisser penser que le niveau relativement peu élevé des dépenses

de médicaments en Suède s'explique par le niveau peu élevé des prix publics, plutôt que par la faiblesse de la consommation. La Suède a institué en 2002 un nouveau système de prix et de remboursement qui se caractérise essentiellement par le recours à l'analyse coût-efficacité pour la détermination du niveau de remboursement des nouveautés pharmaceutiques et le remplacement systématique par les génériques les moins onéreux. Le recours à l'analyse coût-efficacité pour l'adoption des décisions en matière de remboursement aide à relier le prix de remboursement à la valeur sociale du produit, mais ne garantit pas que le prix soit le plus bas possible. La politique de substitution des génériques a permis à la Suède d'assurer un taux relativement élevé de pénétration en volume de ces produits sur le marché, alors qu'en valeur, ils ne représentent qu'une part extrêmement réduite du total. Toutefois, l'obligation de remplacer un médicament prescrit par le produit substituable le moins cher risque de compromettre la compétitivité de l'industrie des génériques. Apoteket, qui détient le monopole de la distribution de produits pharmaceutiques en Suède, est un cas tout à fait à part dans les pays de l'OCDE. Les marges de gros et de détail sont notoirement peu élevées, mais la densité des officines pharmaceutiques est plus faible qu'ailleurs et d'autres facteurs limitent également le confort des consommateurs suédois. Il est vraisemblable que ces derniers bénéficieraient de l'ouverture à la concurrence pour la vente des médicaments en vente libre (qui ne sont généralement pas remboursés) (Résumé d'auteur).

34886

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

**Reference pricing versus co-payment
in the pharmaceutical industry :
price -quality and market coverage.**

*Prix de référence contre ticket modérateur
dans l'industrie pharmaceutique :
prix - qualité et couverture du marché.*
CHE Research Paper Series ; 25.
York : University of York : 2007/05 : 32 p.,
tabl., fig., ann.
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp25.pdf>

Within a horizontally differentiation model, we analyse the relative effects of reference pricing and copayment reimbursement on firms pricing and quality strategies as well as on market coverage under different market structures: compe-

titive market, local monopolies and exogenous full market coverage. Results allow us to shed some light on the welfare and total drug expenditure implications of different drug reimbursement policies.

34884

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

**Reference pricing versus co-payment
in the pharmaceutical industry :
firms' pricing strategies.**

*Prix de référence contre ticket modérateur :
stratégies en matière de prix dans l'industrie
pharmaceutique .*
CHE Research Paper Series ; 27.
York : University of York : 2007/05 : 32 p.,
tabl., fig., ann.
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp27.pdf>

Within a horizontally differentiation model and allowing for heterogeneous qualities, we analyze the effects of reference pricing reimbursement on firms' pricing strategies. With this analysis we find inherent incentives for firms' pricing behaviour, and consequently we shed some light on time consistency of such policy. The analysis encompasses different reference price rules. Results show that if drugs have equal quality, reference pricing may lead to higher prices. With quality differentiation both the minimum and linear policies unambiguously lead to higher prices.

35448

DOCUMENT DE TRAVAIL
PARIS (V.) , DOCTEUR (E.)
Organisation de Coopération et de
Développement Économiques. (O.C.D.E.). Pa-
ris. FRA

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

*Prix des médicaments et politiques
de remboursement en Suisse.*
OECD Health Working Papers ; 27.
Paris : OCDE : 2007 : 60 p., fig., ann.
Cote Irdes : B6058

<http://www.oecd.org/dataoecd/54/42/38868953.pdf>

Ce document passe en revue différents aspects des politiques et des caractéristiques de marché du secteur pharmaceutique en Suisse et évalue l'atteinte des objectifs relatifs à la politique phar-

maceutique suisse. En Suisse, les dépenses pharmaceutiques n'ont pas augmenté plus vite que l'ensemble des dépenses de santé, contrairement à ce qui s'est passé dans de nombreux autres pays de l'OCDE. Les dépenses de médicaments par habitant, et en proportion du PIB, restent modérées par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE. Cela tient en partie au niveau relativement faible de la consommation pharmaceutique, puisque les prix publics sont parmi les plus élevés en Europe et les Suisses enclins à adopter rapidement les nouveaux produits. La régulation des prix des médicaments remboursés, basée sur des comparaisons internationales et, le cas échéant, sur les prix des comparateurs au sein d'une même classe thérapeutique, semble conduire à des niveaux de prix moins élevés que ce qu'ils seraient sans régulation. Même si les prix fabricants sont relativement élevés par rapport à ce qu'ils sont dans d'autres pays européens, les récentes réformes ont réduit l'écart. Les coûts sont certes maîtrisés mais la Suisse pourrait aller encore plus loin pour améliorer l'efficacité de ses dépenses pharmaceutiques. Le taux de pénétration des génériques sur le marché s'améliore mais reste inférieur à ce qu'il est ailleurs et les prix des génériques sont plus élevés que dans d'autres pays. Les marges relativement élevées appliquées sur les prix fabricants donnent à penser que les circuits de distribution pourraient être rationalisés, même si les coûts élevés peuvent aussi refléter certaines caractéristiques de l'économie suisse. Bien que le système de santé suisse se caractérise par la forte proportion des dépenses à la charge des patients, ce n'est pas le cas pour les produits pharmaceutiques : la Suisse a un niveau de financement public des médicaments relativement élevé au sein de l'OCDE. Si la participation des patients aux coûts des médicaments est limitée par un plafond annuel, les personnes à faible revenu ne sont pas exonérées, ce qui peut potentiellement générer des problèmes d'accès. Cependant, l'étude n'a pas apporté d'éléments à ce sujet. Alors que le marché suisse est de taille réduite, les nouveaux médicaments sont généralement commercialisés rapidement. Les fabricants pourraient choisir de lancer leurs produits promptement en Suisse notamment pour profiter de la marge de manœuvre dont ils disposent pour fixer le prix initial lorsqu'aucun comparateur n'est disponible (Résumé d'auteur).

► Recherche pharmaceutique

34938

OUVRAGE

SERVIER (J.), MARSEILLE (J.)

Le médicament et la vie.

Paris : Perrin : 2007 : 204 p.

Cote Irdes : A3573

Les changements en profondeur d'une société tiennent à peu de chose. Pour que l'aventure Servier ait une chance et un destin, il a fallu que l'intuition d'un médecin, Jacques Servier, coïncide avec la révolution intellectuelle et industrielle qui touche la santé au milieu des années 1950. Inventer des antidiabétiques et des antihypertenseurs, c'était parier sur le souci croissant des Français pour leur bien-être. S'installer en Grande-Bretagne, sur le continent américain et dans les pays communistes, c'était tabler sur un savoir-faire tricolore adapté à la demande de tous les pays. Diriger, depuis Paris, un groupe qui emploie 20 000 personnes à travers le monde, c'était comprendre avant l'heure que l'internationalisation est une formidable opportunité plutôt qu'une contrainte. Ce parcours hors norme d'un demi-siècle, Jacques Servier a choisi de le raconter à Jacques Marseille, historien des entreprises et l'un de nos meilleurs (4^e de couverture).

34716

RAPPORT

BAKER (D.)

Center for Economic and Policy Research.

Washington DC. USA

Stagnation in the drug development process : are patents the problem ?

Stagnation dans la procédure d'innovation pharmaceutique : les brevets sont-ils le problème ?

Washington : Center for Economic and Policy Research : 2007/03 : 18 p., fig.

Cote Irdes : B5933

http://www.cepr.net/documents/publications/healthcare_stagnation_2007_03.pdf

The rate of new drug development has stagnated, in spite of large increases in both private and public sector spending on biomedical research. The flip side of slower progress is higher drug costs. The cost of developing new drugs has been rising at an average real rate of more than 7 percent since 1987. This report considers the ways in which government patent monopolies distort incentives so that pharmaceutical companies may not opt to minimize research costs.

It documents some of the perverse incentives created by patent monopolies in drugs.

but not among statutorily insured.

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

► Allemagne

34896

DOCUMENT DE TRAVAIL

JURGES (H.)

German Institute for Economic
Research. (D.I.W.).
Berlin. DEU

Health insurance status and physician-induced demand for medical services in Germany : new evidence from combined district and individual level data.

Statut de l'assurance maladie et demande induite des médecins pour les services médicaux en Allemagne : nouvelle évidence à partir de données combinées au niveau du district et au niveau individuel.

Berlin : German Institute for Economic
Research : 2007/04 : 32 p., tabl., graph.
Cote Irdes : B5970

<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp689.pdf>

Germany is one of the few OECD countries with a two-tier system of statutory and primary private health insurance. Both types of insurance provide fee-for-service insurance, but chargeable fees for identical services are more than twice as large for privately insured patients than for statutorily insured patients. This price variation creates incentives to induce demand primarily among the privately insured. Using German SOEP 2002 data, I analyze the effects of insurance status and district (Kreis-) level physician density on the individual number of doctor visits. The paper has four main findings. First, I find no evidence that physician density is endogenous. Second, conditional on health, privately insured patients are less likely to contact a physician but more frequently visit a doctor following a first contact. Third, physician density has a significant positive effect on the decision to contact a physician and on the frequency of doctor visits of patients insured in the statutory health care system, whereas, fourth, physician density has no effect on privately insured patients' decisions to contact a physician but an even stronger positive effect on the frequency of doctor visits than the statutorily insured. These findings give indirect evidence for the hypothesis that physicians induce demand among privately insured patients

► Australie

34712

RAPPORT

COOTE (B.), SCOTT (A.)

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

The value of the Divisions Network : an evaluation of the effect of divisions of general practice on primary care performance.

L'importance du réseau des Divisions en médecine générale : une évaluation de l'impact de l'organisation de la médecine générale en divisions régionales sur la performance des soins primaires.

Melbourne Institute Report ; 8.

Victoria : Melbourne Institute of Applied
Economic and Social Research : 2007/03 :
72 p., tabl.

Cote Irdes : B5931

Divisions of General Practice are regionally based organisations supporting the delivery of primary care services provided by General Practitioners. There are 120 covering all of Australia and represent the only major structural reform of the health care system since Medicare was introduced in 1984. Established in 1992, divisions are now a recognised and valued part of the Australian health care system offering a network-based approach to supporting general practice-based primary health care and enhancing co-ordination with the rest of the health care system through a diverse set of activities. \$8 per Australian was spent on the divisions network in 2004/5. This is very low compared to total health spending of \$4,319 per Australian, and to \$1,098 per Australian on public hospitals. The new National Quality and Performance System (NPQS) for divisions currently being introduced will further demonstrate their value in the future. However, a detailed analysis of the NPQS data will not be available for some time. More immediate measurement of the impact divisions have in improving the performance of the primary health care system is required and is the basis of this research. The research is the most in-depth evaluation of the divisions network to date. Although it does not reflect the full range of activities that divisions perform which, like many primary care interventions, remain hard to measure, it provides some initial evidence on the impact of divisions on a measurable range of primary care performance between 2002 and 2004, the time period for which complete data were available. It is based on a rigorous quantitative

analysis of the effect of divisions across Australia and draws together, for the first time, a number of different sources of division-level data. Advanced econometric modelling techniques have been used to separate out the association between divisions and a number of objective measures of primary care performance whilst taking into account the various other factors that might influence such performance.

35452

RAPPORT
DOGGETT (J.)
Centre for Policy Development. (C.P.D.).
Sidney. AUS

A new approach to primary care for Australia.

Une nouvelle approche des soins de santé primaire en Australie.

Sydney : Center for Policy Development :
2007/06 : 27 p.
Cote Irdes : B6062

http://cpd.org.au/sites/cpd/files/u2/A_new_approach_to_primary_care-CPDJune07.pdf

An ageing population, increasing rates of chronic disease and health workforce shortages are straining our health system. Without change, we will spend more and more to achieve less and less. Australia is preoccupied with hospitals, not health. Hospital should be a last resort not the first. Dignity, autonomy and good health are best served by delivering health services in the home or as locally as possible. A wealth of international evidence shows that health systems oriented towards primary care achieve better health outcomes for a lower overall cost than systems focused on hospital care. Emphasising a universal approach, this proposal builds on the strengths of Australia's current system, while adapting the best (and avoiding the worst) of comparable systems internationally. As one element of comprehensive health reform, this approach will curtail chronic disease, reduce service fragmentation and cut inefficiencies.

► États-Unis

35388

RAPPORT
SILBER (D.)
Institut Montaigne.
Paris. FRA

Comment ressusciter un système public de santé ? L'exemple inattendu des Vets.

Paris : Institut Montaigne : 2007/06 : 78 p.
Cote Irdes : B6035

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

Réformer un système de santé public, centralisé, quinquagénaire et mal en point. Beaucoup, en France, aimeraient connaître la recette... Evaluation balbutiante, coordination défailante, inégalités criantes, cohabitation de la pénurie et de la gabegie : à l'hôpital public comme en ville, notre système de soins souffre de multiples imperfections qui le condamnent à un rendement très inférieur à son potentiel. Mais il n'y a pas de fatalité. Ailleurs, confrontés à la même problématique, d'autres ont su relever le défi. C'est le cas du système de santé des anciens combattants américains : la Veteran Health Administration (VHA), donnée pour morte il y a quinze ans, s'est spectaculairement réformée et passe désormais dans le monde entier pour un modèle d'innovation et d'efficacité. Dans cette nouvelle Note de l'Institut Montaigne, Denise Silber analyse les ressorts de ce succès et en tire des enseignements utiles pour moderniser, tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion, un système de santé français qui souffre aujourd'hui, à bien des égards, des mêmes maux.

34919

RAPPORT
DAVIS (K.), SCHOEN (C.),
SCHOENBAUM (S.), DOTY (M.),
HOLMGREN (A.), KRISS (J.), SHEA (K.)
Commonwealth Fund.
New York. USA

Mirror, mirror on the wall : an international update on the comparative performance of American Health Care.

Miroir, miroir sur le mur : une mise à jour internationale sur la performance comparée du système de santé américain.

New York : The Commonwealth Fund :
2007/05 : 30 p.
Cote Irdes : B5977

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Davis_mirror-mirrorinternationalupdate_1027.pdf?section=4039

Despite having the most costly health system in the world, the United States consistently underperforms on most dimensions of performance, relative to other countries. This report—an update to two earlier editions—includes data from surveys of patients, as well as information from primary care physicians about their medical practices and views of their countries' health systems. Compared with five other nations—Australia, Canada, Germany, New Zealand, the United Kingdom—the U.S. health care system ranks last or next-to-last on five dimensions of a high performance health system: quality, access,

efficiency, equity, and healthy lives. The U.S. is the only country in the study without universal health insurance coverage, partly accounting for its poor performance on access, equity, and health outcomes. The inclusion of physician survey data also shows the U.S. lagging in adoption of information technology and use of nurses to improve care coordination for the chronically ill.

► Europe

35702

DOCUMENT DE TRAVAIL
BAGO D'UVA (T.), JONES (A.M.),
VAN DOORSLAER (E.)
Tinbergen Institute.
Amsterdam. NLD

Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European panel.

Mesure de l'inéquité horizontale dans le recours aux soins au moyen d'un panel européen.

Amsterdam : Tinbergen Institute : 2007 :

28 p., tabl.

Cote Irdes : B6110

<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/07059.pdf>

Measurement of inequity in health care delivery has focused on the extent to which health care utilization is or is not distributed according to need, irrespective of income. Studies using cross-sectional data have proposed various ways of measuring and standardizing for need, but inevitably much of the inter-individual variation in needs remains unobserved in cross-sections. This paper exploits panel data methods to improve the measurement by including the time-invariant part of unobserved heterogeneity into the need-standardization procedure. Using latent class hurdle models for GP and specialist visits estimated on 8 annual waves of the European Community Household Panel we compute indices of horizontal equity that partition total income-related variation in use into a need- and a non-need related part, not only for the observed but also for the unobserved but time-invariant component. We also propose and compare a more conservative index of horizontal inequity to the conventional statistic. We find that many of the cross-country comparative results appear fairly robust to the panel data test, although the panel based methods lead to higher estimates of horizontal inequity for most countries. This confirms that better estimation and control for need often reveals more pro-rich distributions of utilization.

34737

RAPPORT

Cercle Santé Société. (C.S.S.).

Paris. FRA, Europ Assistance.

Paris. FRA

Les soins de santé en Europe : un modèle d'efficacité et de solidarité ?

Présentation en avant-première du 1er baromètre paneuropéen.

Paris : Cercle Santé Société : 2007/01/25 :

61 p.

Cote Irdes : C, B5940

http://www.cerclesantesociete.fr/IMG/ppt/Rapport_francais.ppt

Ce document présente les résultats du 1^{er} Baromètre paneuropéen Cercle Santé-Europ Assistance, qui ont été présentés à l'occasion des Entretiens du Cercle Santé Société, le 25 janvier 2007 au Sénat. Ce Baromètre est une enquête par sondage dont l'objectif est de mieux comprendre les relations et les pratiques que les citoyens européens entretiennent avec leurs systèmes de santé respectifs (perception de la qualité des soins, financement, mobilités, usages des nouvelles technologies, vieillissement et dépendance, modes de vie, etc.). Ce sondage est réalisé par l'Institut CSA auprès de 2500 citoyens d'Allemagne, de France, d'Italie, du Royaume-Uni et de Suède.

► Europe orientale

35541

RAPPORT

SUHRCKE (M.) , ROCCO (L.) , MCKEE (M.)

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

Bureau Régional de l'Europe.

Copenhague. DNK,

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

Observatoire Européen des Systèmes et

Politiques de Santé.

Bruxelles. BEL

Health : a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia.

La santé : un investissement essentiel pour le développement économique en Europe de l'est et en Asie Centrale.

Bruxelles: Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé :

2007 : 249 p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6094

<http://www.euro.who.int/Document/E90569.pdf>

The breakdown of the socialist system in the late 20th century gave some of the affected coun-

tries the opportunity to establish the prerequisites for sustainable economic development and improved human welfare. However, for others, the dramatic economic decline experienced during the transition years resulted in widespread poverty. Despite some improvement since then, over 60 million people remain poor and more than 150 million are economically vulnerable in the countries of central and eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE-CIS). This report is the first comprehensive effort to analyse the economic impact of ill health in the CEE-CIS Region, and much of the evidence it presents about the economic implications of chronic disease – growing rapidly in many low- and middle-income countries – is also relevant beyond the original geographical focus. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia explores the interdependence of health and economic development, focusing on the Region's significant economic burden of ill health. It also, simultaneously, advocates evidence-based, cost-effective interventions and strategic decisions at the national and international levels as a crucial means to achieving sustained economic growth and poverty reduction in the Region.

► Monde

35703

DOCUMENT DE TRAVAIL
MACKINTOSH (M.)
World Health Organization. (W.H.O.).
Commission on the Social Determinants
on Health. (C.S.D.H.). Health Systems
Knowledge Network.
Genève. CHE

Planning and market regulation : strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care : a literature review.

Planification et régulation : forces, faiblesses et interactions pour la production d'une moindre inéquité et d'une meilleure qualité des soins : revue de la littérature.

Johannesburg : University of the Witwaters-
trands : 2007/03 : 52 p., tabl.
Cote Irdes : B6111

This paper argues that planned health care provision and market regulation play distinct roles in relation to the effective provision of equitable health care. Governmental planned provision has a core objective ensuring that health system is redistributive and that the poor have access to competent care. Market regulation has as its central objective the shaping of the role and behaviour of the private sector within the health system. Management

of the health system as a whole, which is a governmental responsibility, therefore requires the integration of planning and regulation in a manner appropriate to each particular context.

► Nouvelle-Zélande

34899

RAPPORT
Ministry of Health.
Wellington. NZL

Primary health care strategy: key directions for the information environment.

Stratégie des soins primaires : directions-clefs pour un environnement d'information
Policy Consultation document
Wellington : Ministry of Health :
2007 : 83 p., fig., ann.
Cote Irdes : B5971

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6062/\\$File/primary-health-care-information-environment-consultation-apr07-v4.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6062/$File/primary-health-care-information-environment-consultation-apr07-v4.pdf)

Ce document de consultation du ministère de la santé en Nouvelle-Zélande veut faciliter la consultation sur une proposition pour créer un environnement d'information qui aide à soutenir les objectifs de la stratégie des soins de santé primaires au pays. Le document contient une description des besoins actuels pour l'environnement d'information en santé déterminé par des consultations préliminaires et une revue des travaux menés dans le domaine à l'échelle internationale; une description des actions qui peuvent être prises pour créer un environnement d'information amélioré pour tous les soins de santé primaires; une description des composantes spécifiques (combinaison de gens, processus et technologies) qui va permettre de mettre les actions en place.

► Pays industrialisés

35201

DOCUMENT DE TRAVAIL
HAKKINEN (U.), JOUMARD (I.)
Organisation de Coopération et de
Développement Économiques. (O.C.D.E.). Pa-
ris. FRA

Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors : options for research.

Comparer l'efficacité du secteur de santé entre les pays de l'OCDE : options pour des travaux d'analyse.

Economics Department working papers; 554.
Paris : OCDE : 2007/06 : 36 p., tabl., fig; ann.

Cote Irdes : B6018

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2007doc.nsf/7b20c1f93939d029c125685d005300b1/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/\\$FILE/JT03228856.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2007doc.nsf/7b20c1f93939d029c125685d005300b1/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/$FILE/JT03228856.PDF)

Améliorer les résultats du système de santé tout en contenant ses coûts constitue un défi majeur de la politique économique dans la plupart des pays de l'OCDE. A cet égard, il serait particulièrement utile de pouvoir établir des comparaisons internationales et d'identifier les bonnes pratiques permettant d'améliorer le rapport résultats-coûts des dépenses publiques dans le secteur de la santé. Cet article présente trois grandes options pour mesurer l'efficacité dans le domaine de la santé, discute leurs avantages et inconvénients, notamment l'existence de données et la possibilité d'analyser à terme comment l'organisation institutionnelle affecte l'efficacité des dépenses.

► Pays nordiques

34930

RAPPORT
BAPT (G.)
Assemblée Nationale. (A.N.).
Commission des Finances - de l'Économie
Générale et du Plan.
Paris. FRA

Rapport d'information sur la pertinence du modèle de santé nordique : le Danemark et la Suède.

Paris : Assemblée Nationale : 2007 : 27 p.
Cote Irdes : B5980

<http://www.senat.fr/rap/r06-304/r06-3041.pdf>

Les systèmes de santé danois et suédois reposent sur des principes fondateurs communs : une couverture et un accès universels aux soins, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une très forte prédominance du secteur public, - tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins -, et une structure très décentralisée. Quels sont les spécificités et les mérites de ce modèle social nordique ? Quels enseignements la France peut-elle en tirer pour l'organisation et le financement de son système de santé ?

► Royaume-Uni

35119

RAPPORT
LEWIS (R.), ALVAREZ-ROSETE (A.),
MAYS (N.)
King's Fund Institute.
Londres. GBR

How to regulate health care in England ? An international perspective.

*Comment réguler les soins de santé en
Angleterre ? Une perspective internationale.*
Londres : King's Fund Institute : 2006/11 :
69 p., tabl.

Cote Irdes : B6005

Across the world, the appropriate role of government in the planning and delivery of public services has been the subject of intense debate: how should the state control the provision of public services and how far should markets be allowed to determine the provision of those services? One answer to these questions is 'regulation' – ie, the creation of mechanisms that allow governments to influence the behaviour of autonomous service providers. This report compares the regulatory framework in four health systems: the Autonomous Community of Catalonia in Spain, Germany, the Netherlands and New Zealand. This comparison is used to reflect on the future regulation of the NHS in England.

35120

RAPPORT
APPLEBY (J.)
King's Fund Institute.
Londres. GBR

Funding Health Care : 2008 and beyond.

*Comment financer le système de santé :
2008 et au-delà.*

Londres : King's Fund Institute : 2007 :
86 p., tabl.

Cote Irdes : B6006

In order to help inform the debate about funding health over the next five to ten years, the King's Fund organised a meeting of senior managers, health economists and policy advisers at Leeds Castle. They discussed not only what level of public funding is feasible and desirable, but also the process by which such decisions should be reached and the framework that ought to guide and inform policy-makers. The paper includes presentations on key aspects of current system reforms in the NHS and a summary of the discussions.

35546

DOCUMENT DE TRAVAIL
GRAVELLE (H.), SICILIANI (L.)
University of York. Department of
Economics and Related Studies.
York. GBR

Ramsay waits : allocating public health service resources when there is rationing by waiting.

Les listes d'attente de Ramsay : comment planifier les ressources dans un système public de santé quand il est rationné par des listes d'attente

Discussion Papers in Economics ; n° 2007/15.
York : University of York : 2007/06 : 19 p., fig.
Cote Irdes : B6098

<http://www.york.ac.uk/depts/econ/documents/dp/0715.pdf>

The optimal allocation of a public health care budget across treatments must take account of the way in which care is rationed within treatments since this will affect their marginal value. We investigate the optimal allocation rules for health care systems where user charges are fixed and care is rationed by waiting. The optimal waiting time is higher for treatments with demands more elastic to waiting time, higher costs, lower charges, smaller marginal welfare loss from waiting by treated patients, and smaller marginal welfare losses from under-consumption of care. The results hold for a wide range of welfarist and non-welfarist objective functions and for systems in which there is also a private health care sector. They imply that allocation rules based purely on cost effectiveness ratios are suboptimal because they assume that there is no rationing within treatments.

► Suède

35470

RAPPORT
VASSELLE (A.), CAZEAU (B.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales.
(C.A.S.), Mission d'Évaluation et de Contrôle
de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.).
Paris. FRA

Rapport d'information sur la protection sociale et la réforme des retraites en Suède.
Paris : Sénat : 2007/07 : 69 p + annexes.
Cote Irdes : C, B6073

<http://www.senat.fr/rap/r05-345/r05-3451.pdf>

Ce rapport d'information du Sénat établi au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) est consacré au régime de protection sociale suédois. La délégation

de la Mecss a étudié les mutations du système de protection sociale et notamment la réforme des retraites réalisée dans ce pays entre 1998 et 2001. La délégation a constaté l'existence de trois consensus partagés par le corps social suédois : l'attachement à un Etat providence très développé, l'obsession du plein emploi et l'adoption d'une gestion rigoureuse fondée sur des modes de gouvernance efficace. L'objectif de ce rapport est de retenir des enseignements utiles pour la France.

► Union européenne

34637

RAPPORT
RIES (R.)
Sénat. Délégation pour l'Union européenne.
Paris. FRA

L'Union européenne et les services de santé.
Paris : Sénat : 2007 : 38 p., ann.
Cote Irdes : A3557, B5793

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

Pour l'instant encore limitée, la mobilité des patients, des professionnels et des services de santé tend à s'accroître en Europe. Pour autant, elle s'inscrit dans un cadre largement imparfait : complexité et opacité pour les patients, risque de fragilisation pour certains systèmes de santé, insécurité juridique pour tous. Ce rapport dresse tout d'abord un état des lieux, puis analyse les perspectives d'évolution et contours envisageables pour une action communautaire.

PRÉVISION - ÉVALUATION

► Économie de la santé

34845

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

Économie de la santé appliquée.
Abington : Routledge Taylor & Francis Group :
2007 : XV-335 p., tabl., index
Cote Irdes : A3570

http://www.taylorandfrancis.co.uk/shopping_cart/products/product_detail.asp?curTab=DESCRIPTION&id=&parent_id=&sku=&isbn=9780415397728&pc=

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. This book provides a practical guide to the skills required to put these techniques into practice. This book illustrates practical applications of these methods using data on health from, among others, the British Health and Lifestyle Survey (HALS), the British Household Panel Survey (BHPS), the European Community Household Panel (ECHP) and the WHO Multi-Country Survey (WHO-MCS). Assuming a familiarity with the basic syntax and structure of Stata, this book presents and explains the statistical output using empirical case studies rather than general theory. Never before has a health economics text brought theory and practice together and this book will be of great benefit to applied economists, as well as advanced undergraduate and post graduate students in health economics and applied econometrics.

35189

OUVRAGE

MORRIS (S.), DEVLIN (N.), PARKIN (D.)

Economic analysis in health care.

L'analyse économique en santé.

Chichester : John Wiley & Sons : 2007 :

400 p., ind.

Cote Irdes : A3585

<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-047001685X.descCd-description.html?print=true>

Health economics is concerned with the evaluation of the effectiveness of health care, particularly by examining the social opportunity costs of alternative forms of treatment. The peculiar nature of the market for health care – that doctors have a major influence on both supply and demand - has attracted attention, as has the study of the options available for financing such services. Economic Analysis in Health Care provides a comprehensive coverage of both the economics of health care systems and the evaluation of health care technologies. It has been written as a core textbook for advanced undergraduate and postgraduate students with knowledge of economic analysis and will appeal to an international audience. It adopts an international perspective, using examples and case studies from the UK, the rest of Europe, and other countries. It contains detailed exposition of the economic theory alongside re-

levant examples and applications and focuses on both market-related and economic evaluation aspects of health economics (some books focus purely on market-related aspects).

35460

OUVRAGE

JONES (A.M.) /éd.

The Elgar companion to health economics.

Cheltenham : Edward Elgar Publishing :

2007 : XVII-565 p., tabl., fig. ind.

Cote Irdes : A3603

The aim of The Elgar Companion to Health Economics is to take an audience of advanced undergraduates, postgraduates and researchers to the frontier of research in health economics, by providing them with short and easily readable introductions to key topics. The volume brings together 50 chapters written by more than 90 leading international contributors. The contributions to the Companion are concise and focus on specific concepts, methods and key evidence. The Companion is a comprehensive and authoritative original reference volume covering theoretical and empirical issues in health economics with a balanced range of material on equity and efficiency in health care systems, health technology assessment and issues of concern for low and middle income countries. It is organised into two broad sections. The first deals with the economics of population health and of health care systems, analysed with both equity and efficiency goals in mind. The second covers the conceptual and practical issues that arise in the evaluation of health care technologies: most often applied to pharmaceuticals but also relevant for other interventions. Many of the contributions address topical and policy-relevant issues including: the economic causes of the growth of obesity in the West, the link between illicit drug use and crime, the consequences of leaving people uninsured against the costs of health care, the impact of globalisation on the international trade in health care services, the role of informal payments in many health care systems, what 'equal treatment for equal needs' means in practice, whether direct-to-consumer advertising of pharmaceuticals is desirable, and how economic evidence is influencing the way that new technologies are made available to patients. Other chapters stress the research done by health economists to develop theoretical models and empirical methods that illuminate the workings of health care systems. (Résumé de l'éditeur).

34918

RAPPORT
BARRAL (P.E.)

Évolution 1985-2000 du coût-efficacité des systèmes de soins dans 23 pays industriels.

Paris : P.E. Barral : 2007 : 31 p.
Cote Irdes : B5976

L'objectif de cette publication est d'obtenir un classement d'efficacité des systèmes de santé des pays industrialisés en croisant des indicateurs de moyens (dépenses de soins par habitant en dollars PPA) et des indicateurs de résultats (taux standardisés de mortalité par maladie). Le tableau obtenu classe les systèmes de santé entre « peu cher et efficace » et « cher et efficace ».

► Médicaments

34697

OUVRAGE, CONGRES
CHICOYE (A.), LE PEN (C.),
VIENS (G.) et al. BAIL (J.N.) / coord.,
EL HASNAOUI (A.) / coord.

Évaluation médico-économique du médicament : bénéfice pour le patient et intérêt pour la santé publique.

6^e journée d'économie de la santé. : 2005/06/01
Montrouge : John Libbey Eurotext : 2005 :
140 p., tabl.
Cote Irdes : A3562

Ces dernières années, des avancées se sont produites tant dans l'évaluation des médicaments et leur bénéfice que dans celles des stratégies thérapeutiques choisies ou à choisir. La mesure de leur impact dépend d'un certain nombre de paramètres (épidémiologie, organisation du système de santé, etc.). Leur bénéfice est en général mesuré pour l'ensemble de la population. Il démarre par le groupe et finit, s'il le peut, par l'individu. Cet ouvrage, issu d'un débat public où interviennent les meilleurs spécialistes en santé publique, démontre, au travers de thérapeutiques précises, que ces deux angles - bénéfice individu et groupe - sont parfaitement complémentaires et ne remettent en cause aucunement l'évaluation médicale traditionnelle.

34708

RAPPORT
GARCIA-GONI (M.), IBERN (P.)

Predictability of drug expenditures : an application using morbidity data.

Comment prévoir les dépenses pharmaceutiques : une application utilisant les données de morbidité.

Barcelone : Universitat Pompeu Fabra : 2006 :
16 p., 3 tabl.
Cote Irdes : B5927

The growth of pharmaceutical expenditure and its prediction is a major concern for policy makers and health care managers. This paper explores different predictive models to estimate future drug expenses, using demographic and morbidity individual information from an integrated healthcare delivery organization in Catalonia for years 2002 and 2003. The morbidity information consists of codified health encounters grouped through the Clinical Risk Groups (CRGs). We estimate pharmaceutical costs using several model specifications, and CRGs as risk adjusters, providing an alternative way of obtaining high predictive power comparable to other estimations of drug expenditures in the literature. These results have clear implications for the use of risk adjustment and CRGs in setting the premiums for pharmaceutical benefits

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

► Conditions de travail

33896

RAPPORT
Ministère de l'Emploi - de la Cohésion Sociale et du Logement. Direction de l'Animation et de la Recherche des Études et des Statistiques. (D.A.R.E.S.).
Paris. FRA

La durée de vie active : un siècle d'évolution 1896-1997 : projection jusqu'en 2050.

Les Dossiers de la Dares ; n° 6/99.
Paris : DARES : 1999 : 79 p., tabl., fig., ann.
Cote Irdes : B5757

La mesure de la durée du travail au cours de toute une vie pose de nombreux problèmes, notamment d'ordre conceptuel. Cet ouvrage présente différents indicateurs, dont l'évolution est analysée sur un siècle (1896-1997) et projetée sur les cinquante prochaines années. Selon une approche transversale, où l'on se réfère aux caractéristiques de la population à un moment

donné, l'espérance apparente de vie professionnelle a diminué pour les hommes depuis cent ans (56 ans en 1896 ; 36,5 ans aujourd'hui), mais augmenté pour les femmes (29 ans en 1896 ; 23,5 ans en 1968 ; 30 ans aujourd'hui). Ce double mouvement qui aboutit à un rapprochement entre hommes et femmes, se retrouve dans les autres pays développés, mais avec une ampleur différente selon les cas. Il est toutefois préférable d'adopter une approche longitudinale et de suivre le nombre d'années ou d'heures travaillées de fait par les différentes générations : le nombre moyen d'années d'activité a ainsi peu diminué pour les hommes (de 39 ans à 35 ans et demi), car le resserrement de l'activité sur les âges adultes a été en bonne partie compensé par l'allongement de l'espérance de vie. Parmi les femmes, les évolutions de l'activité professionnelle et de la mortalité ont joué dans le même sens, aboutissant à une augmentation considérable de la durée de vie professionnelle, en nombre d'années (de 20 ans à 32 ans et demi). Pour elles et contrairement aux hommes, les heures travaillées par les jeunes générations sont (ou plutôt seront) peu différentes de celles qu'ont connues les générations plus anciennes en dépit de la forte réduction de la durée annuelle du travail à l'œuvre depuis un siècle. Au total, la génération des hommes et des femmes nés en 1970 devrait travailler 44 000 à 46 000 heures si l'âge de la retraite est maintenu à son niveau actuel.

► Parentalité

35383

RAPPORT
DALY (M.)

Conseil de l'Europe. Groupe Pompidou.
Strasbourg. FRA

La parentalité dans l'Europe contemporaine : une approche positive.

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2007 :
187 p., tabl., graph. fig.
Cote Irdes : A3595

Cette publication est une contribution importante aux travaux récents du Conseil de l'Europe dans le domaine de la parentalité positive, qui ont conduit à la Recommandation Rec(2006)19 du Comité des Ministres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive. Les auteurs passent en revue et analysent les principales évolutions de la parentalité en Europe, résultant de la situation juridique, de la recherche et des pratiques. L'ouvrage traite des questions essentielles liées à la parentalité positive et à l'éducation non violente, en mettant un accent particulier sur le droit des parents à un soutien de l'Etat dans l'exercice de leurs fonctions parentales.

► Emploi

35440

DOCUMENT DE TRAVAIL

DUGUET (E.) , GOUJARD (A.) , L'HORTY (Y.)

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

Noisy-le-Grand. FRA

Les disparités spatiales de retour à l'emploi : une analyse cartographique à partir de sources exhaustives.

Paris : CEE : 2007/05 : 41 p., cartes, ann.

Cote Irdes : B6055

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/disparites_spatiales_retour_emploi_85.pdf

Cet article propose de mettre en lumière les différents modes de gestion de l'emploi et du travail développés par les établissements français à la fin des années 1990. L'objectif est d'apporter un éclairage sur les contextes de gestion et d'organisation du travail dans lesquels évoluent les salariés. Cinq profils sont spécifiés à partir de variables décrivant la gestion de la main-d'œuvre et l'organisation du travail présentes dans l'enquête Réponse de 1998. Deux modes de gestion dessinent les contours d'un marché primaire. L'objectif de cette recherche est d'analyser les disparités spatiales du retour à l'emploi en France à un niveau géographique très fin, celui de la commune ou du code postal. Les données utilisées permettent de couvrir tout le territoire métropolitain en mobilisant deux sources administratives exhaustives qui portent sur deux populations distinctes : les chômeurs inscrits à l'ANPE et les bénéficiaires du RMI. En estimant des modèles de durée et des modèles Logit multinomiaux, on reconstitue les taux de retour à l'emploi pour les deux populations dans chaque commune. On compare ensuite les disparités entre des taux « bruts » qui correspondent aux statistiques descriptives, à celles des taux « nets », qui sont recalculés comme si chaque commune avait la composition sociodémographique moyenne de la France. Pour les deux populations, on met en évidence des « effets de massifs » : des agrégats de communes affichent des scores indistinctement très positifs ou très négatifs sur de larges parties du territoire national. Les massifs uniformément favorables au retour à l'emploi occupent près d'un quart de la surface de la France. Les zones uniformément défavorables au retour à l'emploi occupent un autre quart du territoire. Sur la moitié restante du territoire, les disparités locales sont en revanche très vives, avec des oppositions parfois fortes entre des communes contiguës, même en

contrôlant des effets de composition de la main-d'œuvre. Ces résultats illustrent à la fois les enjeux et les limites des actions locales pour l'emploi (Résumé d'auteur).

DOCUMENTATION

► Classifications

34621

REPERTOIRE

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Collaborating Centre for
Drug Statistics Methodology.
Oslo. NOR

Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) classification and DDD (Daily Dose Defined) assignment 2007.

Recommandations pour la classification ATC (Classification anatomique, thérapeutique et chimique) et l'attribution des DDD (Dose de médicament définie par jour) 2007.
Oslo : OMS : 2007 : 267 p., ind.
Cote Irdes : Ud323/1-2 (2007)

www.whooc.no

L'objectif de ce guide est de mettre à la disposition de l'utilisateur des recommandations concernant la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) et la notion de DDD (Dose définie par jour) pour les médicaments.

► Communication écrite

35577

REPERTOIRE

PEACOCK (J.), KERRY (S.)

Presenting medical statistics from proposal to publication : a step-by-step guide.

Comment présenter les statistiques médicales de la proposition à la publication : un guide progressif.

Oxford : University Press : 2007 : 174 p., tabl., ind.
Cote Irdes : A3611

As many medical and healthcare researchers have a love-hate relationship with statistics, this practical reference book may make all the difference. It takes examples, mainly from the authors' own research, to explain how to make sense of statistics, turn statistical computer results into coherent information, and help decide which pieces of information to report and how to

present them. Presenting Medical Statistics includes a wide range of statistical analyses, and all the statistical methods are illustrated using real data. Labelled figures show the Stata and SPSS commands needed to obtain the analyses, with indications of which information should be extracted from the output for reporting. The relevant results are then presented as for a report or journal article, to illustrate the principles of good presentation. The reader is taken through the various stages of the research process, from the initial research proposal, ethical approval and data analysis, to reporting on and publishing the findings. There are even extensive references for those who wish to find out more about the statistical methods. This is a must for anyone working with statistics in the medical profession.

► Dictionnaires

35442

REPERTOIRE

BEITONE (A.), CAZORLA (A.),
DOLLO (C.), DRAI (A.M.)

Dictionnaire des sciences économiques.

Paris : Armand Colin : 2007 : 495 p.
Cote Irdes : Ub548

Le fait que l'économie et ses « lois » soient constamment invoquées pour rendre compte de la mondialisation, des inégalités, du chômage, etc., a pour revers le risque d'un emploi imprécis, ou idéologiquement biaisé, des notions et références d'usage dans les sciences économiques. Cette nouvelle édition présente : 1 800 définitions pour éclairer les principaux concepts, mécanismes et institutions économiques ; 22 articles thématiques sur les grands domaines des sciences économiques et qui exposent la pluralité des théories pour susciter une véritable réflexion critique ; des bibliographies permettant de prolonger la réflexion et d'engager de nouvelles recherches à partir des ouvrages essentiels ; un système très complet de corrélats et de renvois ; - des annexes très utiles : liste des expressions anglaises les plus utilisées, index des auteurs cités (Extrait 4^e de couverture).

34409

REPERTOIRE

TUFFREAU (F.), LE GUEVEL (A.)

Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale.

Rennes : Éditions ENSP : 2007 : 492 p.
Cote Irdes : Ub540

L'organisation socio-sanitaire française, avec plus d'une quinzaine de lois recensées au cours

des dix dernières années, est en perpétuelle évolution. Les changements qui s'opèrent dans ce contexte, et qui ne sont pas seulement institutionnels, sont d'autant plus difficiles à suivre que les secteurs sanitaire et médicosocial se situent au carrefour de plusieurs législations : celles de la santé publique, de la sécurité sociale et de la mutualité, de l'action sociale... Ce dictionnaire s'adresse à tous ceux qui cherchent à décrypter l'organisation de ce champ ou dont l'activité nécessite d'en maîtriser les rouages. Les responsables d'institutions et d'établissements comme les acteurs de terrain trouveront dans ses quelque 800 articles des informations précises sur les institutions, les organismes et les structures sanitaires et médicosociales ; les commissions, comités, conférences et conseils qui portent la parole des professionnels et des usagers ; les principales caractéristiques des professions médicales et paramédicales ; les classifications, systèmes d'information et enquêtes statistiques qui font référence au plan national. Ils y trouveront également des articles de synthèse à visée transversale, les définitions des concepts les plus courants et quelques grands repères historiques.

34732

RÉPERTOIRE
GOURSAU (H.)

Dictionnaire de médecine.
Volume 1 : anglais-français.

Paris : Éditions Henri Goursau : 2006 : 715 p.
Cote Irdes : Ub543

Avec plus de 150 000 traductions françaises, ce dictionnaire couvre l'ensemble des vocabulaires des différentes branches de la médecine et des sciences et techniques médicales. Destiné à aider tous les professionnels de santé, médecins, spécialistes, chirurgiens, enseignants, chercheurs, étudiants, traducteurs, biologistes, chimistes, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, psychologues, kinés, infirmiers, techniciens, personnel médical et paramédical, ce dictionnaire moderne d'une extraordinaire richesse sera pour tous les utilisateurs un instrument de travail fort précieux (4^e de couverture).

Assurances privées

34751

OUVRAGE
MILLOT (R.), RUDELLE WATERNAUX (A.)

Assurance de santé : acteurs et garanties.

Paris : Éditions l'Argus de l'assurance :
2006 : 322 p., ind.
Cote Irdes : Ud454

L'assurance santé poursuit sa mutation, les régimes obligatoires de Sécurité sociale n'étant plus à même de fournir, à eux seuls, une protection satisfaisante. Dans ce contexte, la complémentaire santé est une nécessité dont 92 % des Français bénéficient à ce jour (tns-sofres mai 2006), c'est en dire l'importance. Pour autant, l'imbrication des deux régimes est de plus en plus forte et l'assurance complémentaire continue de se définir essentiellement par rapport aux prestations fournies par la Sécurité sociale. Tout l'intérêt de cet ouvrage tient à ce qu'il concilie les deux secteurs en proposant une étude globale de l'assurance santé sur un plan opérationnel. Chaque régime est étudié dans sa dimension économique, sociale, juridique et technique. La mise en œuvre de la réforme Douste-Blazy occupe de nombreux développements, le fonctionnement des régimes obligatoires et complémentaires est décrypté, le rôle des divers acteurs qui y participent est défini. Enfin, les prestations de la Sécurité sociale et les garanties offertes par les assureurs complémentaires sont étudiées en détail. Les apports de cette deuxième édition sont nombreux : la coordination des soins, la réforme du régime social des indépendants (RSI), les contrats responsables, le traitement du handicap et de la dépendance, les nouveaux organismes (HAS, UNCAM, UNOCAM, UNPS...), Vitale 2, CMUC. Avec cet ouvrage, le lecteur, praticien de la santé avant tout, mais aussi les partenaires sociaux, universitaires et étudiants... disposent d'un panorama complet, pragmatique et objectif de l'assurance santé.

Droits des malades

34942

OUVRAGE
COELHO (J.)

**Le nouveau droit d'accès au crédit
et à l'assurance des personnes à
risques de santé aggravés.**

Bordeaux : Les Études hospitalières :
2007 : 156 p.
Cote Irdes : A3577

Nul doute que le sujet est d'actualité et de grande ampleur. D'actualité, d'abord, parce qu'il présente un dispositif fraîchement voté par les parlementaires sous la forme de la loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. L'ampleur, ensuite, puisqu'il concerne potentiellement, comme l'a indiqué le ministre de la Santé, 10 à 12 millions de personnes en France. Allant plus loin – compte tenu du vieillissement de la population et des progrès bien réels de la médecine préventive qui permettent aujourd'hui de transformer des maladies autrefois mortelles en maladies chroniques –, il est à craindre que les problèmes d'accès à l'emprunt et à l'assurance par ces personnes ne reçoivent d'écho croissant dans les années à venir. Le présent ouvrage, rédigé en des termes accessibles et précis, identifie avec exhaustivité les contours du nouveau droit d'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé, ordonné autour de la convention AERAS du 6 juillet 2006. Cette convention triennale, entrée en vigueur le 6 janvier 2007, est validée par le législateur qui lui confère une base légale. Cet ouvrage, s'il participe à l'information sur l'existence et le contenu des nouvelles règles, peut aussi se révéler un outil indispensable à leur compréhension pour les banquiers et assureurs et, plus généralement, pour tous les acteurs conventionnels intervenant dans les opérations de crédit auprès de personnes présentant un risque élevé de santé. Tous y trouveront les réponses soulevées par la mise en œuvre du nouveau dispositif juridique référencé dans les annexes qui complètent l'ouvrage.

34940

OUVRAGE
BONNICI (B.)

L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires.

Paris : La documentation française :
2007 : 188 p.
Cote Irdes : A3575

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/etudes-df/resume/hopital.shtml>

Depuis quelque trente ans, l'hôpital est au cœur des réformes affectant le système de soins français. Cette place dans les préoccupations des gouvernants est justifiée tant par l'ampleur des missions et des obligations dévolues aux établissements de santé publics et privés que par le poids économique du secteur hospitalier, en termes d'emplois et de dépenses. Les besoins sanitaires croissants et les exigences de résultat exprimées par les malades obligent l'hôpital à se réformer profondément : en effet, son organisa-

tion administrative comme son fonctionnement médical et budgétaire sont soumis par la puissance publique à une contrainte économique de plus en plus forte. Les établissements publics, du fait de leur lourdeur, de leur complexité, mais aussi de la crise identitaire qu'ils traversent, répondent avec moins de souplesse d'organisation et de fonctionnement que les établissements privés, à la recherche constante de la productivité et de la rentabilité économique. Cet ouvrage a pour ambition de présenter à un large public l'organisation hospitalière, à l'heure où elle est confrontée à une multiplicité d'enjeux et de défis sanitaires, politiques, économiques, sociaux et démographiques.

34943

CONGRES, OUVRAGE
DUGUET (A.M.) / dir., HERVEG (J.), FILIPPI (I.)
Université Paul-Sabatier. DIU de Droit Médical.
Toulouse. FRA

Dossier médical et données médicales de santé : protection de la confidentialité, conditions d'accès, échanges pour les soins et la recherche.

Dixième Séminaire d'actualité de droit médical. :
2005/06/09-10
Bordeaux : Les Études hospitalières :
2007 : 299 p.
Cote Irdes : A3578

Le Séminaire d'actualité de droit médical a désormais dix ans. À l'occasion de cette première décennie, les intervenants internationaux se sont penchés sur le thème du dossier médical et des données médicales de santé, à l'heure où la législation française accorde « une place fondamentale à la thématique générale de l'information des usagers ». Une journée a été consacrée au dossier médical. Après avoir rappelé les éléments de sa définition, sa composition et les obligations qui s'y attachent selon son lieu de conservation, les participants ont débattu de sa communication et, partant, de sa confidentialité. Le dossier médical se distingue des données de santé, objet de la seconde journée d'étude. Les données de santé ont été ainsi successivement déterminées en droit européen, espagnol, québécois et français. Le traitement desdites données a été analysé particulièrement à travers l'information génétique et la transmission de ces données à caractère familial, y compris lorsque l'assureur souhaite accéder à ces informations ou dans le cadre d'un travail collectif sur la génétique médicale.

34350

OUVRAGE
COELHO (J.)

***Hospitalisations psychiatriques
sous contrainte.***

Bordeaux : Les Études Hospitalières :
2006/12 : 171 p., ann.

Cote Irdes : A3545

La législation sur les hospitalisations psychiatriques sans consentement doit à la fois répondre à des impératifs de maintien de la sécurité publique mais aussi à la prise en charge sanitaire des malades atteints de troubles mentaux. Cette prise en charge comporte le respect de la dignité humaine et, par ailleurs, des restrictions des libertés individuelles. Le système en vigueur issu de la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, devient obsolète face à la conception actuelle de la psychiatrie peu favorable à l'internement. Cette partie du droit de la santé est donc en pleine reconstruction pour redéfinir, entre autres, le champ et les procédures d'accueil des malades atteints de troubles mentaux refusant l'hospitalisation ou dont l'état ne permet pas le consentement aux soins. L'ouvrage expose le dispositif juridique de mise en œuvre des hospitalisations psychiatriques sous Hospitalisation sous Demande d'un Tiers ou Hospitalisation d'Office et fait un tour d'horizon des travaux utiles à la révision du droit de la santé mentale. Il comprend trois parties agrémentées d'annexes et d'une liste de sigles : les deux modes d'hospitalisation sous contrainte ; les droits et autorité de contrôle des hospitalisations sous contrainte ; la réforme à venir (Résumé d'auteur).

► **Index des auteurs**

A

ABALLEA (P.).....	39
AG2R Prévoyance.....	18
ALVAREZ-ROSETE (A.)	56
APPLEBY (J.).....	56
AZOULAY (J.).....	18

B

BAGO D'UVA (T.).....	54 , 57
BAIL (J.N.).....	59
BAKER (D.)	51
BALIA (S.).....	57
BAPT (G.).....	56
BARDEY (D.).....	49
BARRAL (P.E.).....	59
BARTOLI (F.).....	39 , 44
BEAU (P.).....	17
BECK (F.).....	33
BEITONE (A.).....	61
BERCOT (R.).....	18
BERNARDIN (E.).....	33
BHOPAL (R.S.).....	36
BJARNASSON (T.).....	33
BLEMONT (P.)	17
BOMMIER (A.).....	49
BONIFAY (C.).....	20
BONNICI (B.).....	63
BORGETTO (M.).....	20
BORSCH-SUPAN (A.).....	32
BRAS (P.L.).....	44
BRICQ (N.)	24
BRIET (R.).....	20
BUI (V.).....	29
BURGI (N.).....	33

C

CAZEAU (B.).....	57
CAZORLA (A.).....	61
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).....	36
Cercle Santé Société. (C.S.S.).....	54
CHABAUD (F.)	38
CHAHWAKILIAN (P.)	27

CHALEIX (M.).....	42
CHAMBAUD (L.).....	18
CHICOYE (A.)	59
CHOQUET (M.)	32
CICOLELLA (A.).....	24
CLEMENT (J.-M.).....	43
COELHO (J.).....	62 , 64
COHEN (M.)	42
Comité Économique des Produits de Santé. (C.E.P.S.)	46
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.)	26
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.)	26
Conférence Nationale de la Santé. (C.N.S.).....	17
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.).....	44 , 45
COOTE (B.).....	52
CORLAY (D.).....	18
CORONADO (J.)	47
COSTA-I-FONT (J.).....	49
COSTES (J.M.).....	23
Cour des Comptes.....	25 , 35
CROUZIER (C.).....	27

D

DALY (M.).....	60
DANZON (P.).....	49
DA POIAN (M.T.).....	46
DAVID (E.).....	35
DAVIS (K.).....	53
DEATON (A.).....	38
DEBARRE (J.).....	38
DE CONINCK (F.)	18
Department of Health. (D.H.).....	16
DEVLIN (N.).....	58
Direction de l'Animation et de la Recherche des Études et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	59
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.).....	41
Direction de la Recherche - des Études et de l'Évaluation Statistique. (D.R.E.E.S.)	27 , 28
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).....	17
DI TOMMASO (M.L.).....	44
DOCTEUR (E.).....	49 , 50
DOGGETT (J.).....	53
DOLLO (C.)	61
DOMEIZEL (C.)	21

DONALDSON (L.)	36
DOTY (M.)	53
DOURGNON (P.)	34
DRAI (A.M.)	61
DUGUAY (P.)	30
DUGUET (A.M.)	63
DUGUET (E.)	60
DUJIN (A.)	35
DUTTA (S.)	47

GOSSELIN (H.)	28
GOJJARD (A.)	60
GRAF VON SCHULENBURG (J.M.)	49
GRANLUND (D.)	29 , 47
GRAVELLE (H.)	41 , 57
GREMY (I.)	23
GRIGNON (M.)	34
GUGUSHVILI (A.)	16

E

EL HASNAOUI (A.)	59
ERLANDSEN (E.)	43
Ernst & Youn	48
ESLOUS (L.)	39
European Federation of Pharmaceutical Industries and Association. (E.F.P.I.A.)	46
EXERTIER (A.)	42

F

FERECH (M.)	45
FILIPPI (I.)	63
FILIPPINI (M.)	45
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. ...	19 , 20

G

GALANT (H.C.)	20
GARATTINI (L.)	49
GARAU (M.)	49
GARCIA-GONI (M.)	59
GARCIA VILLAR (J.)	28
GAUDILLAT (A.)	27
GEE (E.L.)	36
GERVAIS (M.)	30
GISSLER (E.)	18
GODIN (J.F.)	30
GONZALES (J.)	47
GOOSSENS (H.)	45

H

HAGEGE (C.)	43
HAKKINEN (U.)	55
HALFEN (S.)	23
HARTMANN (L.)	37
HASNAOUI (E.)	27
Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. (H.C.A.A.M.)	15 , 40
HAVARD (H.)	18
HEBERT (F.)	30
HELLER (P.S.)	16
HERVEG (J.)	63
HOLMGREN (A.)	53
HSIAO (W.)	16
HUX (J.E.)	42

I

IBERN (P.)	59
Institut National du Cancer. (I.N.C.)	24

J

JIMENEZ-MARTIN (S.)	47
JONES (A.)	29
JONES (A.M.)	54 , 57 , 58
JOUMARD (I.)	55
JULLIEN (B.)	49
JURGES (H.)	32 , 52
JUSOT (F.)	34

K

KELLY (M.P.).....	34
KERRY (S.)	61
KERVASDOUE (J. de)	5
KILLORAN (A.).....	34
KNAPP (M.).....	17
KOBAYASHI (K.).....	36
KRISS (J.).....	53

L

L'HORTY (Y.)	60
Laboratoires Internationaux de Recherche. (L.I.R.) .	26
LAFFARGUE (J.P.)	21
LAGRAVE (M.).....	20
LAROQUE (P.).....	20
LAUPACIS (A.).....	42
LAVEIST (T.A.).....	37
LECLERC (D.).....	21
LEFEBVRE (C.).....	22
LEGROS (F.).....	22
LE GUEVEL (A.).....	61
LEMASSON (H.).....	27
LE PEN (C.).....	27 , 49 , 59
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.).....	46
LESTRADE (B.).....	31
LEVESQUE (K.)	27
LEWIS (R.)	56
LIBAULT (D.).....	20

M

MA (A.)	41
MACKINTOSH (M.)	55
MAGNUS SAETHER (E.).....	44
MARIN (P.L.)	47
MARIONI (P.)	31
MARSEILLE (J.)	51
MASIERO (G.).....	45
MASSICOTTE (P.)	30
MAYS (N.)	56
MCD AID (D.)	17
MCKEE (M.)	54
MESTRE-FERRANDIZ (J.).....	49

MILLOT (R.).....	62
Ministère de l'Emploi - de la Cohésion Sociale et du Logement.....	59
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.).....	17 , 26 , 27 , 28 , 41
Ministry of Health.....	55
MIRALDO (M.).....	50
MOISE (P.)	49
MORRIS (S.)	58
MOSCHETTI (K.).....	45
MOSSIALOS (E.).....	17
MUSCAT (R.)	33

N

National Audit Office. (N.A.O.).....	48
NICOL (G.)	27
Norwegian Ministry of Health Care Services.....	35

O

OLEJNICZAK (P.).....	17
OLIE (J.P.).....	48
OLM (C.).....	35
Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.).....	23 , 31
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).....	61

P

PALAZZOLO (J.)	48
PARIS (V.).....	50
PARKIN (D.)	58
PATERSON (J.M.).....	42
PEACOCK (J.).....	61
PELJAK (D.)	42
PESTY (F.)	48
PLATT (L.).....	37
PRAZNOCZY-PEPIN (C.)	37
Pricewaterhousecoopers	45
PRIEST (A.).....	42
PRIEUR (C.).....	20
PRUS (S.).....	36

Q

QUINTANA-DOMEQUE (C.) 28

R

RACHLIS (M.)..... 42
RICE (N.)..... 29 , 57
RIES (R.) 57
ROBERTS (J.)..... 29
ROCCO (L.)..... 54
ROULLIERE-LELIDEC (C.)..... 27
RUDELLE WATERNAUX (A.) 62
RUDHOLM (N.) 47
RUFO (M.)..... 32
RUHM (C.J.)..... 15

S

SCHOEN (C.) 53
SCHOENBAUM (S.)..... 53
SCOTT (A.)..... 52
SERVIER (J.)..... 51
SHEA (K.)..... 53
SICILIANI (L.) 57
SILBER (D.)..... 53
SIMON (M.O.)..... 35
SISMEIRO (C.) 47
SOMMELET (D.) 32
SOURLAS (P.)..... 18
STEDMAN JONES (G.)..... 35
STERN (P.)..... 47
STOLPE (M.)..... 29
STROM (S.)..... 44
SUHRCKE (M.)..... 54
SUTTON (M.) 41
SWANN (C.) 34

T

TAROZZI (A.) 38
TERETTI-WATEL (P.) 33

THORNICROFT (G.) 17
TISSERAND (P.) 19
TOUTAIN (S.)..... 22
TOWSE (A.)..... 49
TRON (I.)..... 33
TU (J.V.) 42
TUFFREAU (F.)..... 61

U

ULMANN (P.)..... 37
Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France.
(U.R.M.L.)..... 39

V

VALLANCIEN (G.)..... 39
VAN DOORSLAER (E.)..... 54
VANNOTTI (M.)..... 39
VASSELLE (A.) 25 , 57
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.v.
(V.F.A.) 46
VIENS (G.)..... 27 , 59
VINCELET (C.)..... 23

W

WAGSTAFF (A.)..... 19

Y

YENI (I.)..... 39

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

▶ **A.G.R.R.**

35 boulevard Brune
75680 Paris cédex 14
Tél. : 01 43 95 50 50
Site : www.ag2r.com/

▶ **Armand Colin**

21, rue du Montparnasse
75283 Paris cedex 06
Tél. : 01 44 39 54 47
Fax : 01 44 39 43 43
Email : infos@armand-colin.com
Site : <http://www.armand-colin.com/>

▶ **Assemblée Nationale**

126, rue de l'Université
75007 Paris
Tél. : 01 40 63 60 00
Site : <http://www.assemblee-nationale.fr/>

B

▶ **Banque Mondiale**

1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Etats-Unis
Tél. : 00 1 202 477 1234
Fax : 00 1 202 477 6391
email : books@worldbank.org
Sites : <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)

▶ **Bourin éditeur**

5, rue Royale
75008 Paris
Tél. : 01 53 05 99 59
Fax : 01 44 94 90 99
Email : bourin-editeur@bourin-editeur.com

C

▶ **C.A.S.**

Centre d'Analyse Stratégique
18, rue de Martignac
75700 Paris cédex 07
Tél. : 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
Site : <http://www.strategie.gouv.fr/>

▶ **C.C.P.A.**

Canadian Centre for Policy Alternatives
410-475 Albert Street
Ottawa ON K1P 5E7
Canada
Tél. : 00 1 613 563 1341
Fax : 00 1 613 233 1458
Email : ccpa@policyalternatives.ca
Site : <http://www.policyalternatives.ca>

▶ **C.E.E.**

Centre d'Etude de l'Emploi
Immeuble Le Descartes 1
29, promenade Michel-Simon
93166 Noisy-Le-Grand cedex
Tél. : 01 45 92 68 97
Fax : 01 49 31 02 44
Site : <http://www.cee-recherche.fr>

▶ **C.E.P.S.**

Comité Economique des Produits de Santé
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 73 76
Fax : 01 43 06 72 05
Site : <http://www.sante.gouv.fr/ceps/>

▶ **C.N.O.M.**

Conseil National de l'Ordre des Médecins
180, bd Haussman
75008 Paris
Tél. : 01 53 89 32 00
Fax : 01 53 89 32 01
Site : <http://www.conseil-national.medecin.fr>

▶ **C.N.O.P.**

Conseil National de l'Ordre des
Pharmaciens
89 rue de la Faisanderie
75016 Paris
Tél. : 01 40 72 42 00
Site : <http://www.ordre.pharmacien.fr>

▶ **C.O.R.**

Conseil d'orientation des retraites
113, rue de Grenelle
75007 Paris
Site : <http://www.cor-retraites.fr/>

▶ **C.R.E.D.O.C.**

Centre de Recherche pour l'Etude et
l'Observation des Conditions de Vie
142, rue du Chevaleret
75013 Paris
Tél. : 01 40 77 85 01
Fax : 01 40 77 85 33
Site : <http://www.credoc.asso.fr/>

▶ **Center for Economic and Policy
Research (C.E.P.R.)**

1611 Connecticut Avenue
NW Suite 400
Washington, DC 20009
Etats-Unis
Tél. : 202-293-5380
Fax 202-588-1356
Site : <http://www.cepr.net>

▶ **Cercle Santé Société**

32 rue Cassette
75006 Paris
Tél. : 01 42 22 29 02
Fax : 01 42 22 35 88
Site : <http://www.cerclesantesociete.fr/>

▶ **Comité d'Histoire de la Sécurité
Sociale (C.H.S.S.)**

Association pour l'étude de l'histoire de la
sécurité sociale
Secrétariat
Ministère chargé de la santé
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 53 80 / 01 40 56 72 09 /
01 40 56 70 04

Email : elisabeth.desmet@sante.gouv.fr /
dominique.serre@sante.gouv.fr
Site : <http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/chss/chss.htm>

▶ **Commission des communautés
européennes**

Office des publications
B-1049 Bruxelles
Belgique
Tél. : 00 32 2 299 11 11
Email : info-info-opoce@cec.eu.int
ou : publications@cec.eu.int
Site : http://europa.eu.int/comm/contact/index_fr.htm

▶ **Commonwealth Fund (The)**

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

▶ **Conseil de l'Europe**

Division des Editions
Palais de l'Europe
67075 Strasbourg cedex
Tél. : 03 88 41 25 81
Fax : 03 88 41 39 10
Email : publishing@coe.int
Site : <http://book.coe.int/FR/index.php?PAGEID=10&lang=FR>

▶ **Cour des Comptes**

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

D

► D.A.R.E.S.

*Direction de l'Animation, de la Recherche
et des Etudes Statistiques*
Ministère des Affaires sociales, du travail et
de la solidarité
43 quai André-Citroën
75902 Paris Cedex 15
Tél. : 01 44 38 38 38

► D.I.W. Berlin

*Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
/ German Institute for Economic Research*
Königin-Luise-Str. 5
14195 Berlin
Allemagne
Tél. : 00 49 30 897 89 0
Fax : 00 49 30 897 89 200
Site : <http://www.diw.de>

► D.G.S.

Direction Générale de la Santé
Ministère de la Santé, de la Famille et des
Personnes Handicapées
1, place Fontenoy
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00
Site : <http://www.sante.gouv.fr>

► D.H.O.S.

*Direction de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins*
Ministère de la Santé
Tél. : 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 49 63
Site : <http://www.sante.gouv.fr> =>
Documentation => publications => consulter
le catalogue => services : DHOS

► Découverte et Syros (Editions La)

9 bis, rue Abel Hovelacques
75013 Paris
Tél. : 01 44 08 84 00
Fax : 01 44 08 84 17
Email : ladecouverte@ladecouverte-syros.com
Site : <http://www.editionsladecouverte.fr>

► Department of Health (D.O.H.)

P.O. Box 777
London SE1 6XH
Royaume-Uni
Fax : 00 44 1623 724 524
Email : doh@prolog.uk.com
Site : [http:// http://www.doh.gov.uk/](http://http://www.doh.gov.uk/)

► Documentation Française (La)

Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
Tél. : 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
Site : [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/
librairies/librairie-paris.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/librairies/librairie-paris.shtml)
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

• PAR CORRESPONDANCE OU PAR FAX

124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
Tél. : 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
Site : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

E

► Economica

Editions Techniques et Scientifiques
49, rue Héricart
75015 Paris
Tél. : 01 45 78 12 92
Fax : 01 45 75 05 67

► E.F.P.I.A.

*European Federation of Pharmaceutical
Industries and Associations*
Rue du Trône 108
B 1050 Bruxelles
Belgique
Tél. : 00 32 2 626 25 55
Fax : 00 32 2 626 25 66
Email : info@efpia.org
Site : <http://www.efpia.org>

- ▶ E.N.S.P.**
École Nationale de Santé Publique
 Avenue du Professeur Léon-Bernard
 35043 Rennes
 Tél. : 02 99 54 90 98
 Fax : 02 99 54 22 84
 3617 Ensp
 Sites : <http://www.editions.ensp.fr>
<http://www.ensp.fr>
- ▶ Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure**
 45, rue d'Ulm
 75230 Paris cedex
 Tél. : 01 44 32 29 70
 Fax : 01 44 32 36 82
 Email : ulm-editions@ens.fr
 Site : <http://www.presses.ens.fr>
- ▶ Éditions Anne Carrière**
 104 boulevard St Germain
 75006 Paris
 Tél. : 01 44 07 47 57
 Fax 01 44 07 47 58
 Site : <http://www.anne-carriere.fr>
- ▶ Éditions de l'Argus**
 31-35 rue Froidevaux
 75014 Paris
- ▶ Éditions Ere**
 18 domaine de Château Gaillard
 94700 Maisons-Alfort – France
 Tél. : 08 70 22 77 41
 email : contact@editions-ere.net
 Site : <http://www.editions-ere.net>
- DIFFUSION :**
 Les Belles Lettres
 25 rue du Général Leclerc
 94270 Le Kremlin-Bicêtre
 Tél. : 01 45 15 19 70
- ▶ Éditions Goursau**
 14 Avenue du Mail
 31650 Saint-Orens de Gameville
 Tél. : 05.61.39.26.40
 Fax: 05.61.39.92.10
 Site : <http://www.goursau.com/accueil.php?lang=fr&titre=accueil>
- ▶ Éditions Perrin**
 11 rue de Grenelle
 75007 Paris
 Tél. : 01 53 63 50 10
 Fax : 01 53 63 50 13
 Site : <http://www.editions-perrin.fr/main.php>
- ▶ Edward Elgar Publishing Limited**
 8 Lansdown Place
 Cheltenham Glos, GL50 2HU
 Royaume-Uni
 Tél. : 00 44 1242 226 934
 Fax : 00 44 1242 262 111
 Site : <http://www.e-elgar.co.uk>
- ▶ Ellipses Editions Marketing**
 32, rue Bargue
 75015 Paris
 Tél. : 01 45 67 74 19
 Fax : 01 47 34 67 94
- ▶ Elsevier (Editions Médicales et Scientifiques)**
 23, rue Linois
 75724 Paris cedex 15
 Tél. : 01 45 58 91 10
 Fax : 01 45 58 94 19
 Site : <http://www.elsevier.fr/html/index.cfm>
- ▶ Ernst & Young France**
 Tour Manhattan
 92095 Paris-La Défense
 Tél. : 01 46 93 74 66
 Fax : 01 49 01 53 55
- ▶ ESSEC**
École Supérieure de Sciences Économiques
 Santé Institut de management de la santé de L'ESSEC
 Sonia SITBON -Assistante Chaire ESSEC
 BP 50105
 95021 Cergy-Pontoise Cédex
 Tél. : (0)1-34-43-30-87
 Fax. 33-(0)1-34-43-36-92
 Site : <http://www.essec-sante.com>

► Espace Social Européen

5 rue Geoffroy-Marie
75009 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Site : <http://www.espace-social.com/>

► Etienne Barral

16 bd Garibaldi
75015 Paris
Email : etienne.paul.barral@wanadoo.fr

► Etudes Hospitalières (Les)

38, rue du Commandant Charcot
33000 Bordeaux Centre
Tél. : 05 56 98 85 79 - Fax : 05 56 96 88 79
Site : <http://www.leh.fr/edition/page001.html>

F

► F.M.I.

Fonds Monétaire International
700 19th Street, N.W.,
Washington, D.C. 20431
Etats-Unis
Tél. : (202) 623-7430
Email : publications@imf.org
Site : <http://www.imf.org/>

► Fédération de la Santé au Travail (F.F.S.T.)

72d rue Benjamin Hoarau
97430 Le Tampon
Ile de la Réunion
Tél. : 02 62 96 49 04
Site : <http://www.federationsantetravail.org/federation/accueil.html>

► Fonds CMU

ou Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris
Tél. : 01 58 10 11 90 - Fax : 01 58 10 11 99
<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

H

► H.C.A.A.M.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
Ministère chargé de la santé
D.S.S. (Direction de la Sécurité sociale)
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00
Site : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/sommaire.htm>

► Harmattan éditions (L')

5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique
75005 Paris
Tél. : 01 43 54 79 14
Fax : 01 43 29 86 20
Site : <http://www.editions-harmattan.fr>

I

► I.D.E.I.

Institut d'Économie Industrielle
Université des Sciences Sociales
Manufacture des Tabacs
Aile Jean-Jacques Laffont Accueil MF 404
21, allée de Brienne
31000 Toulouse
Tél. : 05.61.12.85.89
Email : contact@idei.fr

► I.G.A.S.

Inspection Générale des Affaires Sociales
25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
Tél. : 01 40 56 6000 - Fax : 01 40 56 6001

► I.G.F.

Inspection Générale des Finances
139, rue de Bercy
75572 Paris Cedex 12
Tél. : 01 44 87 17 17

▶ **Institut National du Cancer**

52, avenue André-Morizet
92513 Boulogne-Billancourt cedex
Tél. : 01 41 10 50 00
Site : <http://www.e-cancer.fr/>

▶ **Institut Montaigne**

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris
Tél. : 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28
Email : info@institutmontaigne.org
Site : <http://www.institutmontaigne.org/>

▶ **Institut Puppem**

François PESTY
2, square Gay Lussac
78330 Fontenay le Fleury
Tél. : 01 30 45 03 59 - 06 88 89 53 51

▶ **INSERM**

*Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale*
Service Editions Librairie
101, rue de Tolbiac
75013 Paris
Tel. : 01.44.23.60.82
Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de
recherche de l'Inserm)
Fax : 01.45.85.68.56
Sites : <http://www.inserm.fr/>
<http://bir.inserm.fr/>

▶ **I.M.S. International**

325/345, av. G. Clémenceau - TSA 30 001
92882 Nanterre cedex 9
Tél. : 01 41 17 70 70
<http://www.imshealth.com>

▶ **I.R.S.S.T.**

*Institut de Recherche en Santé et en
Sécurité du Travail du Québec*
55, boulevard de Maisonneuve Ouest
H3A 3C2 Montréal (Québec)
Canada
Tél. : 00 1 514 288 1551

▶ **Institute for Clinical Evaluative
Science (I.C.E.S)**

G1 06
2075 Bayview Avenue
Toronto ON M4N 3M5
Canada
Site : <http://www.ices.on.ca/>

J

▶ **John Libbey Eurotext**

127, av. de la République
92210 Montrouge
Tél. : 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : contact@john-libbey-eurotext.fr
Site : <http://www.john-libbey-eurotext.fr>

▶ **John Wiley & Sons**

Wiley Europe Ltd.
Baffins Lane, Chichester
West Sussex PO 19 1UD
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1243 779 777
Fax: 00 44 1243 775 878
Email: customer@wiley.co.uk
Site : <http://www.wiley.co.uk>

▶ **Joseph Rowntree Foundation**

The Homestead
40 Water End
York, North Yorkshire
YO30 6WP
Royaume-Uni
Tél. : +44 (0)1904 629241
Fax: +44 (0)1904 620072
Site : <http://www.jrf.org.uk>

▶ **Jossey-Bass**

Diffusion : John Wiley & Sons, Ltd.
Customer Services Department
1 Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex
UK PO22 9SA
Royaume-Uni

K

► **Kiel Institute for the World Economy**

Düsternbrooker Weg 120
24105 Kiel
Allemagne
Tél. : +49+431-8814-1
Fax: +49+431-85853
Email : info@ifw-kiel.de

► **King's Fund Institute**

Policy Journals
The Old Vicarage Ermitage
RG16 9SU Newbury (Berkshire)
Royaume-Uni
Site : <http://www.kingsfund.org.uk>

L

► **L.E.E.M. (Les Entreprises du Médicament)**

(Ex SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)
88, rue de la Faisanderie
75016 Paris
Tél. : 01 45 03 21 01
Site : <http://www.leem.org>

► **L.I.R.**

Laboratoires Internationaux de Recherche
Isabelle Moynet
112, av. Klébert
75784 Paris cedex 16
Tél. : 01 39 17 90 46
Site : <http://www.lir.asso.fr/>

M

► **M.S.S.P.S.**

(ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)
Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité
Ministères de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
Tél. : 01 40 56 60 00
Site : <http://www.sante.gouv.fr>

► **Médecine et Hygiène Editions**

64, Chemin de la Mousse
CH-1225 Chêne Bourg
Genève
Suisse
Tél. : 00 41 22 869 00 11
Email : librarie@medhyg.ch
Site : <http://www.medecinehygiene.ch/>

► **Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research**

Alan Gilbert Building
The University of Melbourne Parkville
Victoria 3010
Australie
Tél. : +61 3 8344 2100
Fax: +61 3 8344 2111
Site : <http://www.melbourneinstitute.com>

► **Ministry of Health (Australie)**

Key Directions Consultation Outcomes
Performance Systems Clinical Services
Directorate
Ministry of Health
PO Box
5013 Wellington
Australie
Site : <http://www.moh.govt.nz/>

► **Munich Personal RepeCH Archive**

Munich University Library
Geschwister-Scholl-Platz 1
D-80539 Munich
Allemagne
Site : <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/>

N

► **N.A.O.**

National Audit Office
157-197 Buckingham Palace Road
London SW1W 9SP
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 2077 987 000
Fax : 00 44 2078 283 774
Site : <http://www.nao.gov.uk>

► **N.B.E.R.**

National Bureau of Economic Research
1050 Massachusetts Avenue
Cambridge MA 02138
Etats Unis
Tél. : 001 617 588 0315
Fax : 001 617 441 3895
Site : <http://www.nber.org>

► **Norwegian Ministry of Health and Care Services**

Einar Gerhardsens plass 3 (S-blokken)
Postboks 8011
Dep-0030 Oslo
Suède
Tél. : +47 22 24 90 90

O

► **O.C.D.E. (Les Editions)**

Les éditions sont localisées à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour y acheter les documents.

Les publications sont diffusées par...

• **LIBRAIRIE DE L'OCDE EN LIGNE**

Pour acheter en ligne monographies et publications en série
<http://www.ocdelibrairie.org> / <http://www.oecdbookshop.org>

• **DOCUMENTS EN LIGNE :**

<http://www.oecd.org> => de nombreux documents de travail sont accessibles en ligne

• **AUTRES DIFFUSEURS...**

• **MONOGRAPHIES**

Documentation Française (La)
Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
Tél. : 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
Email : libparis@ladocfrancaise.gouv.fr
Site : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> => rechercher sur « OCDE »

• **ABONNEMENTS :**

(publications en série, documents de travail...) à souscrire auprès du distributeur anglais
Extenza Turpin
Pegasus Drive
Stratton Business Park
Biggleswade
Bedfordshire, SG18 8TQ
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1767 604 800
Fax : 00 44 1767 601 640
Email : turpin@turpin-distribution.com
Site : <http://www.turpin-distribution.com>

• **CONSULTATION DES DOCUMENTS :**

à la Documentation Française

► **O.F.D.T.**

Office Français des Drogues et des Toxicomanies
3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Email : information@ofdt.fr
Site : <http://www.drogues.gouv.fr>

► **O.R.S.I.F.**

Observatoire régional de la Santé d'Ile-de-France

21-23, rue Miollis
75732 Paris cedex 15

Tél. : 01 44 42 64 70

Fax : 01 44 42 64 71

Email : orsidf@orsidf.worldnet.fr

Site : <http://www.ors-idf.org>

► **O.R.S.P.E.C.**

Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes

Hôpital Pasteur
15, Pont St Cyprien
86036 Poitiers cedex

Tél. : 05 49 44 40 41

Fax : 05 49 44 40 42

Email : contact@ors-poitou-charentes.org

Site : <http://www.ors-poitou-charentes.org/>

► **Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé / European Observatory on Health Care Systems and Policies**

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Rue de l'Autonomie, 4

B - 1070 Bruxelles

Belgique

Tél. : +32 2 525 09 35

Fax: +32 2 525 0936

Site : <http://www.euro.who.int/observatory>

► **OMS Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology**

c/o Norsk Medisinaldepot

AS P.O. Box 100, Veitvet

N-0518 Oslo Norvège

Tél. : (47) 22169811

Fax : (47) 22169818

Site : <http://www.whocc.no/>

► **Open University Press**

McGraw-Hill Education

Shoppenhangers Road

Maidenhead

Berkshire

SL6 2QL

Royaume-Uni

Tél. : 00 44 1628 502500

Fax : 00 44 1628 635895

Emails : enquiries@openup.co.uk

ou emea_queries@mcgraw-hill

France : Anne-Marie Pluijm : [anne-marie_](mailto:anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com)

pluijm@mcgraw-hill.com

Site : <http://www.openup.co.uk>

► **Office des Publications Officielles des Communautés Européennes**

2, rue Mercier

2985 Luxembourg

Luxembourg

Tél. : 00 352 29 29-1

Fax: 00 352 29 29-44619

Site : http://publications.eu.int/index_fr.html

Réseau d'agents de vente : http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html => France

► **Oxford University Press**

Publishing office

Great clarendon Street

Oxford OX2 6DP

Royaume-Uni

Tél. : 00 44 1865 556 767

Fax : 00 1865 556 646

Email: enquiry@oup.co.uk

Site : <http://www.oup.co.uk/>

P

► **PricewaterHouseCoopers**

64 rue Louise Michel

92300 Levallois-Perret

Tél. : +33 1 56 57 58 59

Fax : +33 1 56 57 57 58

Site : <http://www.phc.fr/>

R

▶ Radcliffe Publishing

18, Marcham Road
Abingdon
Oxon OX14 1AA
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1235 528 820
Fax : 00 44 1235 528 830
Email : contactus@radcliffemed.com
Site : <http://www.radcliffe-oxford.com/>

▶ Routledge

2, Park Square
Milton Park
London EC4 P 4EE
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 20 7583 9855
Fax : 00 44 20 7842 2298
Site : <http://www.routledge.com/>

▶ Springer-Verlag NewYork

175 5th Ave
New York, NY 10010
USA
Tél. : +1 212-477-8200
Site : <http://www.springer.com>

T

▶ Tinbergen Institute Amsterdam

Roetersstraat 31
1018 WB Amsterdam
Pays-Bas
Tél. : +31(0)20 551 3500
Fax: +31(0)20 551 3555
Site : <http://www.nidi.knaw.nl/en/>

S

▶ SEDAP Research Program (Social and Economic Dimensions of an Aging Population)

Kenneth Taylor Hall, Room 426
McMaster University
Hamilton, Ontario
Canada L8S 4M4
Canada
Fax : 00 1 905 521 8232
Site : <http://socserv.mcmaster.ca/sedap>

▶ Sénat

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
Tél. : 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 PARIS
Tél. : 01 42 34 21 21
Email : espace-librairie@senat.fr
Site : <http://www.senat.fr>

U

▶ U.R.M.L. Ile-de-France

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France
104, Bd du Montparnasse
75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 64 14 70 - Fax : 01 40 64 14 89
Email : secretariat@urml-idf.org
Site : <http://www.urml-idf.org>

▶ U.S.E.M.

Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales
116, rue du Bac
75007 Paris
Tél. : 01.44.18.37.87 - Fax : 01.44.18.94.75
Site : <http://www.usem.fr>

▶ Universitat Pompeu Fabra

Department of Economics
Ramon Trias Fargas, 25-27
08005 Barcelone
Espagne
Tél. : +34 93 542 1766
Site : <http://www.econ.upf.edu/en/>

► **Université de Lugano**

Faculté des Sciences Economiques
Via G. Buffi
13 CH-6900 Lugano
Suisse
Site : <http://www.eco.unisi.ch>

► **Université de Princeton**

Firestone Library
Princeton, New Jersey 08544-2098
États-Unis
Tél. : 609 258-4041
Fax: 609 258-2907
Site : <http://www.irs.princeton.edu/>

► **Université de Sheffield**

Department of Economics
9 Mappin Street
Sheffield
S1 4DT
Royaume Uni
Site : www.shef.ac.uk/economics

► **Université de Turin**

Department of economics
Via Po, 53
I- 10124 Turin
Italie
Tél. : (+39) 011 6704917
Site : <http://www.de.unito.it>

► **University of Emea**

Department of Economics
S-901 87 Umeå
Suède
Tél. : 090 - 786 61 42
Site : <http://www.econ.umu.se/>

► **University of the Witwaterstrand**

School of public Health – Faculty of health
sciences
University of the Witwatersrand
P.O. Box 1038
Johannesburg, 2000
Australie
Tél. : + 27 11 242 9900
Fax: +27 11 720 0010

► **University of York**

Department of economics and related studies
York
Y010 5DD
Royaume-Uni
Tél. : (0)1904 433776
Fax : (0) 1904 433759
Site : <http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

► **Université de Paris 1**

12, place du Panthéon-Sorbonne
75231 Paris cedex 05
Tél. : 01 43 29 21 40



► **V.F.A.**

Verband Forschender Arzneimittelhersteller
e.v.
Johanna-Kinkel-Straße 2-4
53175 Bonn
Allemagne
Tél. : 00 49 228 819 99 0
Fax : 00 49 228 819 99 99
Site : <http://www.vfa.de/>

► Calendrier des colloques

► **Conférence TMS : la CES passe à l'offensive**

Bruxelles Renseignements :
 Belgique ETUI-REHS
 Département santé et sécurité
 Boulevard du Roi Albert II, 5
 B-1210 Bruxelles
 Tél : 32 2 224 05 60
 email: dschwan@ethui-rehs.org
 9 au 10 octobre 2007 <http://hesa.etui-rehs.org/uk/dossiers/files/Registration-form-FR.pdf>

► **Primary Care Live – Annual Conference and Exhibition**

Londres Renseignements :
 Royaume-Uni Gavin Johnstone
 Tél. +44 (0)870 2500 368
 Fax : +44 (0)870 2500 369
 email : gjohnstone@ukhcc.com
 9 au 10 octobre 2007 <http://www.primarycarelive.com/>

► **13e Congrès Wonca Europe – 1er Congrès de la Médecine Générale en France**

Paris Renseignements :
 France CNGE, Michèle Lieurade
 6 bis, rue des Deux-Communes
 94300 Vincennes
 Tél. +33 (0)6 26 98 29 16
 Fax : +34 (0)1 53 66 91 81
 email : contactwonca2007@cngc.fr
 17 au 20 octobre 2007 <http://www.woncaeurope2007.org/>

► **4th Swiss Congress on Health Economics and Health Sciences**

Bern Renseignements :
 Suisse Association Suisse Économie de la Santé A.S.E.
 Tél. : +41 (0)62 396 10 49
 Fax : +41 (0)62 396 24 10
 Email : info@kuenzicons.ch
 19 octobre 2007 http://www.sag-ase.ch/doc/SKGG07_Anmeldung.pdf

► **Colloque Fil Santé Jeunes. Face à face adolescents-parents. Quelle rencontre possible ? Quelle place pour les soignants ?**

Paris Renseignements :
 France Tél. : 01 44 93 44 64
 Fax : 01 44 93 44 89
 Email : colloque@epe-idf.com
 22 octobre 2007 <http://www.epe-idf.com>

► **Atelier de modélisation et méthodes statistiques en sciences sociales.**

Paris Renseignements :
 France Centre Maurice Halbwachs UMR 8097
 48 bd Jourdan
 75014 Paris
 Tél. : 01 43 13 62 80
 Fax : 01 43 13 62 82
 email : marion.selz@ens.fr
 23 octobre 2007 <http://www.cmh.ens.fr>

► **Congrès de l'ALASS (Association Latine d'Analyse des Systèmes de Santé) - CALASS 2007 Sécurité Sanitaire**

Marseille Renseignements :
France <http://www.cesh.org/>
25 au 27 octobre 2007 <http://www.alass.org/>

► **Strengthening Public Health Services in Europe. Public Health Functions and Educational Needs : The 29th ASPHER Annual Conference**

Valence Renseignements :
Espagne Eva Garcia
email : organising@aspher2007valencia.org
26 au 28 octobre 2007 <http://www.aspher2007valencia.org/en/home.html>

► **Equitable Access : Research challenges for health in developing countries**

Pékin Renseignements :
Chine Pan American health Organization
29 octobre au 2 novembre 2007 http://www.globalforumhealth.org/Site/000__Home.php

NOVEMBRE 2007

► **Colloque francophone sur les sondages**

Marseille Renseignements :
France Colloques Sondages 2007
Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur
23, rue Stanislas-Torrents
13006 Marseille
email : sondages2007@cereq.fr
5 au 7 novembre 2007 <http://www.cereq.fr/sondages2007/>

► **Colloque « Vieillesse et Habitat ». 2^e conférence du cycle de conférences « Économie de la santé et vieillissement ».**

Lille Renseignements :
France Secrétariat général du CES
Thomas Barnay
Email : th.barnay-ces@wanadoo.fr
6 novembre 2007 <http://www.ces-asso.org/>

► **23rd Patient Classification Systems International (PCSI) International working conference**

Venise Renseignements :
Italie Tel. +39 049775892
Email : quesse@quesse.org
7 au 10 novembre 2007 http://www.pcsi2007.org/index_en.htm

► **2^e Journée provençale de la santé humanitaire. Santé, précarité et solidarité en Méditerranée**

Marseille Renseignements :
France Centre européen de santé humanitaire (CESH)
50, avenue Tony-Garnier
69366 Lyon cedex 07
Tél. : 04 37 28 74 57
Fax : 04 37 28 74 58
Email : info@cesh.org

15 novembre 2007 <http://www.cesh.org/evenement/journeeprovencale/2007>

► **Médecine de proximité : crise des ressources humaines. Regards croisés Nord-Sud.**

Marseille Renseignements :
France <http://www.urml-paca.org/> et <http://www.santesud.org/>

16 novembre 2007

► **Congrès pluri-thématique 2007**

Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?

Montpellier Renseignements :
France Société française de santé publique
2, av. du Doyen Jacques-Parisot, BP 7
54501 Vandœuvre-lès-Nancy cedex
Tél. +33 (0)3 83 44 39 17
Fax : +33 (0)3 83 44 37 76
email : congres@sfsp.info
accueil@afsp.info

22 au 24 novembre 2007 <http://www.sfsp.info/manifestations/congres2007>

► **The Science of Cancer Health Disparities in Racial/Ethnic Minorities and the Medically Underserved**

Atlanta Renseignements :
États-Unis American Association for Cancer Research
email : meetings@aacr.org

27 au 30 novembre 2007 <http://www.aacr.org/home/scientists/meetings--workshops/cancer-health-disparities.aspx>

► **Les Journées de veille sanitaire**

Paris Renseignements :
France Appel à communication (au plus tard le 24 mai 2007)
29 au 30 novembre 2007 email : appelcomJVS2007@invs.sante.fr

DÉCEMBRE 2007

► **5th Health Services Research and Policy Conference:**

Listening to the Past, looking for the Future - How can Health Services Research contribute to assessing fads and fashions in health policy and practice?

Auckland Renseignements :
Nouvelle-Zélande <http://www.healthservicesconference.com.au/>
2 au 5 décembre 2007

- Valorisation de l'enquête Décennale Santé**
Paris Renseignements :
France Colloque Enquête Décennale Santé
Bureau état de santé de la population
DREES
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
14, av. Duquesne
75350 Paris 07 SP
4 décembre 2007 email : muriel.moisy@sante.gouv.fr

- Health Human Resources 2007: Connecting Issues and People**
Ottawa Renseignements :
Canada Julie Bazerly
Email : conferences@icis.ca
4 au 6 décembre 2007 http://www.conferencesicis.ca/fr/RHS2007/index_f.shtml

- NICE 2007. Annual conference and exhibition. Evidence into practice**
Manchester Renseignements :
Royaume-Uni Pauline Nicklin
email : pnicklin@health-links.co.uk
5 au 6 décembre 2007 <http://www.nice2007.co.uk/>

- International conference on Social Statistics and Ethnic Diversity : Should we count, how should we count and why ?**
Montréal Renseignements :
Canada <http://www.ciqss.umontreal.ca/en/SSED/index.html>
6 au 8 décembre 2007

- L'évaluation des pratiques professionnelles : de la théorie à la pratique**
Paris Renseignements :
France Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG)
Faculté de médecine RTH Laënnec
8, rue Guillaume Paradin
69372 Lyon cedex 08
France
Tél. : +33(0) 4 78 77 10 31
Fax : +33(0) 4 78 77 10 32
Email : audipog@lyon.inserm.fr
12 décembre 2007 <http://audipog.inserm.fr/>

- Measuring Discriminations – Interdisciplinary conference, economics, sociology and law**
Évry Renseignements :
France Patricia Génin
Tél. : +33(0) 1 69 47 71 77
email : discrimination@cee-recherche.fr
13 au 14 décembre 2007 http://www.cee-recherche.fr/colloque_tepp/discriminations/

JANVIER 2008

► Journées Doctorales de l'ADRES

Toulouse Renseignements :
France Hippolyte d'Albis
Email : hippolyte.d-albis@univ-tlse1.fr
9 au 10 janvier 2008 <http://www.adres.polytechnique.fr/>

► Conference on Health Economics and the Pharmaceutical Industry

Toulouse Renseignements :
France Institut d'Economie Industrielle
Christelle Fauchié
Fax : 05 61 12 86 37
25 au 26 janvier 2008 email : health@cict.fr

MARS 2008

► World Congress of Health Professions

Perth Renseignements :
Australie The Metropolitan Allied Health Council Inc The Allied Health Alliance
Email : admin@worldhealthcongress.org
9 au 10 janvier 2008 <http://www.worldhealthcongress.org/>

AVRIL 2008

► Health Outcomes 2008: Facilitating knowledge Exchange & Transfer for a Dynamic Future. 13th Annual National Conference

Canberra Renseignements :
Australie Australian Health Outcomes Collaboration
- Astoria Barr.
Email : astoria.barr@act.gov.au
Tél : (+61) 02 6205 0869
- Jan Sansoni.
Email : jan.sansoni@bigpond.com
Tél : (+61) 02 6291 7271
30 avril au 1^{er} mai 2008 <http://chsd.uow.edu.au/ahoc>

MAI 2008

► World Health Professions Conference on Regulation. The Role and Future of Health Professions Regulation

Genève Renseignements :
Suisse <http://www.whpa.org/reg/index.htm>
17 au 18 mai 2008

► **Geneva Health Forum 2008: Towards Global Access to Health**

Genève Renseignements :

Genève Geneva Health Forum Department of Community Medicine
Suisse and Primary Care, HUG
Tél. : +41 22 372 96 58 (ou 72)
Fax : +41 22 372 96 26
Email : info.genevahealthforum@hcuge.ch

25 au 28 mai 2008 <http://www.genevahealthforum.org/>

JUIN 2008

► **30^e congrès national médecine et santé au travail**

Tours Renseignements :
France Tél : 02 47 70 70 70
Fax : 02 47 66 42 43
Email : secretariat@medecine-sante-travail.com

3 au 6 juin 2008 <http://www.medecine-sante-travail.com>

AOÛT 2008

► **30th General Conference. International Association for Research in Income and Wealth Parallel Session 6A. Measurement Issues in Health Care**

Portoroz Renseignements :
Slovénie International Association for Research in Income and Wealth
(IARIW)

24 au 30 août 2008 Email: iaariw2008@isemail.essex.ac.uk
<http://www.iariw.org/call2008.asp>

► **2008 joint meeting of the UK Health Economists' Study Group and the Nordic Health Economists' Study Group**

Aberdeen Renseignements :
Royaume-Uni Health Economics Research Unit (HERU) – University of Aberdeen
Polwarth Building – Foresterhill – Aberdeen – AB25 2ZD - Scotland
Tél. : +44 (0)1224 553733 ou +44 (0)1224 553480
Fax : +44 (0) 1224 550926
29 août 2008 email : heru@abdn.ac.uk

■ Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Tarif de l'abonnement annuel,
avec Questions d'économie de la santé : 100 €

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Heures d'ouverture :
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

Directrice de la publication	Chantal Cases
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Diffusion	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
Mise en page	Franck-S. Clérembault - Nicole Guervin
