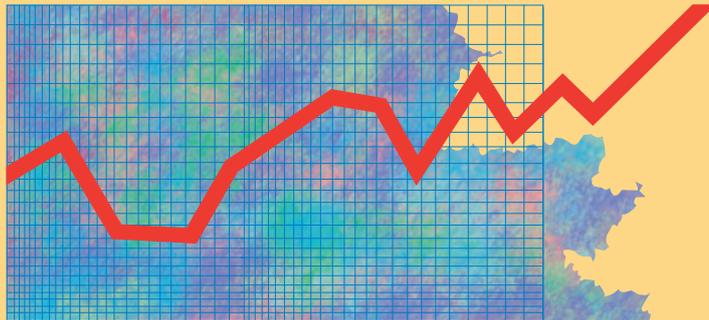


IRDDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ



Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Août - Septembre - Octobre 2010

Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Août-Septembre-Octobre 2010

■ Service Documentation

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

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01

■ Présentation

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

- La plupart d'entre elles 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.

Contactez le centre de documentation : documentation@irdes.fr

Obtenir des informations sur l'Irdes et ses prestations : www.irdes.fr

Comment lire une notice ?

Auteurs	ELEEUW (E.J.J.)
Titre original	<i>The sane revolution: health promotion: backgrounds, scope, propects</i>
Titre français	<i>La révolution raisonnable : promotion de la santé : fondements, perspectives</i>
Editeur	Assen : Van Gorcum
Pagination	1989 ; 130 p. réf. Bibl.
Langue de publication	Langue : ENG
Résumé	Cet ouvrage cherche à définir de nouveaux modèles ponctuels effectués dans les pays industrialisés : Etats-Unis, Pays-Bas
Références internes à l'Irdes	Réf. 6579 ; A1100

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 graphique
- 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

► POLITIQUE DE SANTÉ 17	► ÉTAT DE SANTÉ..... 42
Droits des malades17	Alcoolisme 42
Études comparées17	Cancer 43
Maladies chroniques17	Données d'ensemble 43
Politique sociale18	Drogues..... 44
Recherche médicale20	Santé des femmes 45
Réformes20	Santé des jeunes..... 45
Sécurité sanitaire.....21	Santé mentale..... 46
Sociologie de la santé.....22	Tabagisme..... 47
	Travail et santé 47
► PROTECTION SOCIALE 23	► PERSONNES ÂGÉES 50
Affections de longue durée23	Dépendance..... 50
Assurance maladie24	Prise en charge 50
Enquête ESPS.....24	Services à la personne 53
Études d'ensemble25	Soins de longue durée 53
Protection complémentaire25	Soutien à domicile 54
Régimes de retraite25	
Retraite.....26	► INÉGALITÉS DE SANTÉ 54
Sécurité sociale.....28	Capital social 54
	Discrimination..... 54
► PREVENTION 29	Exclusion sociale 55
Conditions de travail29	Genres..... 55
Education thérapeutique30	Inégalités devant les soins..... 55
Maladies chroniques31	Inégalités sociales de santé 57
Médecine du travail.....31	Logement..... 61
Nutrition32	Migrants..... 61
Politique d'ensemble.....33	Pauvreté..... 62
	► GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ 64
► ECONOMIE DE LA SANTE..... 34	Aménagement du territoire 64
CMUC.....34	Démographie médicale..... 64
Comptabilité publique.....35	Handicap 64
Comptes de la Sécurité sociale.....36	Île-de-France..... 65
Coûts de la maladie37	Milieu rural 65
Dépenses de santé37	Observatoire régional de santé 65
Dépenses pharmaceutiques39	Rhône-Alpes..... 66
Financement des retraites40	
Financement des soins40	
Maîtrise des dépenses.....41	
Recours aux soins41	
Risques professionnels41	
Théorie42	

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	66	SYSTEMES DE SANTÉ ÉTRANGERS ..	89
Accès aux soins.....	66	Allemagne.....	89
Démographie médicale	66	Angleterre.....	90
Maisons de santé.....	67	Belgique.....	91
Recherche.....	68	Canada.....	91
Refus de soins.....	68	États-Unis.....	93
Régulation	69	OCDE.....	95
Relations médecin-malade.....	69	Royaume-Uni.....	95
Rémunérations.....	70		
Sociologie médicale.....	71	PRÉVISION - ÉVALUATION	96
Transfert de compétences	71	Consommation de tabac.....	96
		Innovation technologique	96
HÔPITAL - ALTERNATIVES	72	Performance	97
Assistance publique.....	72	Politique publique.....	97
CHU.....	72	Soins palliatifs	98
Coûts de l'hospitalisation	72		
Ehpad.....	73	MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE ...	99
Études d'ensemble	73	Enquêtes	99
Hospitalisation à domicile	74	Indicateurs de bien-être	99
Indicateurs de gestion.....	74	Randomisation.....	99
Infections nosocomiales.....	75	Recueil de données.....	100
Organisation hospitalière	75	Simulation.....	100
Psychiatrie	76	Systèmes d'information.....	101
Ssiad.....	76	Théories	101
		Vignettes d'ancrage.....	102
PROFESSIONS DE SANTÉ.....	77		
Infirmières	77	DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE.....	102
Masseurs-kinésithérapeutes	78	Espérance de vie.....	102
Pharmaciens.....	78	Viellissement de la population	103
MÉDICAMENTS.....	79	ÉCONOMIE GÉNÉRALE	103
Contrefaçons	79	Comptes de la nation.....	103
Industrie pharmaceutique.....	79	Consommation	104
Marché du médicament.....	81	Économie du travail.....	104
Médicaments antibiotiques	83	Emploi	105
Médicaments génériques.....	84	Emploi des seniors.....	105
Observance thérapeutique	84	Résultats d'ensemble	106
Politique du médicament	85	Sociologie du travail.....	106
Prescription	86		
Thérapeutique médicamenteuse	86	DOCUMENTATION	106
		Communication orale	106
TECHNOLOGIE ET INFORMATIQUE		Internet.....	107
MÉDICALES	87	Sciences de l'information	108
Dossier médical	87		
Innovation médicale.....	88		
Systèmes d'information	88		

► RÉGLEMENTATION..... 108

Agences régionales de santé108
Droit communautaire109
Droit hospitalier.....109
Protection sociale.....110

Index des auteurs 111

Carnet d'adresses des éditeurs..... 121

Références bibliographiques

Droits des malades

43688

RAPPORT

LH2 Opinion. Paris. FRA, Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA

Le baromètre des droits des malades 2010.

Paris : LH2 Opinion, Paris : CISS : 2010/03 : 23p.

Cote Irdes : B6846

http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/100304_Barometre_droits-malades_LH2-CISS_Rapport.pdf

Le Collectif Interassociatif sur la santé (Ciss) publie son baromètre LH2-CISS 2010 des droits des malades. Il comporte quatre axes d'enquête : l'informatisation des données de santé, la relation patient/médecin, l'information sur les soins reçus, et enfin le refus de l'accès au crédit et les refus de soins. 89 % des personnes interrogées estiment « souhaitable » d'obtenir le consentement des patients avant tout traitement informatique de leurs données de santé. Un taux qui atteint 95 m% chez les 25-34 ans. Ils sont aussi 89 % à juger que le médecin consulté doit leur apporter l'information nécessaire sur leur état de santé, les soins et traitements donnés. Les patients pensent être bien informés sur la qualité des soins prodigués. La satisfaction progresse avec l'âge du patient. Cependant, 58 % seulement des sondés se disent bien informés sur le coût des soins. Les problèmes de refus de l'accès au crédit et de refus de soins pour les patients est un point particulièrement important pour le Ciss dont l'enquête montre que 16 % des enquêtés sont atteints d'une affection de longue durée (ALD). Or 27 % de ces malades en ALD ont été confrontés – eux-mêmes ou une connaissance – à un refus d'accès au crédit par une banque ou une assurance en raison de leur maladie ou d'un handicap. Enfin, pour ce qui est du refus de soins – par exemple pour des patients bénéficiant de la CMU – 3 % des sondés ont déjà connu cette situation. Mais la proportion monte à 9 % pour les patients qui disposent d'un re-

venu de moins de 1 400 euros par mois et à 14 % pour ceux qui vivent avec moins de 1 000 euros mensuels.

Études comparées

44972

OUVRAGE

BLANK (R.H.), BURAU (V.)

Comparative Health Policy.*Etude comparée sur les politiques de santé.*

Basingstoke : Palgrave Macmillan : 2007 : 309p.

Cote Irdes : A4084

This wide-ranging text assesses the extent to which policy problems and responses in different countries have common causes or spring from specific national circumstances. The fully revised second edition includes four restructured chapters and new topical material, boxes and case studies throughout. Also available is a companion website with extra features to accompany the text, please take a look by clicking below: <http://www.palgrave.com/politics/blank/> (Websites by country and glossary).

Maladies chroniques

44157

OUVRAGE, INTERNET

BUSSE (R.), BLUMEL (M.), SCHELLER-KREINSEN (D.), ZENTNER (A.)

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

Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges.*Combattre les maladies chroniques en Europe. Stratégies, interventions et défis.*Observatory Studies Series ; 20
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 111p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.euro.who.int/document/E93736.pdf>

Chronic conditions and diseases are the leading cause of mortality and morbidity in Europe, accounting for 86% of total premature deaths, and research suggests that complex conditions such as diabetes and depression will impose an even greater health burden in the future – and not only for the rich and elderly in high-income countries, but increasingly for the poor as well as low- and middle-income countries. The epidemiologic and economic analyses in the first part of the book suggest that policy-makers should make chronic disease a priority. This book highlights the issues and focuses on the strategies and interventions that policy-makers have at their disposal to tackle this increasing challenge. Strategies discussed in the second part of this volume include prevention and early detection, new provider qualifications (e.g. nurse practitioners) and settings, disease management programmes and integrated care models. But choosing the right strategies will be difficult, particularly given the limited evidence on effectiveness and cost-effectiveness. In the third part, the book therefore outlines and discusses institutional and organizational challenges for policy-makers and managers: stimulating the development of new effective pharmaceuticals and medical devices, designing appropriate financial incentives, improving coordination, using information and communication technology, and ensuring evaluation. To tackle these challenges successfully, key policy recommendations are made.

Politique sociale

43713

OUVRAGE
ROUILLEAULT (H.)

Où va la démocratie sociale ? Diagnostic et propositions.

Ivry sur Seine : les éditions de l'Atelier/Editions ouvrières : 2010 : 238p.
Cote Irdes : c, A4015

Où va la démocratie sociale ? En France, la crise de celle-ci vient de loin. Il a fallu attendre 1968 pour que la négociation d'entreprise et la négociation interprofession-

nelle soient reconnues. Aujourd'hui, le système formé par l'État, les organisations d'employeurs et les syndicats de salariés peinent à apporter des réponses à la mesure de l'ampleur des problèmes. Le taux de syndicalisation reste faible, le syndicalisme trop divisé, le patronat trop frileux, et les pouvoirs publics trop peu respectueux de la négociation collective. La loi Larcher de 2007 obligeant l'État à offrir aux partenaires sociaux la possibilité de négocier avant tout projet de réforme sur le travail, l'emploi et la formation, ainsi que la loi du 20 août 2008 établissant de nouvelles règles de représentativité syndicale et d'accord parviendront-elles à enrayer ce processus ? L'enjeu est d'autant plus important que la crise économique et financière renforce la fracture sociale et générationnelle. Cet ouvrage met en perspective l'évolution des relations sociales et ses difficultés récurrentes en France durant les quarante dernières années. Il formule des propositions concrètes touchant aux relations professionnelles, à l'emploi et à la protection sociale : implication des salariés dans la gouvernance de l'entreprise, développement de la négociation collective à tous les niveaux, investissement dans les compétences et la sécurisation des transitions professionnelles, renforcement du rôle pré législateur des partenaires sociaux, réponse aux nouveaux enjeux de la protection sociale, émergence d'une démocratie sociale plus large avec les associations et collectivités territoriales. Fruit d'échanges avec l'ensemble des partenaires sociaux, ce livre prône un nouveau modèle de développement qui concilie les intérêts économiques sociaux et environnementaux d'un capitalisme partenarial et d'une démocratie renouvelée (4^e de couverture.).

44396

OUVRAGE

CASTIEL (D.) / coord., BRECHAT (P.H.) /
coord., TABUTEAU (D.) / préf.

Solidarités, précarité et handicap social.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010 :
255p.

Cote Irdes : A4053

La solidarité serait-elle un but politique devenu inaccessible en pratique ? Cette question peut paraître surprenante, alors que la solidarité est un pilier de notre système de protection sociale. Pourtant, les faits sont têtus et laissent craindre qu'une dynamique de déconstruction sociale soit en cours. C'est ce phénomène insidieux, protéiforme et déstabilisant que les auteurs de cet ouvrage nous invitent à disséquer et à mieux comprendre. Si le prisme de l'analyse est celui des politiques de santé, l'approche est délibérément, et très judicieusement, pluridisciplinaire. (...) L'apport de cette démarche pluridisciplinaire est d'autant plus précieux qu'il s'inscrit en contrepoint des politiques de rationalisation des dépenses sociales. Quand le leitmotiv des politiques publiques est la responsabilisation du malade, du chômeur, de l'assuré social, il est salutaire d'inverser la problématique. Les auteurs explorent aussi les possibilités de mise en pratique du concept de handicap social, afin que puissent émerger des politiques de santé publique territorialisées en faveur de l'égalité des chances (4^e de couverture.).

44606

OUVRAGE

CHAVIERE (M.)

Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation.

Paris : La Découverte : 2010 : 232p.

Cote Irdes : c, A4064

Les idées néolibérales progressent aujourd'hui par le social. N'ayant plus les moyens économiques de notre modèle historique, il nous faudrait impérativement réduire la voilure, rationaliser le système, nous ouvrir à la concurrence et au marché. Autrement dit, déréguler ce qui peut l'être, améliorer la

gouvernance à grand renfort de consultants, renforcer le contrôle des opérateurs et professionnels sur fonds publics et renvoyer le reste au gré à gré ou au caritatif. Exit les idéaux de solidarité nationale, d'émancipation ou d'éducation, le social entre à son tour dans le monde des affaires. Il en est ainsi du côté de l'aide à domicile (dépendance et handicap), de l'insertion, de la petite enfance, de la protection judiciaire, de la formation... Comment opèrent ces changements ? Quelles en sont les conséquences pour l'action sociale organisée ? Pourquoi les avons-nous laissés s'installer ? Que devons-nous défendre maintenant ? À travers l'analyse du nouveau lexique, largement inspiré de l'entreprise, qui s'est imposé dans tout le secteur social (services à la personne, démarche qualité, privilège de l'usager, performance, évaluation, etc.), Michel Chauvière montre que celui-ci est dénaturé et asphyxié par un processus de « chalandisation » qui formate les consciences, sape les fondamentaux de l'engagement et prépare à accepter plus de privatisations des services et une plus grande hégémonie de la gestion. Mais rien n'est définitivement joué ! (4^e de couverture.)

44824

OUVRAGE

DEGRAND (F.) / Dir.

L'accompagnement social : histoire d'un mouvement, concepts et pratiques.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010 :
318p.

Cote Irdes : A4073

<http://www.presses.ehesp.fr/social-et-medico-social/politiques-et-pratiques.html>

Ce livre rassemble les contributions de 16 chercheurs en sciences humaines qui ont scruté pendant deux jours les rapports complexes entre l'État et les interventions sociales. En effet, la question du rôle de l'État dans la mise en œuvre des politiques sociales est aujourd'hui au cœur d'un grand nombre de débats. Qu'il s'agisse du référendum pour le traité constitutionnel européen, des mouvements pour la sauvegarde des protections sociales (sécurité sociale, retraites, régimes spéciaux etc.), de la défense des services publics, de la loi relative

aux libertés et responsabilités des universités (LRU) ou de la lutte contre l'exclusion, cette question fait l'objet en France, en Europe et même Outre-atlantique, d'une fracture réelle ou supposée entre ceux qui défendent les acquis de l'État-providence et ceux qui voudraient un État réduit à ses fonctions régaliennes, ceux qui en appellent aux interventions de l'État - notamment dans la lutte contre les inégalités sociales - et ceux qui voudraient le voir assurer une simple fonction d'animateur. Les pays qui ont participé à ces rencontres de Paris 13 et que l'actualité brûlante ne prédisposait pas à engager un dialogue, présentent tous un rapport singulier à l'État social. Si la France reste le porte-drapeau du modèle providentiel, ses anciennes colonies ou protectorats (Algérie et Maroc) l'ont reproduit et fait évoluer à leur façon, l'Algérie vers l'économie de marché et le Maroc vers un État monarchique où c'est le roi qui détermine les grandes orientations sociales. Quant à Israël, jeune État érigé à la fois sur l'occupation de la Palestine et sur les cendres de la Shoah, il est confronté à une autre configuration complexe, celle de la présence à ses frontières d'un peuple sans État auquel une Autorité fragile, très dépendante de l'aide internationale, ne parvient pas à se substituer. Enfin, la Suisse constitue un autre modèle original où la démocratie que l'on peut qualifier de semi-directe mobilise deux instruments qui lui permettent de peser sur les décisions de l'État fédéral ? : Le référendum et l'initiative populaire (4^e de couverture).

Recherche médicale

43264

RAPPORT
HASSAN (E.)

Rand Europe. Observatory on Health Research Systems. Cambridge. GBR

Health and Medical Research in France

Santé et recherche médicale en France

RAND Documented briefing series
Santa Monica : Rand corporation : 2009 : 31p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.rand.org/pubs/documented_briefings/2010/RAND_DB590.pdf

This documented briefing provides an overview of the health and medical research system in France. The report is divided into three parts. In the first part, Structure of the French health research system, funding sources, sectors performing health and medical research and health research priority setting are presented. The second part, Processes and performance of the French health research system, focuses on the types of funding available and how funding activities are conducted, and provides exemplars of the system's performance. The third part, considers current and emerging health research issues in France.

Réformes

43707

OUVRAGE

COUTY (E.) / dir., KOUCHNER (C.) / dir.,
LAUDE (A.) / dir., TABUTEAU (D.) / dir.

La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé.

Droit et santé.

Rennes : Editions EHESP : 2009 : 391p.

Cote Irdes : A4009

<http://www.presses.ehesp.fr/hopital/environnement/432-loi-hpst>

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est appelée à modifier en profondeur le système de santé français. Les quatre titres de la loi : Modernisation des établissements de santé, Accès de tous à des soins de qualité, Prévention et santé publique et Organisation territoriale du système de santé font ici l'objet de commentaires rédigés sous la direction d'Édouard Couty, Anne Laude, Camille Kouchner et Didier Tabuteau. Chaque commentaire retrace l'évolution des principales dispositions, au regard de la législation précédente et des débats parlementaires, et s'inscrit dans la perspective des évolutions du système de santé. Ces commentaires sont eux-mêmes prolongés par le regard d'auteurs qui, à l'instar de Claude Evin, Michel Legmann, Jean-Marie Bertrand et bien d'autres éminents spécialistes des questions de san-

té, livrent leurs réflexions personnelles sur le sujet (4^e de couverture). Sécurité sanitaire

43831

CONGRES, OUVRAGE

Quinze années de sécurité sanitaire : de la loi du 4 janvier 1993 aux défis de 2008 : actes.

Collection Verbatim.

Colloque chaire Santé/Afssaps. Paris : 2008/03/20

Paris : Editions de santé ; Paris : Les Presses SciencesPo : 2008 : 89p.

Cote Irdes : A4034

http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100709450&fa=author&person_ID=1102

Au Journal officiel du 5 janvier 1993, était publiée la première loi de sécurité sanitaire. Ce texte procédait à une importante réforme des législations relatives au médicament et à la transfusion sanguine. Il instituait l'Agence du médicament et donnait une base législative à l'Agence française du sang. Quinze ans plus tard, la sécurité sanitaire est devenue une composante « naturelle » des politiques de santé. Les réglementations de sécurité sanitaire font florès. Les débats sur l'application du principe de précaution ou sur l'indépendance de l'expertise se multiplient. Les premières agences ont été transformées, d'autres ont vu le jour. Le champ de la sécurité sanitaire s'est étendu à l'alimentation et à l'environnement. L'Europe de la santé a été confrontée à une crise majeure de sécurité sanitaire lors de l'affaire de la « vache folle ». Cet ouvrage, le deuxième de la collection Verbatim, rend compte d'un colloque organisé le 20 mars 2008 par la chaire Santé de Sciences Politiques, en partenariat avec l'Afssaps, et permet de revenir sur l'évolution de la notion de sécurité sanitaire depuis quinze ans et de s'interroger sur les nouveaux défis auxquels le dispositif de sécurité sanitaire est confronté.

45042

RAPPORT

ROME (F.), PARIES (J.), NYSSSEN (A.S.)

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

Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients

Paris : HCSP : 2010 : 68p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp_r20100701_anabibsecupatients.pdf

L'objectif de ce rapport est de nourrir la réflexion des experts de la Commission spécialisée Sécurité des patients du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur les stratégies à adopter pour améliorer la sécurité des patients. Il s'appuie sur l'analyse des expériences de cinq pays (le Royaume-Uni, le Danemark, les Etats-Unis, l'Australie et le Canada) en matière de développement des politiques et programmes concernant la sécurité des patients. Cette analyse a été assez brève, et ne prétend aucunement à une description détaillée, et encore moins exhaustive de l'existant. Elle propose, au contraire, un regard plutôt global, externe et transverse, guidé par l'expertise multidisciplinaire des auteurs en matière de gestion de la sécurité, appuyée sur une connaissance de la santé, mais également sur une grande expérience des domaines aéronautique, ferroviaire, nucléaire civil et industriel. Pour accéder aux expériences étrangères, il a été procédé à l'analyse de références documentaires nationales et internationales, et un corpus d'experts étrangers en sécurité patient a été sollicité, par le biais d'un questionnaire puis d'interviews téléphoniques. On a cherché à dégager, à travers ces démarches, un cadre de lecture commun, une grille de problématiques systématiquement rencontrées dans l'élaboration de politiques pour la sécurité des patients et à en déduire des recommandations pour leur développement en France. Les paragraphes suivants résument les résultats obtenus, autour de quatre questions clés : l'émergence et la délimitation du concept de sécurité des patients, les stratégies d'action, le rôle des

systèmes de signalement et la posture du régulateur.

Sociologie de la santé

44604

OUVRAGE
HALPERN (C.) / éd.

La santé : un enjeu de société.

Auxerre : Sciences humaines éditions :
2010 : 345p.

Cote Irdes : A4062

http://www.scienceshumaines.com/la-sante-2c-un-enjeu-de-societe_fr_157.htm

Jeunes ou vieux, malades ou bien portants, la santé nous concerne tous. Elle n'est pas qu'une question médicale ou technique. Elle interroge notre société, notre culture, notre politique, nos principes éthiques. En ce sens, les sciences humaines sont sollicitées sans cesse pour montrer toutes les facettes d'un champ immense. Ce livre entend donc varier les points de vue et appréhender la santé dans toutes ses acceptions. L'ouvrage donne ainsi la parole aux spécialistes de diverses disciplines : historiens, sociologues, économistes de la santé, psychologues, médecins, infirmiers, ergonomes... Il s'adresse à tous, du particulier, soucieux de mieux comprendre une question centrale de nos existences, aux professionnels désireux de nourrir leur réflexion sur un domaine en perpétuel changement. Il entend ainsi être un outil de référence pour tous (4^e de couverture).

44607

OUVRAGE
MARCHETTI (D.)

Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse.

Grenoble : Presse Universitaires de Grenoble : 2010 : 191p.

Cote Irdes : A4065

À partir d'une enquête de cinq ans, ce livre propose une analyse générale des mécanismes de production de l'information des médias à l'attention du grand public. Il permet plus spécifiquement de comprendre depuis les années 50 la transformation de la

médiatisation des questions de santé publique, notamment des scandales sanitaires. Cet ouvrage démontre les transformations et les évolutions que peuvent connaître les médias en s'appuyant sur le thème de la santé. Le propos est étayé de nombreux exemples récents, voire de scandales, qui ont marqué fortement les esprits (Résumé de l'éditeur).

44820

OUVRAGE
BERANGER (A.), BELLIARD (D.)

Nous ne sommes pas coupables d'être malades.

Paris : Les Petits matins. Alternatives économiques : 2010 : 200p.

Cote Irdes : A4072

http://www.lespetitsmatins.fr/noscollections/ichecollection.php?id_livre=66&cat=4

Le gouvernement a trouvé le responsable du trou de la Sécu : le malade, bien sûr, affamé de pilules inutiles et de consultations abusives, coupables de fumer ou de mal se nourrir, en dépit des campagnes de prévention. Et pour remédier à cela, il réforme, tout comme ses prédécesseurs depuis 2002. Tarification à l'activité, franchises médicales, déremboursements : l'effort demandé pèse systématiquement sur les assurés. La responsabilité des laboratoires pharmaceutiques ou des médecins tout comme les politiques d'exonérations sociales dont bénéficient les entreprises ne sont, quant à elles, jamais interrogées. Les auteurs rejettent ce discours culpabilisant et cette vision strictement financière, qui nous entraînent vers un système pénalisant les plus modestes et posant de graves questions de santé publique. Ils montrent qu'un projet de santé alternatif, fondé sur le principe de solidarité, est possible.

44854

OUVRAGE
MOLINIER (P.) / éd., LAUGIER (S.) / éd.,
PAPERMAN (P.) / éd.

Qu'est-ce que le care ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité.

Paris : Payot-Rivages : 2009 : 302p.
Cote Irdes : c, A4079

Apporter une réponse concrète aux besoins des autres, telle est, aujourd'hui, la définition du care, ce concept qui ne relève pas, comme on l'a longtemps cru, du seul souci des autres ni d'une préoccupation spécifiquement féminine, mais d'une question politique cruciale recoupant l'expérience quotidienne de la plupart d'entre nous. Première synthèse sur cette notion d'une très grande ampleur après les travaux fondateurs de Carol Gilligan dans les années 1980 puis de Joan Tronto dans les années 1990, ce livre concerne aussi bien le domaine du travail que ceux du genre, de l'éthique et de la santé.

44855

OUVRAGE
GILLIGAN (C.)

Une voix différente. Pour une éthique du care.

Champs essais
Paris : Flammarion : 2008 : 284p.
Cote Irdes : c, A4080

La morale a-t-elle un sexe ? Les femmes et les hommes ont-ils un sens différent de la moralité ? Une telle question donne la mesure de l'immense débat qu'a suscité le livre de Carol Gilligan, catalyseur des réflexions féministes sur l'éthique du care (imparfaitement traduit par « sollicitude »). Si les analyses en termes de genre sont désormais connues, l'idée de care n'a pas rencontré un aussi large accueil. L'intérêt public grandissant pour les questions d'aide aux personnes vulnérables, et pour les problèmes sociaux et politiques engendrés par la situation inégalitaire des travailleuses/eurs du care et leur circulation au niveau mondial, a permis que les questions théoriques liées au care trouvent une nouvelle pertinence. Il a fallu également que se dissipe le rapport ombrageux du féminisme aux questions

morales pour que le care ne soit pas rabattu sur l'idée d'un « service » contraint au profit des plus puissants. Aux Etats-Unis, « une voix différente » est le texte le plus lu et le plus cité de la « seconde vague » du féminisme. Il a ouvert un débat politique crucial, entre éthique de la justice et éthique du care, entre une moralité centrée sur l'équité, l'impartialité et l'autonomie et une moralité formulée « d'une voix différente », reconnue le plus souvent dans l'expérience des femmes, et fondée non sur des principes mais sur une question : comment faire, dans une situation donnée, pour préserver et entretenir les relations humaines qui y sont en jeu ? (4^e de couverture.)

PROTECTION SOCIALE

Affections de longue durée

44836

RAPPORT
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.). Direction des Statistiques et des Etudes Economiques et Financières. Paris. FRA

Les affections de longue durée au régime agricole : incidence 2007 et prévalence au 31 décembre 2007.

Série Evaluation en santé ; 2
Paris : CCMSA : 2010 : 50p., tab.
Cote Irdes : En ligne

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1276851949376_OES_TRIM.19_PARTICIPATIONS_FO_RFAITAIRES_ET_FRANCHISES.pdf

Cette publication présente et analyse les données relatives aux bénéficiaires des affections de longue durée pour le régime agricole en 2007. Les ALD qui présentaient les risques relatifs les plus élevés en 2002 (cancers, hypertension artérielle et diabète) ont vu leur risque relatif progresser sur la période de 13 % et 14 % respectivement pour le cancer et l'hypertension artérielle et de 19 % pour le diabète. Ces trois pathologies présentent donc toujours en 2007 les risques relatifs les plus élevés. L'insuffisance cardiaque a également enregistré une progression du risque relatif notable sur cette période (+ 18 %). Par contre,

le risque relatif des maladies hors liste et des polyopathologies a nettement diminué en 5 ans.

44985

FASCICULE, INTERNET

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

Fréquence des ALD au 31/12/2009.

Paris : Cnamts : 2010/07/22 : 18p., tabl.
Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2009.php>

8,6 millions de personnes du régime général bénéficient au 31 décembre 2009 de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), soit une personne sur sept. Les tableaux suivants présentent des données détaillées concernant les personnes en affection de longue durée au 31/12/2009.

Assurance maladie

44304

NOTE, INTERNET

Institut Montaigne. Paris. FRA

Sauver l'assurance maladie universelle. Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années

Paris : Institut Montaigne : 2010/05 : 8p., fig.
Cote Irdes : En ligne

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

Cette Note présente les grandes lignes des travaux conduits par l'Institut Montaigne en matière de politiques publiques de santé depuis 2002 et suggère trois chantiers prioritaires d'approfondissements et de réformes pour les prochaines années à savoir réinventer l'assurance maladie, améliorer l'accès à une offre de soins adaptée, évaluer la qualité des soins et personnaliser la prise en charge. A côté des solutions classiques avancées pour maîtriser les dépenses de santé, l'Institut suggère de couper le système d'assurance maladie en

deux : le petit risque confié aux assureurs complémentaires, l'assurance maladie obligatoire ne prenant en charge que les grosses dépenses. Il propose ainsi la création d'une franchise de base annuelle en deçà de laquelle la dépense de santé serait supportée par l'assuré ou son assurance complémentaire, l'assurance maladie obligatoire couvrant toutes les dépenses supérieures.

Enquête ESPS

44671

RAPPORT

ALLONIER (C.), DOURGNON (P.),
ROCHEREAU (T.)

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

Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.

Paris : IRDES : 2010/06 : 258p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : R1800

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 explore les relations entre l'état de santé, les accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter des questions d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, deux nouvelles problématiques sont proposées : l'une sur le renoncement avec un focus sur les CMU-Cistes, l'autre sur une comparaison inédite des données de l'ESPS et du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) relatives au score Epices qui mesure la précarité et les inégalités de santé. Enfin, des premiers ré-

sultats sont fournis sous la forme de tableaux.

Études d'ensemble

44603

OUVRAGE
LIMOUSIN (M.), MILLS (C.)

La protection sociale en danger : état des lieux et stratégie pour une alternative.

Pantin : Espere - Le Temps des cerises. : 2010 : 187p.

Cote Irdes : A4061A

<http://www.decitre.fr/livres/La-protection-sociale-en-danger.aspx/9782841098286>

La crise financière internationale de 2008 a entraîné une crise économique mondiale sans précédents et une crise sociale majeure incluant montée du chômage, précarité, baisse de pouvoir d'achat et recul de la protection sociale dans tous les pays. C'est une véritable crise systémique du capitalisme. En France, la Sécurité sociale connaît de nouveaux déséquilibres historiques en 2009 et en 2010. On peut vraiment parler d'années noires. La récession et la montée du chômage, comme les politiques économiques et les gestions patronales organisant la déflation salariale et l'inflation financière en sont les causes profondes. La chute du PIB est à 3 %. Le chômage atteint 10 %. Face à cela, une réforme du financement de la protection sociale s'impose basée sur une nouvelle politique de l'emploi et des salaires. La contribution des profits financiers doit être mise en œuvre. Oui, l'espoir de répondre aux besoins sociaux est possible s'il est basé sur un fonctionnement démocratique de tous les organismes de protection sociale et sur le recul de la financiarisation de l'économie.

Protection complémentaire

44934

FASCICULE
DOMIN (J.P.)
Institut Européen du Salarat. (I.E.S.). Nanterre. FRA

L'assurance maladie complémentaire : vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi

Nanterre : Institut Européen du Salarat : 2010/06-07 : 4p.

Cote IRDES : c, En ligne

http://www.ies-salarat.org/IMG/pdf/Notes_IES_14.pdf

Alors que depuis 1945, l'assurance maladie voyait son rôle grandir dans la couverture des dépenses de santé, les années 1980 ont initié un mouvement de constitution puis d'affirmation d'un marché des régimes complémentaires. Cet article, montre la conséquence de cette évolution : alors que l'assurance maladie obéit à une logique salariale de mutualisation transversale aux emplois et aux entreprises, le marché des complémentaires relève, lui, d'une logique de l'emploi, avec de fortes disparités entre chômeurs et occupés, entre cadres et employés, entre petites et grandes entreprises. Quand elle se détache du salaire socialisé, l'assurance maladie dépend davantage de l'emploi. Nous avons ici un exemple de plus du risque encouru lorsqu'on ne fait plus du salaire le support des droits sociaux (Résumé de l'éditeur).

Régimes de retraite

44618

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
NACZYK (M.), PALIER (B.)
Reconciling Work and Welfare in Europe. (R.E.C.W.O.W.E.). Edingburgh. SCO

Complementing or replacing old age insurance ? The growing importance of funded pensions in the French pension system,

Compléter ou remplacer l'assurance vieillesse. L'importance croissante des fonds

de pension dans le système de pension français.

REC-WP 08/2010

Edinburgh : Reconciling Work and Welfare in Europe. (R.E.C.W.O.W.E.) : 2010 : 42p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.socialpolicy.ed.ac.uk/data/assets/pdf_file/0018/44082/REC-WP_0810_Naczyk_Palier.pdf

The French pension system has for long been characterised by its very low reliance on funded pensions, which have almost become a taboo subject since the Second World War. While other countries have often complemented statutory pensions with funded occupational pension schemes, in France, the social partners have put in place an encompassing network of supplementary pension arrangements financed on a pay-as-you-go (PAYG) basis. The generosity of these schemes and their defence by trade unions and part of the business community has considerably limited the room for expansion of funded pension schemes. However, the role played by these supplementary PAYG schemes has significantly changed over the last two decades. First, the gradual harmonization of rules within the different schemes and their compliance with EU social security regulations are leading to their quasi "first-pillarization". Second, similar to statutory pensions, these schemes have also undergone gradual retrenchment and will offer reduced replacement rates. As a result, the development of pension savings has been implicitly promoted, although more on a voluntary basis than on a compulsory one. Despite a unification in the regulatory framework governing funded – occupational and personal – pension plans, access to these schemes remains mostly limited to high-skilled workers.

Retraite

42671

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DEBRAND (T.), SIRVEN (N.)

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

What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe: Individual, Familial, Professional Situation or Social Protection Systems ?

Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale.

Document de travail Irdes ; 28

Paris : Irdes : 2009/10 : 22p.

Cote Irdes : DT28

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf>

L'objectif de cette recherche consiste à appréhender le processus de départ à la retraite des seniors et de mieux comprendre les différences entre les pays européens, au regard des différentes dimensions - individuelle, familiale, professionnelle, et institutionnelle - qui sont susceptibles d'influencer l'offre de travail. Pour cela, ont été utilisées les données longitudinales de l'enquête SHARE (2004-2006) complétées par des séries macroéconomiques provenant de l'OCDE et décrivant trois systèmes de protection sociale (emploi, retraite et santé). L'identification des déterminants de l'emploi a été menée simultanément en termes de « stock » (la participation à l'emploi des seniors en 2004) et de « flux » (transition emploi-retraite entre 2004-2006). Des indices permettant de mesurer le rôle des différentes dimensions dans l'explication des différences entre les pays ont ensuite été développés. Les résultats sont de trois ordres : (1) les déterminants de la participation à l'emploi et du passage à la retraite sont nombreux et multi-dimensionnels. (2) Chaque élément de la protection sociale (Emploi Retraite et Santé) influe sur l'emploi des seniors. Il semble exister une complémentarité entre ces différents systèmes. (3)

L'explication des différences entre les pays en ce qui concerne la participation à l'emploi et au passage à la retraite trouve son origine principalement dans les déterminants institutionnels. Dès lors, toute politique publique qui aurait pour but une augmentation de taux d'emploi des seniors devrait reposer ces deux postulats : premièrement, elles doivent tenir compte de la complexité des déterminants de la décision des individus et de leurs interactions ; deuxièmement, les principaux facteurs de convergence au sein de l'Europe sont à rechercher dans les différences systémiques.

44646

RAPPORT

Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques). Paris. FRA

Les retraités et les retraites en 2008.

Paris : DREES : 2010 : 93p., tabl.

Cote Irdes : C, A4067

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/retraites2008.pdf>

Ce recueil rassemble les résultats des enquêtes statistiques annuelles de la DREES sur le thème des retraites : l'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR), l'enquête sur le minimum vieillesse et l'enquête sur la retraite supplémentaire facultative pour l'année 2008. Il vise à mettre en cohérence ces différentes sources, qui recueillent des résultats annuels agrégés auprès des caisses de retraite ou des organismes qui gèrent la retraite supplémentaire facultative, et à les articuler avec des données structurelles qui émanent notamment de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR). L'EIR donne pour un échantillon anonyme d'individus les montants de pension perçus par les retraités, ainsi que les principaux éléments de carrière intervenant pour le calcul de la pension. À ce titre, il permet des analyses plus détaillées que celles qu'autorisent les données agrégées. Il est produit tous les quatre ans par la DREES depuis 1988. Cet ouvrage s'appuie sur les résultats de la vague 2004 de l'EIR. L'année prochaine, il sera enrichi des données de la vague 2008. Ce recueil ne porte pas sur les régimes de

retraites, mais sur les retraités et le montant des retraites. Il estime les effectifs de retraités, évalue le niveau des pensions et leur évolution et décrit le profil des retraités, en particulier celui des nouveaux pensionnés ; il ne fait qu'évoquer les cotisations et le financement de ces régimes.

44832

RAPPORT, INTERNET

BOZIO (A.)

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

Les réformes des retraites de 1993 et 2003 vont elles conduire à un allongement des carrières professionnelles ?

Paris : Cepremap : 2010 : 36p.

Cote Irdes : En ligne

Ce papier vise à estimer l'effet des hausses de la durée requise de cotisation des réformes 1993 et 2003 des retraites sur l'allongement de la durée des carrières en France. L'utilisation des données administratives et exhaustives de la CNAV (1994-2003) nous permet de rendre compte empiriquement de l'élasticité de l'âge de liquidation de la retraite à la durée requise de cotisation, lors de la réforme de 1993. Nous utilisons l'application variable de la réforme selon la génération et la durée d'assurance pour identifier précisément celle-ci par une méthode en double différence. Nos résultats laissent à penser qu'un trimestre supplémentaire dans la durée de cotisation nécessaire pour obtenir le taux plein s'est traduit par une augmentation de moins de 1,5 mois de l'âge à la liquidation, correspondant à une élasticité estimée de 0,54. D'après nos estimations, l'impact de long terme des réformes de 1993 et de 2003 sur l'offre de travail devrait conduire à une augmentation du PIB entre 2 et 3 % à l'horizon 2020.

44925

RAPPORT

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

Effets des réformes récentes sur les comportements de départ à la retraite.

Paris : COR : 2010/06 : non pag.

Cote Irdes : B6906

<http://www.cor-retraites.fr/article373.html>

Ce dossier rassemble des données et études récentes visant à éclairer les effets des dernières réformes des retraites sur les comportements de départ à la retraite en France. Plusieurs dispositions des réformes successives des retraites sont en effet susceptibles d'avoir modifié les comportements de départ à la retraite : allongement de la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein, création ou aménagements des mécanismes de décote et surcote, possibilité de départ anticipé pour carrière longue... Compte tenu du recul encore limité par rapport aux dernières réformes, qui sont en outre progressives et dont certains paramètres ont depuis été aménagés (cas de la surcote principalement), et des effets parfois contradictoires de certaines mesures sur les comportements), il est cependant encore difficile d'apprécier pleinement les effets des différentes réformes sur les comportements de départ à la retraite. La première partie du dossier comprend des éléments descriptifs, relatifs aux comportements de départ et au recours à différents dispositifs, tant pour le régime général que pour les fonctions publiques et les autres régimes spéciaux. Différentes études, qui ont cherché à estimer, à partir des augmentations de la durée d'assurance requise pour une pension à taux plein prévues par les réformes de 1993 et 2003, le lien entre cette durée et les comportements de départ à la retraite, sont présentées dans une deuxième partie. Enfin, la troisième partie du dossier fournit un éclairage complémentaire, en examinant les motivations de départ à la retraite, sur la base des premiers résultats d'une enquête réalisée début 2010 auprès de nouveaux retraités de la CNAV.

Sécurité sociale

44075

RAPPORT, INTERNET

HARPER (S.)

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

Les enjeux démographiques et la sécurité sociale. Défis de société et capacité d'adaptation: La sécurité sociale dans un monde vieillissant.

Genève : AISS : 2010 : 13p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.issa.int/fre/Ressources/Rapports-de-conference/Les-enjeux-demographiques-et-la-securite-sociale>

D'ici à 2030, la moitié de la population de l'Europe occidentale aura plus de 50 ans, avec une espérance de vie, à cet âge, de 40 ans supplémentaires. Historiquement, cette évolution est sans précédent car jamais auparavant une région du monde n'avait eu plus de la moitié de sa population âgée de plus de 50 ans. Le vieillissement de la population a donc un impact sur l'ensemble des dispositions de sécurité sociale, depuis les soins de santé et les soins de longue durée, les pensions, les prestations de chômage et d'invalidité, jusqu'aux prestations familiales, sur lesquelles l'évolution des structures familiales a des conséquences. Quelle que soit la demande, qu'elle relève du domaine de la santé ou du domaine financier, le principal défi à relever sera celui de la capacité de la société à s'adapter au vieillissement de la population.

44946

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
TORP (C.)

European University Institute. Robert Schuman Center for advanced studies.
(E.U.I.). San Domenico di Fiesole. ITA

Concepts of social justice in the welfare state Great Britain and Germany since 1945.

Les concepts de justice sociale dans les Etats providence que sont la Grande-Bretagne et l'Allemagne depuis 1945.

EUI Working paper RSCAS 2010/64

San Domenico di Fiesole : European University Institute. : 2010: 17p., fig., tabl.
Cote IRDES : En ligne
http://cadmus.eui.eu/dspace/bitstream/1814/14400/1/RSCAS%202010_64.pdf

Concepts of social justice are at the very heart of the welfare state. From the perspective of the history of institutions, the article reconstructs the principles of justice which underlie the architecture of the social security systems in Great Britain and Germany and analyses how they have changed since 1945. It turns out that in general both welfare states are based on mixtures of different concepts of justice. Parallels can be found above all in the health care systems, which in both countries are based on a combination of two principles – equality of access on the one side and treatment according to one's needs on the other side. There are more significant differences, in contrast, in regard to insuring against unemployment and to pension systems, whereby the British welfare state entails a link between the norms of equality and of neediness, whereas in Germany the principle of the equivalence between contributions and benefits is deeply rooted. All path-dependencies notwithstanding, a convergence in the institutional arrangements of both welfare states can be traced over the last decades. In Britain as well as in Germany means-tested benefits and thus the principle of neediness became increasingly important, most notably in the field of unemployment benefits. At the same time, both welfare states experienced the rise of new concepts of justice starting from non-class groups like families, women or generations.

PREVENTION

Conditions de travail

44664

RAPPORT
DELLACHERIE (C.)
Conseil Economique - Social et
Environnemental. (C.E.S.E.). Paris. FRA

La certification des entreprises dans le domaine de la santé au travail.

Paris : CESE : 2010/06 : 87p.
Cote Irdes : P111/2

Christian Dellacherie, rapporteur, présente le projet d'avis sur la certification des entreprises dans le domaine de la santé au travail. Estimant qu'une réelle prise de conscience est en train de s'opérer sur l'importance de la santé au travail comme dimension essentielle de la gestion des ressources humaines dans l'entreprise, dans un contexte de croissance des risques psychosociaux et de leur écho médiatique, le CESE a été amené à dresser un double constat. "L'efficacité de notre système de prévention des risques professionnels reste perfectible, les résultats en termes de performance sanitaire étant jugés insuffisants". Ensuite, "on assiste à l'essor d'un véritable marché de la certification des entreprises dans le domaine de la santé et sécurité au travail, principalement dans les plus grandes d'entre elles". Aujourd'hui, près de 3.000 entreprises auraient obtenu une telle certification. Le Conseil s'interroge : "Faut-il encourager ce mouvement qui prend de l'ampleur ou, au contraire, tenter de le freiner compte tenu de ses effets contrastés ?" Aux termes de ses travaux, le Conseil économique, social et environnemental formule plusieurs recommandations visant "à promouvoir le management de la santé et sécurité au travail et à mieux encadrer une procédure de certification volontaire".

44900

RAPPORT
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la
Fonction Publique. (M.T.S.F.P.). Direction
Générale du Travail. (D.G.T.). Paris. FRA.

Conditions de travail - Bilan 2009.

Paris : La documentation Française : 2010 :
468p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : B6900

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000278/0000.pdf>

Cet ouvrage présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2009 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il présente également le bilan de la mise en oeuvre des plans gouvernementaux qui

structurent désormais la politique de la prévention des risques professionnels. Il développe enfin les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Les données du bilan annuel des conditions de travail 2009 sont issues des analyses conduites par le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique à partir des contributions fournies par les services centraux et déconcentrés du ministère, les autres administrations publiques concernées et les organismes de prévention des risques professionnels. Certains thèmes font l'objet d'analyses spécifiques : la compréhension et la prévention des risques psychosociaux ; la coordination en matière de sécurité et de protection de la santé sur les chantiers du BTP. L'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, ANACT, OPPBTP, AFSEET, InVS, Branche AT/MP, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage.

Education thérapeutique

44896

RAPPORT
SAOUT (C.) , CHARBONNEL (B.) ,
BERTRAND (D.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA
Collectif Interassociatif sur la Santé.
(C.I.S.S.). Paris. FRA

***Pour une politique nationale
d'éducation thérapeutique. Rapport
complémentaire sur les actions
d'accompagnement.***

Paris : MSSPS : 2010/06 : 41p.
Cote Irdes : B6896
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_accompagnement.pdf

Ce rapport de la mission consacrée à l'éducation thérapeutique du patient rédigé par Christian Saout, président du comité interassociatif sur la santé (CISS), Bernard

Charbonnel, professeur de diabétologie à Nantes et Dominique Bertrand, professeur de santé publique à Paris, vient compléter la mission qui leur a été confiée en 2008 par la ministre de la Santé et des Sports portant sur la politique nationale de l'éducation thérapeutique. Cette nouvelle mission a un triple objet : dresser une typologie des actions d'accompagnement, préciser l'articulation de ces actions d'accompagnement avec les programmes d'éducation thérapeutique, réaliser un état des lieux du financement actuel des actions d'accompagnement ainsi que des ressources qui pourraient être utilement mobilisées en complément dans un contexte contraint de dépenses publiques.

44897

RAPPORT
JACQUAT (D.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

***Education thérapeutique du patient.
Propositions pour une mise en oeuvre
rapide et pérenne.***

Paris : Assemblée Nationale : 2010/06 :
65p.
Cote Irdes : B6897
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf

Chargé en janvier d'une mission sur la mise en oeuvre opérationnelle de l'éducation thérapeutique, le député Denis Jacquat a remis le 7 juillet 2010 son rapport à Roselyne Bachelot. Après avoir dressé l'état des lieux de l'ETP en termes de formation des professionnels, de financement, d'organisation..., le député énumère dans ce rapport 19 propositions destinées à faciliter le déploiement du dispositif. Ces propositions, qui complètent celles du rapport de la mission Saout-Charbonnel-Bertrand, devraient nourrir les textes d'application réglementaire de la loi, dont la publication est attendue courant juillet, ainsi que le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2011.

Maladies chroniques

44997

RAPPORT

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

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Rapport annuel du comité de suivi 2009.

Paris : MSSPS : 2010/06 : 52p., ann.

Cote Irdes : C, B6913

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_du_comite_de_suivi_2009_juin_2009_.pdf

A l'occasion de la publication du second rapport annuel d'activité du comité de suivi du plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, le ministère de la santé rappelle les mesures concrètes initiées et mises en œuvre dans le cadre de ce plan en étroite collaboration avec des patients et les associations de patients. Les principales avancées en 2009 concernent : la reconnaissance par la loi relative à la réforme de l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement du patient, et l'élaboration des textes d'application qui se concrétiseront prochainement dans les régions par l'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ville ou à l'hôpital par les agences régionales de santé ; le maintien à domicile grâce à la création de nouvelles places en appartements thérapeutiques et l'augmentation substantielle du nombre de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; une amélioration et une meilleure connaissance des outils d'évaluation des incapacités des personnes handicapées : formation des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) au guide barème et création d'un nouveau certificat médical pour personne handicapée ; la prise en charge de nouveaux produits de santé concernant

notamment la mucoviscidose ; la poursuite de divers travaux de recherche ayant trait notamment à la consolidation de données épidémiologiques et à la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique. A mi-parcours, soit deux ans après l'installation du comité de suivi, 80% des mesures du plan ont été lancées et les objectifs initiaux parfois dépassés notamment en matière de maintien à domicile.

Médecine du travail

44281

RAPPORT

DELLACHERIE (C.), FRIMAT (P.),
LECLERCQ (G.)

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. (M.T.S.F.P.). Paris. FRA, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.). Paris. FRA, Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions.

Paris : Ministère du travail : 2010/04 : 96p.

Cote Irdes : B6867

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf>

Dans un contexte de crise démographique touchant les services de santé au travail, les Ministres du travail, de la santé et de la recherche ont confié une mission de réflexion sur la formation des professionnels de la santé au travail et l'attractivité de ces métiers à 3 personnalités qualifiées. Le rapport comporte une quarantaine de propositions qui sont axées sur huit préoccupations principales des auteurs : le développement d'une approche intégrée interdisciplinaire pour favoriser par la suite un travail d'équipe de santé au travail ; le besoin d'ouvrir des perspectives et passerelles de carrière aux médecins souhaitant se reconvertir vers la santé au travail ; la reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires pour redynamiser la recherche compte tenu des perspectives démographiques défavorables

en matière d'enseignement ; le développement de formations initiales des professionnels de santé adaptées aux nouvelles missions marquées par le développement de la pluridisciplinarité ; la nécessité de valoriser la médecine du travail en tant que discipline médicale ; la nécessité de mieux valoriser l'action des services de santé au travail ; la nécessité de faire évoluer les mentalités sur la corrélation santé au travail et performance de l'entreprise ; la mise en tension des acteurs pour le développement de dynamiques locales.

Nutrition

44273

RAPPORT

JOURDAIN MENNINGER (D.) , LECOQ (G.) , GUEDJ (J.), BOUTET (P.), DANIEL (J.B.), MATHIEU (G.)

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Conseil Général de l'Alimentation - de l'Agriculture et des Espaces Ruraux. (C.G.A.A.E.R.). Paris. FRA

Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010 - Tome 1.

Paris : Igas : 2010/04 : 181p.

Cote Irdes : B6865

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000214/0000.pdf>

Cette évaluation du Programme national nutrition santé PNNS 2 (2006-2010) souligne les avancées du programme national "nutrition-santé" et également ses insuffisances au regard des enjeux de santé publique. La mission, au terme de son travail d'enquête, constate que le PNNS a rempli de manière plutôt satisfaisante les objectifs qui lui ont été assignés en termes de promotion des bons comportements alimentaires, avec les moyens humains et financiers qui ont été les siens. Il demeure un exemple et constitue une référence pour de nombreux pays étrangers. Sa pérennité mérite d'être assurée car il constitue une démarche utile et indispensable au succès de toute politique nutritionnelle. Cependant, la mission estime que sa reconduction en l'état n'est pas souhaitable en raison : d'une

gouvernance et d'une organisation qui ne sont pas à la hauteur des enjeux ; d'avancées encore insuffisantes au regard de certains objectifs prioritaires de santé publique déclinés dans le PNNS. Ainsi, dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de l'obésité, si certaines actions, comme l'élaboration de bonnes pratiques pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide, ont connu un avancement globalement satisfaisant, la mission relève que d'autres actions telles que la systématisation du repérage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ou la mise en place de réseaux pluridisciplinaires de prise en charge n'ont pas présenté de réels progrès. Par ailleurs, la mission constate également une faible mobilisation concernant : la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique ; la lutte contre la dénutrition des personnes âgées ; les actions sur l'offre alimentaire ; la prise en compte des personnes défavorisées et l'aide alimentaire. En conclusion de son travail d'enquête, la mission explore la question de l'avenir du PNNS sous la forme de deux scénarii alternatifs autour desquels elle organise ses recommandations.

44274

RAPPORT

JOURDAIN MENNINGER (D.) , LECOQ (G.) , GUEDJ (J.), BOUTET (P.), DANIEL (J.B.), MATHIEU (G.)

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Conseil Général de l'Alimentation - de l'Agriculture et des Espaces Ruraux. (C.G.A.A.E.R.). Paris. FRA

Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010 - Annexes Tome II.

Paris : Igas : 2010/04 : 67p.

Cote Irdes : B6866

http://agriculture.gouv.fr/sections/publication/s/rapports/evaluation-du-programme/downloadFile/FichierAttache_2_f0/2010-057P%20tome%20II.pdf

Ce document présente les annexes du rapport sur l'évaluation du Programme national nutrition santé PNNS 2 (2006-2010). Sont présentés : Les moyens financiers du PNNS2 ; le logo PNNS ; les études en relation avec les thématiques du

PNNS ; des exemples d'actions régionales dans le domaine de la nutrition et de l'obésité ; l'état d'avancement des actions figurant dans le tableau de bord du PNNS2 et portant sur l'obésité ; les réseaux nationaux de collectivités locales actives dans le domaine de la nutrition, de l'environnement ou de la santé ; la sédentarité et l'activité physique ainsi que les questionnaire d'enquête auprès des Drass et des Draaf.

Politique d'ensemble

44588

RAPPORT
GERBER (S.L.), COOPER (C.L.), CIALDINI (R.) et al.
OULLIER (O.) / coord. , SAUNERON (S.) / coord.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Paris. FRA

Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences.

Paris : La documentation française ; Paris :
Cas : 2010/05 : 191p.
Cote Irdes : A4059
http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf

Les messages de prévention en matière de santé rencontrent aujourd'hui des limites. Qu'il s'agisse d'obésité ou de tabagisme, les campagnes destinées au grand public ont souvent permis d'éveiller les consciences mais elles peinent à modifier les comportements à risque. Or, certains problèmes prennent des proportions alarmantes. Face à une double contrainte sanitaire et budgétaire, les pouvoirs publics étudient désormais le potentiel des sciences comportementales et des neurosciences cognitives en matière de stratégies préventives. Les techniques récentes - imagerie cérébrale ou eye-tracking - permettent de mieux évaluer les réponses aux messages sanitaires : comprendre comment le cerveau réagit, par exemple, aux " images choc " sur les paquets de cigarettes. L'objet du rapport est alors d'estimer dans quelles mesures ces

méthodes permettent de mieux appréhender des logiques d'information ou d'action et d'optimiser les stratégies de santé publique, notamment en matière de lutte contre le tabagisme et contre l'obésité. Rassemblés ici, pour la première fois, de nombreux résultats expérimentaux offrent des perspectives innovantes, avec des applications simples et, pour la plupart, peu coûteuses (Résumé d'auteur).

43777

RAPPORT
OULLIER (O.), SAUNERON (S.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Paris. FRA

Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences.

Paris : CAS : 2010/03 : 156p.
Cote Irdes : B6850
http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/04_rap_p_preventionFinal.pdf

Réalisé en collaboration avec des chercheurs français et internationaux en marketing, neurosciences, psychologie et économie comportementale, ce rapport novateur révèle la nature des stratégies jugées les plus efficaces pour dissuader les comportements à risque. Il propose de nombreuses mesures simples, efficaces et à un coût raisonnable. Trois exemples, qui bénéficient à l'heure actuelle d'un grand intérêt sociétal, politique et médiatique, sont plus particulièrement développés : l'apport des sciences comportementales dans la lutte contre le tabagisme, les empoisonnements accidentels domestiques et l'obésité. Ce travail a logiquement vocation à enrichir la réflexion en vue de l'élaboration du troisième Plan national nutrition santé (PNNS), attendu pour succéder au PNNS 2 qui vient à son terme en 2010. En outre, l'examen de ce qu'il peut être attendu de la prévention est un prérequis nécessaire alors qu'une nouvelle loi quinquennale de santé publique doit être votée prochainement.

CMUC

44565

RAPPORT

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

Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Paris : Fonds CMU : 2010 : 82p., ann.

Cote Irdes : B6880

http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_2009.pdf

Ce rapport annuel dresse le profil des bénéficiaires de la CMUC-C au 31 décembre 2009. 4 173 817 personnes bénéficiaient de la CMU-C, un chiffre en légère baisse sur un an, mais qui risque de progresser en 2010 ; En effet, la crise économique amorcée fin 2008 ne produit pas encore ses effets, mais les amortisseurs sociaux liés au risque de perte d'emploi devraient arriver à leur terme courant 2010 pour bon nombre de personnes. Les dépenses de la CMU-C connaissent une évolution modérée. La dépense moyenne par bénéficiaire est ainsi évaluée en 2009 à environ 418 euros par la CNAMTS, soit une augmentation de 2,6 %. Un montant toutefois supérieur au forfait par bénéficiaire attribué aux gestionnaires des contrats (370 euros) qui supportent la différence. Le montant restant à la charge de la CNAMTS, qui gère environ 3 millions de bénéficiaires de CMU-C, s'élève ainsi à 144 millions d'euros. Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base a dépassé fin 2009 la barre des 2 millions de personnes, en hausse de 40 % sur un an. Un tiers des bénéficiaires du revenu de solidarité active socle ne ferait pas valoir ses droits à la CMU-C alors qu'ils peuvent y prétendre. Le rapport d'activité souligne par ailleurs la « lente montée en charge » de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), avec un nombre de bénéficiaires qui apparaît stable en 2009 par rapport à 2008 (600 336 personnes fin 2009). Le taux d'utilisation des attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie pour l'obten-

tion de l'ACS est très élevé et se situe autour de 80 %. Parmi ses bénéficiaires, 71 % ont fait valoir leurs droits auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans un Institut de prévoyance. Les contrats de complémentaire santé que souscrivent les bénéficiaires de l'ACS s'avèrent une nouvelle fois être de qualité limitée, de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. La charge des ménages pour financer annuellement la complémentaire santé reste conséquente et représente la moitié d'un mois de revenus. Les comptes du fonds CMU pour l'année 2009 présentent un résultat positif de 19 millions d'euros.

44640

RAPPORT

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

La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2008 et 2009.

Paris : Fonds Cmu : 2010/06 : 36p, tabl.

Cote Irdes : B6893

http://www.cmu.fr/userdocs/2214_Rapport_sur_la_depense_CMUC_2008_2009.pdf

Le Fonds CMU établit, comme chaque année, le coût unitaire de la CMU-C. Cette étude se base sur les données fournies par les organismes gestionnaires de la CMU-C, au titre du régime obligatoire de sécurité sociale (Cnamts, Rsi, Msa), ou au titre d'organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances). Ces données concernent les effectifs et la dépense. Le coût moyen a été établi à titre définitif pour 2008 et à titre provisoire pour 2009. Pour la Cnamts qui gère plus de 80 % des effectifs, le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 426,19 euros en 2009 en métropole. Il est de 405,05 euros pour la MSA, de 378,3 euros pour les organismes complémentaires et 314,92 euros pour le RSI. Le forfait de remboursement par bénéficiaire s'élevant à 370 euros en 2009.

Comptabilité publique

44572

RAPPORT
CHAMPSAUR (P.), COTIS (J.P.)
Présidence de la République. Paris. FRA

Rapport sur la situation des finances publiques.

Paris : Présidence de la République :
2010/04 : 59p., 4 ann
Cote Irdes : B6882
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000234/0000.pdf>

Par lettres de mission en date du 15 février 2010, le Président de la République a demandé à M. Paul Champsaur, président de l'Autorité de la statistique publique, et à M. Jean-Philippe Cotis, directeur général de l'Institut de la statistique et des études économiques (Insee), d'établir un diagnostic objectif et partagé de la situation des finances publiques de la France. Le présent rapport, qui porte sur les 30 dernières années et les 10 prochaines, s'efforce de contribuer à la réflexion collective sur l'avenir des finances publiques. La nécessité d'une bien meilleure maîtrise de la dépense, présente et à venir, y est mise en avant, qu'il s'agisse de l'État et, plus encore, des collectivités locales et des régimes sociaux, deux secteurs où la trajectoire de la dépense apparaît globalement insoutenable. La période qui s'ouvre appelle donc une réorientation, en profondeur, de la stratégie de la France, en matière de finances publiques. Il s'agit de conduire des politiques budgétaires qui contribuent à stabiliser la conjoncture économique tout en préservant les intérêts des générations futures. Pour illustrer l'importance des enjeux auxquels se trouve aujourd'hui confrontée la France, le rapport s'efforce d'éclairer les évolutions à venir à l'aide de scénarios macroéconomiques allant d'un retour complet à la normale à des pertes lourdes et durables d'activité. Dans tous les cas de figure, une refondation de la stratégie de finances publiques apparaît indispensable. A noter que ce rapport a servi à préparer la deuxième session de la conférence sur les déficits publics organisée le 20 mai 2010. Concomitamment, trois autres rapports ont été ren-

vus publics : un premier document sur la mise en place d'une règle d'équilibre des finances publiques, un deuxième proposant un diagnostic sur la maîtrise des dépenses locales, et enfin un troisième sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.

44924

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

Rapport sur la situation des finances sociales en vue de la tenue du débat d'orientation des finances publiques pour 2011.

Paris : Sénat : 2010/07 : 130p.
Cote Irdes : B6905
<http://www.senat.fr/rap/r09-615/r09-615.html>

Ce rapport, établi par le rapporteur général de la commission des affaires sociales pour la préparation du débat sur les orientations des finances publiques, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Les dernières prévisions publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale confirment qu'une reprise économique encore hypothétique ne permettra en aucun cas une résorption spontanée du déficit du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, qui devrait dépasser 30 milliards d'euros en 2010. Le rapport recense trois chantiers à réaliser avant la fin de l'année, pour l'avenir de la sécurité sociale : le traitement de la dette sociale ; la réforme des retraites ; un pilotage rénové et une maîtrise renforcée de la branche maladie, branche la plus gravement déficitaire au sein du régime général.

Comptes de la Sécurité sociale

44547

RAPPORT, INTERNET

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

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2009 - Prévisions 2010.

Paris : MSSPS : 2010/06 : 246p., tabl.,
graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.securite-
sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201006.pdf](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201006.pdf)

Ce rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale présente les comptes 2009 et les nouvelles prévisions pour 2010 du régime général. Pour 2009, le déficit du régime général s'établit à 20,3 milliards d'euros et celui du Fond de solidarité vieillesse, dont les charges explosent avec la crise, à 3,2 milliards. Le doublement des besoins de financement du régime général par rapport à 2008 est essentiellement lié à la récession qui a fortement affecté les recettes du régime. Les produits nets se sont contractés de 0,3 % en 2009, après avoir progressé de 4,1 % en 2008, pour une augmentation de 3,3 % des charges. Le recul de 1,3 % de la masse salariale du secteur privé a pesé fortement sur les cotisations sociales et la CSG. La situation financière du régime général s'améliore néanmoins de 3,1 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2010. Cette amélioration est liée pour une part non négligeable (1,4 milliard) à une meilleure tenue des recettes d'activité en fin d'année, en lien avec la reprise de l'économie française. Les dépenses ont été globalement maîtrisées avec un Ondam en hausse de 3,7 %, après 3,5 m% en 2008 et 4 % en 2007. Pour 2010, les comptes du régime général et du FSV montrent une amélioration certaine par rapport aux dernières prévisions, selon les dernières estimations de la commission. La meilleure tenue de la masse salariale du secteur privé en 2010 (+ 0,3 % au lieu de - 0,4 % prévu initialement), doit apporter un surcroît de recettes au régime général de plus de 3 milliards. Les

produits du régime général progresseraient de + 1,7 % pour une augmentation de 3,7 % des charges. Le déficit du régime général s'établirait ainsi à 26,8 milliards (contre 30,5 dans la LFSS) et celui du Fond de solidarité vieillesse à 4,5 milliards (contre 4,3). Le besoin de financement de la branche maladie est le plus spectaculaire avec plus de 13 milliards. A la veille d'une réforme des retraites qui pèsera lourdement sur les assurés, le gouvernement n'annonce aucune mesure d'envergure pour le réduire, à l'exception des 600 millions d'euros d'économies supplémentaires pour tenir l'Ondam. Sous réserve d'une mise en œuvre sans délai, ces mesures pourraient compenser le risque de dépassement. De nombreuses fiches-éclairage accompagnent ce rapport, relatives à la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires en Europe, les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire, aux âges légaux de départ à la retraite et de cessation d'activité à l'international.

44647

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - Exercice 2009.

Paris : Cour des Comptes ; Paris : La Do-
cumentation française : 2010/06 : 173 p.

Cote Irdes : B6892

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.
fr/BRP/104000326/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000326/0000.pdf)

La Cour des comptes publie le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2009. Elle accomplit ainsi pour la quatrième fois la mission qui lui a été confiée par la loi organique du 2 août 2005 sur les lois de financement de la sécurité sociale. La Cour doit prendre position sur neuf comptes : les cinq comptes combinés des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, famille et retraite du régime général ainsi que de l'activité du recouvrement ; les quatre comptes des caisses et agence nationales concernées (Cnamts, Cnaf, Cnavts, Acoff). Depuis 2006, la Cour a souhaité adopter une démarche constructive d'accompagnement des efforts des branches.

Elle souligne leur mobilisation dans une dynamique de progrès qui doit conduire progressivement à une certification sans réserve. Les comptes de l'exercice 2009 audités par la Cour font l'objet d'une certification avec réserves, sauf les comptes de la branche Retraite et de la Cnavts, qu'elle n'a pas été en mesure de certifier.

45046

RAPPORT, INTERNET
Cour des Comptes. Paris. FRA

La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement.

Paris : Cour des Comptes : 2010/10 : 522p. tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RE_LFSS/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010.pdf

Dans son traditionnel rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, la Cour des comptes appelle le gouvernement à accélérer le mouvement de redressement des comptes de la Sécurité sociale. De 2008 à 2010, le déficit de l'ensemble des régimes a triplé, atteignant une trentaine de milliards d'euros. Bien que la crise économique explique en partie ce passif historique, les dépenses continuent de progresser rapidement. Dans ce contexte, les magistrats de la Cour préconisent une réduction de 15 milliards d'euros au sein des niches sociales qui minorent les cotisations sociales, la CSG et la CRDS. 178 niches sociales sont recensées, dont le coût pour les organismes de protection sociale s'élève à 66,7 milliards d'euros. Ces niches se révèlent être une piste d'économies d'autant plus fructueuse que le manque à gagner pour le budget de la Sécurité sociale avait été jusqu'à présent sérieusement sous-évalué - le gouvernement ayant chiffré le coût total de ces niches sociales à 42 milliards d'euros.

Coûts de la maladie

44958

OUVRAGE, INTERNET
American Cancer Society. New York. USA

The global Economic cost of cancer report.

Rapport sur le coût économique global du cancer.

New York: American Cancer Society :

2010 : 10p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf>

This report, authored by American Cancer Society researchers is a first-of-its-kind study on the economic cost of all causes of death globally, including cancer and other noncommunicable diseases and communicable diseases. It shows that cancer has the greatest economic impact from premature death and disease of all causes of death worldwide. This data provides compelling evidence that's balancing the world's global health agenda to address cancer will not only saves millions of lives but also millions of dollars.

Dépenses de santé

43750

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ALBOUY (V.), DAVEZIES (L.), DEBRAND (T.)

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

Health expenditure models : a comparison of five specifications using panel data.

Les modèles de dépenses de santé : une comparaison de cinq spécifications sur données de panel.

Document de travail Insee ; G 2010/02

Paris : Insee : 2010/02 : 26p.

Cote Irdes : En ligne, R1785

http://www.insee.fr/en/publications-et-services/docs_doc_travail/G2010-02.pdf

Dans ce travail, nous comparons cinq modélisations du logarithme de la dépense de soins ambulatoires. L'estimation de ces différents modèles repose sur des données de panel. Le premier groupe adopte une approche transversale avec, d'une part, un modèle de sélection en coupe et d'autre part un « two part model » - qui se révèle inapproprié lorsqu'on dispose de données de panel. Le second groupe est constitué de modèles de sélection longitudinaux : le premier d'entre eux n'intègre pas de variable de dépense retardée dans les explicatives à les différences des deux autres. Les deux derniers se distinguent par leur hypothèse sur la variance des résidus. La modélisation de l'hétéroscédasticité peut en effet avoir une importance cruciale pour réduire les biais dus au problème de retransformation. Nous montrons que les variables dépendantes retardées sont d'importants facteurs d'hétéroscédasticité. Pour les modèles avec dépendance d'état, nous proposons une nouvelle solution pour traiter du problème des conditions initiales en utilisant des résidus généralisés. Nous établissons que les modèles en panel améliorent fortement la modélisation de la corrélation des variables dépendantes dans la dimension temporelle sans pour autant dégrader l'ajustement en coupe. Pour tous les indicateurs d'ajustement considérés, le modèle intégrant dépendance d'état et hétéroscédasticité semble dominer les autres (Résumé d'auteur).

43830

CHAPITRE
DORMONT (B.)
ASKENAZY (P.) / dir., COHEN (D.) / dir.

Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?

16 nouvelles questions d'économie contemporaine.

Paris : Albin Michel : 2010 : 387-444
Cote Irdes : A4033
<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

Cette étude analyse les facteurs d'évolution des dépenses de santé depuis les années

cinquante, pour la France et l'ensemble des pays industrialisés. Elle insiste plus particulièrement sur les facteurs «âge», proximité de la mort et diffusion des innovations médicales.

44552

RAPPORT
BRIET (R.)
Groupe de Travail sur le Pilotage des Dépenses d'Assurance Maladie. Paris. FRA

Le pilotage des dépenses d'assurance-maladie.

Paris : La documentation française :
2010/04 : 72p.
Cote Irdes : B6877
http://www.apmnews.com/documents/Rapport_Briet_20052010.pdf

Ce rapport réalisé sous la direction de Raoul Briet rassemble les propositions du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Le rôle du comité d'alerte sera étendu. Il se prononcera désormais au préalable sur la construction de l'Ondam et assurera un rôle de veille en continu. Un premier avis sur l'exécution de l'Ondam de l'année précédente sera remis dès le 15 avril aux ministres. Le seuil de l'alerte, fixé aujourd'hui à 0,75 m% de l'Ondam, sera progressivement abaissé à 0,5 m% d'ici 2012-13. Un comité de pilotage réunissant l'ensemble des directeurs concernés, qui sera régulièrement coprésidé par les ministres chargés de la santé et des comptes, va être mis en place. Les commissions des affaires sociales des deux assemblées seront informées de ses travaux après chaque réunion coprésidée par les ministres. La qualité du suivi statistique et comptable de l'Ondam sera renforcée afin de donner au comité de pilotage la possibilité de réagir dans les meilleurs délais face au risque de dépassement. La mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles votées dans l'Ondam sera conditionnée au respect de cet objectif et une fraction des dotations sera mise en réserve, d'une manière qui répartisse équitablement l'effort entre les différents secteurs du système de santé. Il est prévu ainsi qu'une fraction des dotations sera mise en réserve en début d'année et sera déléguée au fur et à mesure de la bonne exécution de l'On-

dam. Pour dégager des économies tout en maintenant une qualité de soins élevée, le président de la République compte sur plusieurs leviers nouveaux, comme les agences régionales de santé, qui vont permettre d'améliorer le lien entre ville, hôpital et médico-social, et les 150 projets de performance des hôpitaux. Si le gouvernement vise 2,2 milliards d'économies cette année dans l'assurance maladie avec un Ondam à 3 %, l'objectif de 2,9 % en 2011 implique, compte tenu de la croissance spontanée du secteur de la santé, des mesures d'économies de près de 3 milliards l'an prochain. L'objectif sera d'autant plus difficile à tenir que le tarif des généralistes doit être revalorisé en janvier.

45006

RAPPORT, IRDES
PRZYWARA (B.)

Commission Européenne. (C.E.). Direction des Affaires Economiques et Financières. Bruxelles. BEL, European Commission. Directorate-General For Economic and Financial Affairs. Brussels. BEL

Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results.

Projections des futures dépenses de santé au niveau européen : facteurs, méthodologie et principaux résultats.

Bruxelles : Communauté Européenne : 2010/07 : 83p., tabl., graph., annexes
Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/economy_finance/publication/economic_paper/2010/pdf/ecp417_en.pdf

Predicting the future evolution of health care expenditure is one of crucial challenges facing the European Union and its Member States in the context of the demographic and social changes taking currently place in Europe. To correctly assess the risk of rising health care spending over the next couple of decades and establish adequate policy responses to the challenges, it is essential to devise a reliable method to estimate future health care expenditure. However, the complexity of the systems and multiplicity of factors affecting both total and public spending make this a highly complicated task, where results will always be surrounded by considerable uncertainties. To

tackle this issue a major project was undertaken by the European Commission and Economic Policy Committee which aimed at projecting future public health care expenditure in twenty seven Member States of the European Union and Norway over the period 2007-2060. A unique internationally comparable database has been established and a model built allowing to project health care spending in a common, coherent framework of macroeconomic variables and a set of projections covering a number of other age-related items of public social expenditure. The model incorporates the most recent developments in demography and epidemiology and draws on new insights from health economics, allowing the comparison of the risks and challenges facing both individual countries' health care systems and European society in its entirety. This paper provides a comprehensive overview of the theoretical background, practical aspects of projecting health care expenditure and the actual results of the projections undertaken in the context of long-term budgetary projections.

Dépenses pharmaceutiques

44499

NOTE, INTERNET

BARNAY (T.), THIEBAUT (S.), VENTELOU (B.)

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

Simuler les dépenses de médicaments remboursables en ville à l'horizon 2029 : impact du vieillissement et de la morbidité.

Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services : 2010 : 2p., tabl., graph., index
Cote Irdes : En ligne

www.leem.org/leem-image/leem/document/1474.pdf

Au moment où la France s'engage dans un débat important sur le financement des retraites, le Leem a mesuré l'effet du vieillissement de la population française sur les dépenses de médicaments à l'échelle d'une génération. Ainsi d'ici 2029, les dépenses de médicaments remboursables vendus en pharmacie devraient accuser une hausse

comprise entre 7,5 et 12,5 milliards d'euros par rapport à 2004. Les Entreprises du Médicament ont confié la réalisation d'une étude prospective au Collège des Economistes de la Santé (CES). Celui-ci a mis en place une méthode inédite avec le concours de l'Inserm pour estimer le niveau de croissance des dépenses annuelles de médicaments remboursables, vendus en officine, entre 2004 et 2029. D'ici 2029, quelles que soient les hypothèses de vieillissement, l'allongement de la durée de vie représentera un coût pour l'assurance maladie similaire à l'évolution de la production des richesses du pays, hors période de crise majeure. Si l'allongement de la durée de vie pose un problème pour le financement des retraites, l'étude montre clairement qu'elle n'en pose pas en matière de dépenses de médicaments. Dans un premier scénario, qui prend en compte uniquement les évolutions démographiques, le vieillissement de la population se traduira par un surcroît de dépenses de médicaments de près de 9,8 milliards d'euros en 2029 par rapport à 2004, soit une croissance moyenne annuelle de 1,44 %. Dans un scénario de « vieillissement en bonne santé » (même âge de décès, mais maladie plus tardive), ce surcroît de dépenses atteint 7,5 milliards d'euros, soit une croissance de 1,14 %. Enfin, dans un scénario de « vieillissement en bonne santé et de progrès médical » (la maladie et le décès surviennent plus tard), le surcroît de dépenses atteint 12,5 milliards d'euros, soit une croissance moyenne annuelle de 1,77 %. Cependant, les auteurs de l'étude précisent que d'autres facteurs peuvent jouer : virage thérapeutique vers le médicament (substitution à la chirurgie ou à d'autres actions thérapeutiques, innovations dans les molécules disponibles) ; modification des prix relatifs ; intensification de la demande de santé (raisons culturelles). Les comportements de recours aux soins seront aussi dictés par les niveaux de remboursements des médicaments et par la part prise en charge par les assurances complémentaires santé. Les données proviennent de l'EPAS (Echantillon Permanent des Assurés Sociaux) de la Cnamts et de l'enquête ESPS 2004 de l'Irdes (Enquête Santé Soins Protection Sociale).

Financement des retraites

44574

RAPPORT

ROBINET (A.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA

Le financement des retraites dans les Etats européens.

Paris : Assemblée Nationale : 2010/06 : 87p.

Cote Irdes : B6884

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2570.pdf>

Ce rapport sur le financement des retraites dans les Etats européens propose, plutôt qu'une compilation de données par pays, une présentation très synthétique des différents systèmes en vigueur dans l'Union européenne et des réformes qu'ils connaissent, complétée par une étude plus détaillée consacrée à trois États (Allemagne, Pays-Bas, Finlande) qui ont fait l'objet d'auditions spécifiques ou de déplacement de la mission.

Financement des soins

44562

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

DEBRAND (T.), SORASITH (C.)

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

Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle ARAMMIS.

Document de travail Irdes ; 32

Paris : Irdes : 2010/06 : 31p.

Cote Irdes : DT32

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT32BouclierSanitaireAnalyseModeleArammis.pdf>

Cette étude cherche à mesurer, à l'aide du modèle d'Analyse des réformes de l'Assurance maladie par micro-simulation statique (ARAMMIS), les effets de la mise en place d'un bouclier sanitaire financé par la suppression du régime des affections de

longue durée (ALD). Elle repose sur la comparaison des conséquences redistributives de différentes règles de boucliers sur les restes à charge des patients dans le secteur ambulatoire en France. Elle souligne l'importance particulière des indicateurs permettant de mettre en évidence les modifications des restes à charge et de mesurer l'évolution du système en termes d'équité. Elle présente, dans une première partie, le cadre général du système de santé en France pour mieux comprendre le contexte et les enjeux d'une refonte du mode de remboursement lié à l'Assurance maladie obligatoire. Dans une deuxième partie, elle décrit les hypothèses retenues, la base de données et le modèle de micro-simulation. Enfin, la dernière partie est consacrée à la présentation des principaux résultats mesurant l'impact de la réforme tant au niveau des individus qu'au niveau du système.

Maîtrise des dépenses

44829

RAPPORT, INTERNET

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

Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011.

Paris : Cnamts : 2010 : 66p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.fehap.fr/DATA/12_7_2010_15_4_5_28_AM.pdf

Ce document interne de la Caisse nationale de l'assurance maladie présente une liste de mesures, dans laquelle le gouvernement sera libre de choisir pour la construction du PLFSS 2011. Sont notamment au programme : le remboursement des soins au juste prix ; l'introduction d'un Capi pour les hôpitaux ; l'accélération de la convergence tarifaire entre établissements publics et privés ; la réduction des écarts de pratiques entre professionnels de santé ainsi que divers Sros ambulatoires (développement de la chirurgie ambulatoire ou de la chimiothérapie à domicile...).

Recours aux soins

43779

DOCUMENT DE TRAVAIL

LUSARDI (A.), SCHNEIDER (D.J.), TUFANO (P.)

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

The economic crisis and medical care usage

Crise économique et recours aux soins médicaux.

NBER Working Paper Series ; n° 15843
Cambridge : NBER : 2010/03 : 24p., tabl.
Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15843>

We use a unique, nationally representative cross-national dataset to document the reduction in individuals' usage of routine non-emergency medical care in the midst of the economic crisis. A substantially larger fraction of Americans have reduced medical care than have individuals in Great Britain, Canada, France, and Germany, all countries with universal health care systems. At the national level, reductions in medical care are related to the degree to which individuals must pay for it, and within countries are strongly associated with exogenous shocks to wealth and employment.

Risques professionnels

44831

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport de gestion 2009 de l'Assurance maladie - Risques professionnels.

Paris : CNAMTS : 2010 : 83p. tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Rapport_de_gestion Branche ATMP 2009.pdf

Ce document est la deuxième livraison du rapport de gestion annuel de la branche AT-

MP conformément aux engagements pris dans la COG 2009-2012. Avec un résultat négatif d'environ 710 millions d'euros, l'année 2009 prolonge la tendance de diminution des fonds propres de la branche amorcée depuis une décennie, et seulement interrompue en 2006 par un ajustement des taux de cotisation. Les transferts ne sont pas seuls en cause car l'année 2009 se distingue des précédentes par un recul de l'activité d'environ 2 % attesté par le nombre de salariés pris en compte et par le montant des cotisations encaissées. Cette deuxième livraison du rapport de gestion a été enrichie. Le chapitre dédié aux finances de la branche met l'accent sur les questions du contentieux, du compte spécial et des ristournes et cotisations supplémentaires. Une partie est dédiée aux contrats de prévention et aux nouvelles aides financières simplifiées, qui dès cette première année, atteignent 7 % du montant des contrats de prévention. Le recul de l'activité se traduit par une diminution de la sinistralité de -7.5 m% de plus grande ampleur que la diminution du nombre de salariés, ce qui permet d'atteindre, pour la seconde année consécutive, un nouveau minimum historique de la fréquence des accidents du travail. Il n'en est pas de même pour les accidents de trajet et les maladies professionnelles. Les taux de reconnaissance des AT et MP sont stables comme le nombre des rentes. Le rapport propose également différents focus sur le risque routier, des éclairages sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), sur les cancers d'origine professionnelle et sur le système de reconnaissance complémentaire géré par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (Crrmp).

Théorie

44682

OUVRAGE
FOLLAND (S.), GOODMAN (A.C.),
STANO (M.)

The Economics of Health and Health Care.

L'économie de la santé et des soins médicaux.

Boston : Prentice Hall : 2010 : 22p-601p.,
tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4070
http://www.amazon.fr/Economics-Health-Care/dp/0136080308/ref=sr_1_11?ie=UTF8&s=english-books&qid=1278680235&sr=1-11

This clear, step-by-step best-selling introduction to the economics of health and health care thoroughly develops and explains economic ideas and models to reflect the full spectrum of the most current health economics literature. This book uses core economic themes as basic as supply and demand, as venerable as technology or labor issues, and as modern as the economics of information. Chapter topics include health care, health capital, information, health insurance markets, managed care, nonprofit firms, hospitals, physicians and labor, the pharmaceutical industry, government intervention and regulation, and epidemiology and economics. Useful as a reference work for health service researchers, government specialists, and physicians and others in the health care field (4^e de couverture).

ÉTAT DE SANTÉ

Alcoolisme

44661

FASCICULE

Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.). Paris. FRA

Mémento alcool : Édition 2010.

Paris : Ireb : 2010 : 15p., fig.

Cote Irdes : A4081

http://www.ireb.com/sites/default/files/memento/Memento%202010_0.pdf

Le Mémento de l'Ireb vise à réunir les principales données récentes et disponibles sur l'alcool, principalement en France. Il ne prétend pas être exhaustif mais propose une synthèse actualisée. Cette seconde édition du Mémento présente, chaque fois que cela est possible, les données qui ont été mises à jour depuis 2008. Cette nouvelle édition du Mémento alcool propose sept chapitres et une vingtaine de graphiques et tableaux

sur la consommation globale, les usages par sexe et par âge, l'évolution des usages à risques, les consommations des jeunes, la sécurité routière, des comparaisons européennes ainsi que des données sur les connaissances et comportements des Français vis-à-vis de l'alcool. Plusieurs études ont permis de mettre à jour cette édition 2010, notamment l'évolution des modes de consommation mesurée lors de l'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) réalisée tous les deux ans par l'Irdes (Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé), ainsi que les dernières enquêtes réalisées auprès des jeunes (Ireb 2007, Espad 2007, Escapad 2008).

Cancer

44107

RAPPORT, INTERNET
MAZEAU-WOYNAR (V.), CERF (N.)
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA

Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux

Boulogne-Billancourt : INCa : 2010/04 :
55p., tabl., fig.
Cote Irdes : B6855

Ce rapport présente un état des lieux sur la survie attendue des adultes atteints de cancer pour les 25 localisations cancéreuses les plus fréquentes en France à partir de données publiées de survie. Il propose notamment d'estimer le nombre annuel de patients pouvant guérir de leur cancer à partir de l'incidence des cancers estimée en France en 2005 (soit 319 380 cas) et d'une probabilité minimale de guérison cancer par cancer. Ce rapport met en évidence le fait qu'il n'y a pas un, mais des cancers avec des évolutions différentes. Certains cancers de plus en plus nombreux guérissent ; certains conservent un pronostic sombre ; d'autres enfin évoluent à long terme tels des maladies chroniques. L'estimation du nombre de personnes qui vivent après un cancer est une donnée importante pour mobiliser concrètement tous les acteurs de l'après cancer. Le rapport donne une vision de la situation au moment de l'initiation du Plan cancer 2009-2013. Cet état des lieux

renseigne sur la survie des adultes atteints de cancer à partir de données publiées en France et au niveau international. Il propose, pour chaque type de cancer, d'estimer le nombre de patients guéris et ce, à partir du nombre de nouveaux cas et de leur probabilité de guérison. Ainsi, il ne s'agit pas de données nouvelles, mais d'une nouvelle façon de les analyser.

Données d'ensemble

43656

OUVRAGE, INTERNET
MLADOVSKY (P.), ALLIN (S.), MASSERIA (C.), HERNANDEZ-QUEVEDO (C.), McDAID (D.), MOSSIALOS (E.)
European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Health in the European Union: trends and analysis

La santé dans l'Union européenne : tendances et analyses

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 164p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf

This book discusses and analyses the relationship between living conditions, socioeconomic factors and health with the objective of framing a debate and policy action to create a healthier and fairer society across Europe. This study will serve to stimulate focused discussion by offering an essential overview of key issues affecting European nations and the health and well-being of their peoples.

44162

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

Statistiques sanitaires mondiales 2010.

Statistiques sanitaires mondiales.

Genève : OMS : 2010 : 177p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WH_S10_Full.pdf

Ce rapport constitue une compilation annuelle élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des données liées à la santé fournies par ses 193 États Membres et un résumé des progrès accomplis vers les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé et les cibles associées. Pris dans leur ensemble, les indicateurs fournissent un résumé complet de l'état actuel de la santé et des systèmes de santé dans les pays, dans les neuf domaines suivants : mortalité et charge de morbidité ; mortalité et morbidité par causes spécifiques ; maladies infectieuses sélectionnées ; couverture par les services de santé ; facteurs de risque ; personnel de santé, infrastructures et médicaments essentiels ; dépenses de santé ; iniquités en matière de santé ; et statistiques démographiques et socio-économiques.

44880

RAPPORT
DANET (S.) / dir., HAURY (S.) / dir.
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des
Etudes et de l'Evaluation des Statistiques).
Paris. FRA

**L'état de santé de la population en
France : rapport 2009-2010.**

Paris : DREES : 2010 : 254p., tabl., graph.,
carte

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>

Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus

récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 74 objectifs spécifiques. Pour cette édition, l'ouvrage s'est enrichi de deux dossiers thématiques sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et la santé des jeunes, permettant de compléter ce panorama et d'éclairer la décision publique en matière de prévention et de promotion de la santé. Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine selon les sources disponibles) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient.

Drogues

44477

OUVRAGE
COSTES (J.M.)/ dir.
Observatoire Français des Drogues et des
Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA

**Les usages de drogues illicites en
France depuis 1999 : vus au travers du
dispositif TREND.**

Paris : OFDT : 2010 : 192p., pdf, fig., tabl.,
ann.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epf_xjqc2.pdf

A partir des données du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) mis en place en 1999 à l'OFDT, cet ouvrage fait le point sur les principales transformations du paysage des drogues illicites en France sur une dizaine d'années et décrit les différentes évolutions concernant les produits, les modalités d'usage et les populations concernées. Six grands thèmes transversaux majeurs, touchant à la place des produits et aux populations, ont été identifiés : les conséquences de la mise en place des traitements de substitution, les nouveaux visages de la marginalité dans l'espace urbain, la diffusion de la consommation de cocaïne, l'usage régulier de can-

nabis, les évolutions des consommations au sein de la scène techno, et les transformations du trafic d'héroïne et de cocaïne. En complément, six sujets, d'une portée moins générale mais justifiant un éclairage spécifique, ont été traités : les problèmes sanitaires marquants associés à l'usage de drogues, la spécificité des usages aux Antilles et en Guyane, le désengouement pour l'ecstasy, l'émergence du milieu festif gay, les phantasmes liés aux drogues à travers le cas de la méthamphétamine et l'analyse des consommations transfrontalières.

Santé des femmes

44909

OUVRAGE

ALLONIER (C.), DOURGNON (P.),
SERMET (C.), ROCHEREAU (T.) et al. ,
BOUVIER-COLLE (M.H.), COLLET (M.),
BAJOS (N.), CAVALIN (C.)
DANET (S.) / Dir., OLIER (L.) / Dir., MOISY
(M.) / coord.

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

La santé des femmes en France. Edition mise à jour.

Paris : DREES : 2010/03 : 285p.

Cote Irdes : C, B6903

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santefemmes/santefemmes.htm>

À partir de fiches thématiques conjuguant les approches par pathologie et par population, ce recueil dresse un tableau précis de la santé des femmes, en France, en 2008 : données de cadrage, santé sexuelle et reproductive, périnatalité, maladies infectieuses, maladies chroniques et vieillissement, cancers, addictions et toxicomanie, santé mentale, accidents et traumatismes, santé et travail, santé et précarité. Un éclairage particulier est porté sur trois problématiques au cœur des préoccupations actuelles de santé publique : la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les violences subies par les femmes. Au-delà des constats, ce recueil statistique sur l'ensemble des données disponibles dans le champ sanitaire et social se veut aussi un outil d'aide à la décision. Statisticiens, épidémiologistes, médecins, démographes et

sociologues... ont apporté leur contribution à cette étude de référence.

Santé des jeunes

44037

CONGRES

OLIER (L.), MOISY (M.), BECK (F.),
BROCAS (A.M.)

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des
Etudes et de l'Evaluation des Statistiques).
Paris. FRA, Institut National de Prévention
et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.).
Saint-Denis. FRA, Institut de Veille Sanitaire.
(I.n.V.s.). Saint Maurice. FRA, Observatoire
Français des Drogues et des Toxicomanies.
(O.F.D.T.). Paris. FRA

Santé des jeunes.

Conférence biennale sur la santé des
jeunes.

Paris : D.R.E.E.S : 2009/10/21 : 36p.

Cote Irdes : C, En ligne

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

Si, en France, la majorité des jeunes est en bonne santé, certains souffrent malgré tout d'affections ou de troubles susceptibles d'altérer plus ou moins gravement leur santé. Enjeu prioritaire de la politique en faveur des jeunes, ces problématiques exigent une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, sociale et familiale. Elles nécessitent aussi une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs pour des actions adaptées et coordonnées, facteur d'insertion autant que de bien-être. Cette première édition de la conférence biennale, inscrite dans le plan santé des jeunes, s'adresse aux acteurs de terrain, aux institutionnels et aux représentants des jeunes eux-mêmes. Elle est l'occasion de présenter une synthèse des données relatives à la santé des jeunes et de permettre de fructueux échanges d'expériences.

Santé mentale

44115

RAPPORT

KOVES-MASFETY (V.) / pres.
BOISSON (M.) / coord., GODOT (C.) / coord.,
SAUNERON (S.) / coord.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA

***La santé mentale, l'affaire de tous.
Pour une approche cohérente de la
qualité de vie.***

Paris : CAS : 2010/03 : 272p.

Cote Irdes : A4058

[http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPP
ORT_Sante_mentale_version_18nov09valid
dqs2.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPP
ORT_Sante_mentale_version_18nov09valid
dqs2.pdf)

Sur le thème de «la santé mentale" et dans la continuité du rapport Stiglitz, ce rapport examine les conséquences des nouvelles approches de la mesure du PIB et du bien-être dans le domaine des politiques sociales. Les suicides au travail représentent l'une des formes les plus visibles de tout un ensemble de pathologies de la modernité. : stress, addiction, dépression... La santé mentale ne concerne pas seulement le traitement des pathologies lourdes. Elle touche l'ensemble des facteurs qui conditionnent le bien être. Au-delà d'un examen détaillé de la santé mentale des Français, ce travail s'attache à tirer les enseignements des pays étrangers en avance dans la mise en œuvre de programme de prévention. Mais il montre également que de nombreuses politiques publiques en France tendent à prendre en compte de mieux en mieux cette dimension structurante des personnes.

44619

OUVRAGE, CONGRES
GIORDANA (J.Y.)
ANGERMEYER (M.) / préf.

***La stigmatisation en psychiatrie et en
santé mentale.***

Paris : Masson : 2010 : 241p., tabl.

Cote Irdes : A4066

[http://www.vigotmaloine.com/web/librairie/fic
he.php?id=32230&PHPSESSID=3f2d8ca63
b0378ae4889d8b5fe259632](http://www.vigotmaloine.com/web/librairie/fic
he.php?id=32230&PHPSESSID=3f2d8ca63
b0378ae4889d8b5fe259632)

La stigmatisation dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale repose, à la fois, sur la méconnaissance, l'ignorance des principaux aspects des maladies psychiques et sur une forme de construction sociale au sujet des troubles psychiques qui prend appui sur l'identification, chez une personne, d'une marque distinctive à laquelle est attribué un caractère socialement honteux, en même temps qu'elle confère à la personne une identité sociale. Des croyances d'ordre culturel, dont les médias font écho, génèrent la peur de ces maladies pour le groupe social avec, en corollaire, un fort sentiment de dévalorisation pour ceux qui en sont atteints. Ils peuvent devenir la cible d'attitudes négatives, les préjugés à l'encontre des malades psychiques faisant référence à des notions de violence, de dangerosité, d'inadaptation, d'incurabilité, d'absence de motivation, voire de paresse. La stigmatisation peut engendrer la discrimination et le déni des droits légitimes, et constitue un obstacle majeur à leur réinsertion et à leur accès aux soins. Ainsi se perpétue un cercle vicieux qui alimente la souffrance et isole davantage les personnes malades, sans parler des effets délétères sur les relations familiales et sociales, sur l'emploi, le logement, l'insertion sociale, l'estime de soi, la confiance en soi. Comment faire évoluer la perception du grand public ? Des actions d'information, de sensibilisation et d'éducation doivent être renouvelées auprès des élus, des décideurs, des prestataires de service, sans oublier les médias, qui ont un grand pouvoir de renforcer ou de minimiser le phénomène d'exclusion. Cette lutte doit adopter des approches multisectorielles en y associant le monde scolaire, le système pénal ou juridique, le pôle emploi, les services de logement ou encore l'aide sociale afin d'améliorer l'humanité des rapports avec les usagers des services de santé mentale et renforcer la protection de leurs droits fondamentaux.

Tabagisme

44160

RAPPORT, INTERNET
LAUZEILLE (D.), MARCHAND (J.L.),
FERRAND (M.)
Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.s.). Saint
Maurice. FRA

Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité. Outil méthodologique pour l'épidémiologie.

Saint Maurice : I.V.S. : 2010 : 52p., fig.,
tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne
[http://www.invs.sante.fr/publications/2010/
conso_tabac/rapport_conso_tabac.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/conso_tabac/rapport_conso_tabac.pdf)

Les disparités sociales de consommation de tabac sont décrites depuis longtemps en France, mais il n'existait à ce jour aucune information sur les disparités professionnelles de tabagisme. Ce rapport présente une description de la consommation de tabac dans la population française, selon les professions et secteurs d'activité. Ces informations sont utiles pour les épidémiologistes qui s'intéressent aux liens entre le travail et le risque de développer une pathologie, quand celle-ci peut être liée au tabac. Elles permettent de prendre en compte l'effet du tabac dans l'interprétation de différences de morbidité ou mortalité observées par profession et ainsi mieux apprécier le rôle propre des facteurs professionnels. Des estimations de prévalence et quantités consommées ont donc été réalisées par le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en s'appuyant sur les données de l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ce rapport présente ainsi, séparément chez les hommes et les femmes, des proportions de fumeurs réguliers, occasionnels et ex-fumeurs, ainsi que des moyennes de consommation quotidienne et vie entière, par profession et secteur d'activité. De plus, deux exemples d'utilisations possibles de ces données sont présentés. La première est le calcul d'indices de disparités d'incidence ou de mortalité par pathologies attendues du fait des disparités de préva-

lence de tabagisme, par profession ou secteurs d'activité dans la population. La deuxième est un exemple concret d'aide à l'interprétation des résultats d'une étude qui analyse la mortalité et les causes de décès par secteurs d'activité en France (étude Cosmop). Il est prévu de reproduire ce type de description pour d'autres périodes afin de prendre en compte l'évolution de ces données (Résumé de l'éditeur).

Travail et santé

42747

RAPPORT
MARTINEZ (R.)
Ministère du Budget, des Comptes Publics,
de la Fonction Publique et de la Réforme de
l'Etat. (M.B.F.P.). Direction Générale de
l'Administration et de la Fonction Publique.
(D.G.A.F.P.). Paris. FRA

Les accidents de travail et les maladies professionnelles des agents de l'Etat en 2005 : résultats.

Série RésulStats
Paris : D.G.A.F.P : 2009/04 : 99p., tabl.,
ann.
Cote Irdes : C, B6798
[http://www.fonction-
publique.gouv.fr/IMG/resulstats_accidents_m
aladies_prof_2005.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/IMG/resulstats_accidents_maladies_prof_2005.pdf)

La Direction générale de l'administration et de la fonction publique réalise une enquête statistique sur les accidents du travail et de trajet et les maladies professionnelles dans la fonction publique de l'État. Ce « RésulStats » présente les résultats pour l'année 2005. Dans un premier temps, les résultats de synthèse permettent d'analyser l'évolution du nombre d'accidents, celle du nombre de jours d'arrêt et des ratios associés, dans les ministères et certains de leurs établissements publics sous tutelle. Des comparaisons sont également établies avec le secteur marchand. Les principales maladies professionnelles sont ensuite recensées, ainsi que les jours d'arrêt qu'elles ont occasionnés. Les résultats détaillés de l'enquête 2005 sont présentés en deuxième partie. Les accidents sont répartis selon les facteurs de risque, le mois et le jour de survenue de l'accident. Puis sont analysées par ministère les principales caractéris-

tiques des personnes ayant eu un accident : âge, sexe, activité principale des agents, ancienneté dans le poste de travail, nature et siège des lésions. Les dix principales maladies professionnelles sont étudiées par administration.

44281

RAPPORT
DELLACHERIE (C.), FRIMAT (P.),
LECLERCQ (G.)
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la
Fonction Publique. (M.T.S.F.P.). Paris.
FRA, Ministère de l'Enseignement Supé-
rieur et de la Recherche. (M.E.S.R.). Paris.
FRA, Ministère chargé de la Santé.
(M.S.S.P.S.). Paris. FRA

***La santé au travail. Vision nouvelle et
professions d'avenir - Propositions
pour des formations et un réseau de
recherche en phase avec les missions.***

Paris : Ministère du travail : 2010/04 : 96p.
Cote Irdes : B6867
[http://www.travail-
solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-
Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf)

Dans un contexte de crise démographique touchant les services de santé au travail, les Ministres du travail, de la santé et de la recherche ont confié une mission de réflexion sur la formation des professionnels de la santé au travail et l'attractivité de ces métiers à 3 personnalités qualifiées. Le rapport comporte une quarantaine de propositions qui sont axées sur huit préoccupations principales des auteurs : le développement d'une approche intégrée interdisciplinaire pour favoriser par la suite un travail d'équipe de santé au travail ; le besoin d'ouvrir des perspectives et passerelles de carrière aux médecins souhaitant se reconverter vers la santé au travail ; la reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires pour redynamiser la recherche compte tenu des perspectives démographiques défavorables en matière d'enseignement ; le développement de formations initiales des professionnels de santé adaptées aux nouvelles missions marquées par le développement de la pluridisciplinarité ; la nécessité de valoriser la médecine du travail en tant que discipline médicale ; la nécessité de mieux valoriser l'action des services de santé au travail ; la

nécessité de faire évoluer les mentalités sur la corrélation santé au travail et performance de l'entreprise ; la mise en tension des acteurs pour le développement de dynamiques locales.

44507

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
ILIAS (L.), ALEXANDOS (Z.)

Sickness Absence: a Pan-European Study.

Arrêts maladie : une étude pan-européenne.

MPRA Paper ; 22627
Munich : Munich Personal RepEc Archive :
2010/05 : 23p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://mpra.ub.unimuenchen.de/22627/1/MPRA_paper_22627.pdf

This study, using the European Union Labour Force Survey, examines the determinants of sickness absence in 26 EU countries. The analysis highlights the importance of demographic and workplace characteristics and of institutional and societal conditions. Female workers aged 26-35 exhibit higher absenteeism, possibly reflecting the level of high household labour pressure. Increased job insecurity, captured by temporary contracts, and labour market uncertainty, reflected in higher unemployment rates, have a negative effect on absenteeism. Finally, individual sickness absence is lower in countries with higher proportion of dependent/out of the labour market individuals, probably because of the increasing pressure labour active people may experience.

44856

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
CHAUPAIN-GUILLOT (S.), GUILLOT (O.)
Faculté des Sciences Economiques et de
Gestion. Bureau d'Economie Théorique et
Appliquée. (B.E.T.A.). Strasbourg. FRA

Les déterminants individuels des absences au travail : une comparaison européenne.

Document de Travail n° 2010 - 17
Strasbourg : BETA : 2010/06 : 28p., tabl.,
graph.
Cote Irdes : En ligne

À partir des données de l'European Community Household Panel (ECHP), on s'intéresse aux déterminants individuels des absences au travail dans les pays européens. L'étude porte sur l'ensemble des Etats membres de l'UE-15, à l'exception de la Suède. Les comportements d'absence des salariés, dans chacun de ces pays, sont analysés à l'aide de deux modèles sur données de panel : un modèle Probit à effets aléatoires et un modèle Logit à effets fixes. Ces modèles sont estimés séparément pour les hommes et pour les femmes. Afin de tenir compte de l'éventuelle endogénéité du degré de satisfaction à l'égard de l'emploi occupé, on procède également à l'estimation de modèles Probit bivariés, permettant d'expliquer simultanément l'insatisfaction au travail et l'absence. Comme différents travaux antérieurs, cette comparaison européenne fait apparaître des écarts sensibles de taux d'absence entre les pays. On constate que les taux observés en France, au cours de la période 1994-2001, sont parmi les plus faibles de l'Union Européenne, les durées d'absence pour les salariés français étant cependant plus longues, en moyenne, que celles enregistrées dans la plupart des autres pays (dumoins si l'on en juge d'après les chiffres relatifs aux années 1998 à 2001). Les résultats des estimations montrent que les facteurs jouant sur la probabilité d'absence sont loin d'être identiques d'un pays à l'autre. L'existence d'une maladie chronique ou d'un handicap, le degré de satisfaction au travail et, chez les femmes, la présence d'un enfant de moins de 3 ans sont, en effet, les seules variables qui ont un impact significatif, et de même signe.

44980

RAPPORT

EDOUARD (F.)

Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.). Paris. FRA

Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés.

Paris : Editions des journaux officiels :

2010/07 : 152p.

Cote Irdes : P111/2

Actuellement près d'un salarié sur cinq travaille habituellement la nuit. Cette propor-

tion de salariés concernés par le travail de nuit ne cesse d'augmenter ces dernières années. Le présent rapport met en évidence le fait que l'exposition prolongée au travail de nuit pose, pour un nombre croissant de salariés, une véritable question de santé publique. Aux difficultés de santé viennent s'ajouter des troubles de la vie sociale et familiale. En effet, les horaires de nuit se situent à contretemps des rythmes généraux de la vie sociale, réglés sur la forme dominante de l'horaire de travail en journée. Le présent rapport préconise de promouvoir des formes d'organisation du travail qui préservent la santé des salariés et l'équilibre de leur vie familiale. Il pointe également les limites actuelles du droit du travail quant au respect du principe du recours exceptionnel au travail de nuit.

45007

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SCHNEIDER (J.), BEBLO (M.)

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. (I.A.B.), Nürnberg. DEU, Institute for Employment Research. Nuremberg. DEU

Health at work - indicators and determinants: a revised literature and data review for Germany

Santé au travail - indicateurs et déterminants : une revue de la littérature et de données révisée pour l'Allemagne.

Nuremberg : Institute for Employment Research : 2010/07 : 52p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://doku.iab.de/discussionpapers/2010/dp1710.pdf>

In this paper, the current knowledge and issues regarding the economic impact of health at work in Germany is reviewed as a part of the EU project : An inquiry into health and safety at work: a European Union perspective (acronym: HEALTHat-WORK). After a description of the German institutional framework for occupational safety and health (OSH), it presents indicators of health and safety at work - such as sickness absences, occupational accidents and diseases, disability rents, working conditions, and OSH policy. The paper's major contribution is a review of economic research on the determinants of OSH indicators in Ger-

many, and a review of the data sets that have been or may be used. The aim is to identify the main issues addressed in the literature, the approaches adopted, the data analyzed, and the research gaps that still exist with respect to analyzing health at work in Germany.

PERSONNES ÂGÉES

Dépendance

44306

RAPPORT

Ernst & Young France. Paris-La Défense.
FRA

Les départements face au risque de la dépendance. L'Allocation personnalisée d'autonomie : vers une mesure prospective des risques démographiques et financiers.

Paris-La Défense : Ernst & Young : 2010 :
24p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.localtis.info/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobkey=id&blobwhere=1250161498049&blobheader=application%2Fpdf>

Ce rapport est consacré à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et ses conséquences sur le budget des départements. Après avoir exposé des données de cadrage, ce document tente d'apprécier le risque APA à travers la part du budget des départements consacrée à l'APA. En raison de la dispersion des montants de ces budgets – très variables d'un département à l'autre -, il est apparu essentiel de s'interroger sur les facteurs qui peuvent expliquer les disparités. Pour chaque département, il a analysé les corrélations entre le budget APA et ses déterminants démographiques : le nombre d'habitants du département, la proportion de personnes âgées, le nombre de bénéficiaires.

Prise en charge

44199

RAPPORT

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

Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis adopté le 22 avril 2010.

Paris : HCAAM : 2010/04/22 : 11p.

Cote Irdes : B6859

<http://www.securite->

[sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf,](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf)

<http://www.securite->

[sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_220410.pdf,](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_220410.pdf)

<http://www.securite->

[sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_annexe_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_annexe_220410.pdf)

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé, et donc des tensions sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) a donc souhaité aborder la question, au cœur des débats actuels relatifs à d'autres dimensions de la protection sociale telles que les retraites ou la perte d'autonomie. Au terme de cette étude, il apparaît qu'il faut évacuer de nos représentations l'image d'une déferlante du grand âge qui serait sur le point de submerger, sans qu'on n'y puisse rien, le système de couverture solidaire. En revanche, la longévité croissante des individus, et le vieillissement corrélatif de la population, adressent une question cruciale au système de soins, et du même coup, à l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Celle du défi - qu'il tient qu'à nous de relever - d'organiser autrement la manière de prendre en charge et d'accompagner les malades particulièrement fragiles et présentant des situations cliniques complexes et poly-pathologiques. Car le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamentale de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade (tiré du texte).

44860

RAPPORT

ROSSO-DEBORD (V.)

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

Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Paris : Assemblée nationale : 2010 : 28p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6902

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf>

Après avoir pris acte du contexte socioéconomique spécifique au sein duquel la prise en charge des personnes âgées s'effectue actuellement et pour plusieurs années encore, ce rapport a répertorié divers constats quasi unanimement dressés par ses différents interlocuteurs et représentatifs de divers freins au fonctionnement satisfaisant de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, avant de tenter de répondre aux nombreuses questions que poserait une réforme du dispositif actuel : par quelles institutions assurer la couverture du risque de dépendance pour nos concitoyens ? Comment soutenir au quotidien les personnes âgées, leurs aidants et les différents acteurs de terrain, tant au niveau social que médico-social ? Comment prévenir leur fragilité et accompagner leur perte d'autonomie ? Le rôle dévolu aux conseils généraux permet-il d'assumer la prise en charge des plus faibles ? Quelle que soit la valeur des interventions de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse ou des institutions de retraite et de prévoyance, comment réduire l'importance des sommes qui restent dues par les familles ? (D'après l'introduction.)

44885

RAPPORT, INTERNET

GIMBERT (V.) /coor., GODOT (C.) / coor. Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA

Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française.

Paris : CAS : 2010/07 : 261p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RappComplet_Vieillissement_5juillet_20h05.pdf

Ce rapport souhaite présenter une vision non stéréotypée du vieillissement, en décryptant ce processus et ses conséquences au niveau collectif et pour l'action publique. Sans prétendre à l'exhaustivité, il s'appuie sur l'examen de domaines variés de l'action publique ce qui permet de repérer des tendances convergentes ou au contraire des spécificités. Déceler les opportunités qui découlent du processus de vieillissement afin de pouvoir les saisir avant qu'il ne soit trop tard constitue une priorité de l'action publique. Ce rapport présente des pistes de réflexion et des propositions en ce sens. Il s'ouvre par une réflexion sur ce que signifie la vieillesse et le processus du vieillissement. Les représentations sociales de la vieillesse ont particulièrement évolué ces dernières années, coïncidant globalement avec le recul biologique et subjectif du seuil de la vieillesse. La deuxième partie examine la situation du marché de l'emploi face au vieillissement. La troisième partie montre comment les politiques publiques doivent s'adapter afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Enfin, la dernière partie examine les conséquences sur les rapports intergénérationnels du vieillissement.

44895

RAPPORT

POLETTI (B.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA, Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

Rapport sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Rapport d'information ; n° 2687

Paris : Assemblée Nationale : 2010/06 : 152p., ann.

Cote Irdes : B6895

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2687.pdf>

Ce rapport de la mission d'information sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, formule 21 propositions

destinées à améliorer la gestion des crédits médico-sociaux et à renforcer la caisse. La priorité doit être de mettre en œuvre un ensemble de mesures visant, précisément, à prévenir la constitution d'excédents. Au chapitre de l'amélioration de la procédure budgétaire et du suivi des dépenses de la Cnsa, la mission propose notamment d'avancer le calendrier de répartition des crédits de la caisse aux Agences régionales de santé (Ars). Elle propose d'améliorer la procédure de construction de l'objectif global de dépenses (OGD) en prenant davantage en compte les données sur les dépenses effectives et prévisionnelles des établissements (et non plus les autorisations) et l'avancement concret des projets de création de places. Dans cette perspective, elle propose notamment de développer un système d'information intégré, qui serait à la disposition de la Cnsa et des Ars. Pour éviter une remise en cause des plans d'aide à l'investissement, la mission propose de garantir un financement pérenne de cette aide à l'investissement en affectant une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie au budget de la Cnsa et en majorant l'Ondam médico-social à due concurrence. La mission propose également des pistes pour améliorer les conditions de créations de places dans les établissements et services et pour encourager le processus de médicalisation des Ehpad. Les autres propositions portent sur une gouvernance rénovée de la Cnsa (renforcer l'évaluation et le contrôle, repenser son organisation avec une représentation explicite des régimes d'assurance maladie, clarifier les compétences respectives de la Cnsa et de ses autorités de tutelle, permettre à la Cnsa de participer à l'animation des réseaux des Ars dans le champ médico-social, ...). Enfin, le rapport émet des propositions concernant les maisons départementales des personnes handicapées. Quant à la réforme du 5e risque, la mission confie à la Cnsa un rôle central.

44899

RAPPORT

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

Autonomie, santé et territoires : accompagner les personnes. Rapport 2009.

Paris : CNSA : 2010/06 : 101p.

Cote Irdes : B6899

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA-RA2009_internet.pdf

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_RA2009_ANNEXES_INTERNET.pdf

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_RA09_Internet_OK.pdf

Ce rapport, le quatrième depuis l'installation de la Cnsa en mai 2005, rend compte de la façon dont la Caisse gère les crédits qui lui sont confiés, issus de ses ressources propres (journée de solidarité et CSG) et de l'assurance maladie, au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il présente le bilan d'activité de la Caisse et de ses services au cours de l'année 2009 dans ses fonctions financières, d'animation de réseau, de centre d'expertise technique, de recherche, et d'agence chargée de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. L'activité 2009 retracée dans cette nouvelle édition du rapport de la Cnsa est également marquée par deux événements extérieurs, d'une part la crise économique et financière et ses conséquences sur les ressources de la Cnsa et, d'autre part, les profonds changements institutionnels induits par la loi dite Hôpital, patients santé et territoires et la création des agences régionales de santé. C'est pour relever ce dernier défi que le Conseil de la Cnsa a voulu réaffirmer à travers le chapitre dédié à ses recommandations « Autonomie, santé et territoires : quelles articulations pour répondre aux besoins des personnes ? », les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie et préconiser une meilleure articulation des réponses sanitaires et médico-sociales aux besoins de ces personnes.

Services à la personne

44519

OUVRAGE

BALZANI (B.) / dir.

Les services à la personne.

Paris : la Documentation française : 2010 : 133p., tabl., graph.
Cote Irdes : A4055

Services de ménage, petits travaux, garde d'enfants, aide au maintien à domicile de personnes âgées ou handicapées, soutien scolaire, aide informatique, conseil... Telles sont les activités, regroupées par les pouvoirs publics sous le terme de : « services à la personne ». L'approche, pluridisciplinaire, s'attache à décrire le cadre juridique du champ des services à la personne, dans la complexité et l'étendue de ses activités, de ses modalités d'organisation, tout en insistant sur des différences importantes en ce qui concerne le droit du travail. Puis, l'étude propose une analyse du salariat en trois temps ou sont notamment abordées les nouvelles formes de relations de travail et de conditions de travail spécifiques à ce secteur d'emploi.

44886

RAPPORT

KERGUERIS (J.)

Sénat. Délégation Sénatoriale à la Prospective. Paris. FRA

L'avenir des services à la personne.

Paris : Sénat : 2010/06 : 62p.

Cote Irdes : C, B6915

<http://www.senat.fr/rap/r09-589/r09-5891.pdf>

Ce rapport dresse un bilan contrasté de la politique de soutien aux services à la personne (SAP), composée d'une superposition d'instruments généralement mal évalués. Avec une dépense élevée (16 milliards d'euros de soutien en 2010) et dynamique (augmentation de 60 pour cent en 5 ans), le bilan économique se révèle problématique alors que le bilan social, à l'endroit des personnes dépendantes, est plutôt favorable. L'évaluation du potentiel de cette politique s'appuie sur un travail de prospective du

Bureau d'Information et de Prévisions Économiques (Bipe), annexé au rapport, qui a fourni, au bénéfice d'une exploration démographique préalable, un jeu de scénarios sur l'évolution de la dépense publique que la politique de soutien aux SAP peut entraîner à l'horizon de 2020. Trois enseignements majeurs en découlent : - Le soutien public aux SAP apparaît soutenable à l'horizon 2020 - même si la quête d'une fiscalité optimale oblige à recalibrer rapidement certaines « niches » fiscales pour réduire les effets d'aubaine les plus évidents, sans nécessairement réduire la dépense. Mais, en vue du retour au plein emploi envisagé au cours des années 2020, il pourrait être nécessaire d'anticiper un recentrage des moyens sur l'éducation et la recherche pour gagner en compétitivité et financer, sans tension majeure sur les revenus des actifs, tous les besoins liés au vieillissement. Affecter trop longtemps une main d'œuvre peu qualifiée à des secteurs « non délocalisables », s'ils demeurent peu productifs, serait la marque d'une société frileuse et inégalitaire, au prix collectif d'une croissance sous-optimale dans une économie ouverte. - Enfin, la politique de soutien aux services de confort et celle concernant les « personnes fragiles », trop complexes et entremêlées, doivent être différenciées et évaluées afin de permettre leur pilotage optimal.

Soins de longue durée

44902

RAPPORT

FERNANDEZ (J.L.), FORDER (J.), TRUKESCHITZ (B.), ROKOSOVA (M.), McDAID (D.)

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

How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?

Comment les Etats européens peuvent-ils concevoir un système de financement efficient, équitable et viable pour les soins de longue durée aux personnes âgées ?

Health Systems and Policy Analysis.
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2009 : 47p.
Cote Irdes : B6901
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf

Discusses various policy options for public financing of long-term care systems in Europe, such as a the provision of a basic safety net, a universal system, and one that combines universal elements with means-testing.

Soutien à domicile

43710

OUVRAGE
D'AUDIFFRET (D.)

Optimisation de la prise en charge à domicile en France. Quelles propositions ?

Paris : Alcimed Technologies : 2009 : 101p.
Cote Irdes : A4012

L'objectif principal de cette étude est d'émettre des propositions opérationnelles pour optimiser la prise en charge à domicile en France ciblées sur les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées dépendantes. L'ambition est d'apporter les éléments pour constituer une nouvelle ingénierie du système de prise en charge à domicile avec des outils et des indicateurs (Tiré de l'introduction).

INÉGALITÉS DE SANTÉ

Capital social

44996

RAPPORT, INTERNET
SCHEFFLER (R.M.), PETRIS (N.C.),
BORGONOV (F.), BROWN (T.T.), SASSI
(F.), DOURGNON (P.), SIRVEN (N.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Centre pour la Recherche et l'Innovation dans l'Enseignement. (C.E.R.I.). Paris.
FRA, Institut de Recherche et Documenta-

tion en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).
FRA

Social capital, human capital and health: what is the evidence ?

Capital social, capital humain et santé : quelle est l'évidence ?

Paris : OCDE : 2010/07 : 45p.
Cote Irdes : R1807, en ligne
<http://www.oecd.org/dataoecd/40/24/45760738.pdf>

This report takes inspiration from a workshop of the Social Global Network, organised in Paris by Irdes and the Ocde in October 2008. The presentations and discussions from this workshop provide an important basis to better understand the complex relationship between social capital and health, and the role education may play in the nexus.

Discrimination

43690

RAPPORT
SCHWEITZER (L.)
Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité. (H.A.L.D.E.). Paris.
FRA

Rapport annuel de la Halde 2009.

Paris : la Documentation française ; Paris : HALDE : 2010/03 : 75p.
Cote Irdes : B6849
http://www.halde.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2009.pdf

Le 5ème rapport annuel recense les avancées significatives obtenues comme des modifications règlementaires, des décisions de justice, des dédommagements et des actions en faveur de l'égalité. 49 % des réclamations sont liées à l'emploi : Plus de 2/3 concernent le déroulement de carrière, le reste porte sur le recrutement - 2/3 dans le secteur privé et 1/3 dans le secteur public, 28,5 m% des réclamations concernent l'origine, 18,5 m% l'état de santé et le handicap. La Halde a présenté 212 observations devant les tribunaux et a été suivie dans 79 % des cas. De plus en plus sollicitée, la Halde a mis en place un réseau de correspondants locaux pour répondre plus rapidement aux demandes d'information.

On dénombre 109 correspondants locaux installés fin décembre, soit deux fois plus qu'à fin 2008. Ils ont traité 20 % des dossiers instruits par la Halde.

Exclusion sociale

43343

RAPPORT, INTERNET
European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
(E.F.I.L.W.C.). Dublin. IRL

Living conditions, social exclusion and mental well-being.

Conditions de vie, exclusion sociale et bien-être mental.

Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities : 2010 : 70p., tabl., ann.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/88/en/2/EF0988EN.pdf>

Over the past two decades, the concept of social exclusion has increasingly replaced the concept of poverty within the EU policy discussion on social vulnerability and disadvantage. It has been shown that unequal access to the labour market and poor living conditions negatively affect social participation and social contact, which in turn impact on the quality of life of Europe's citizens and lead to a sense of social exclusion. The second European Quality of Life Survey (EQLS), conducted by Eurofound in 2007, offers a wide-ranging view of the diverse social realities in Europe today. This report looks at the relationships between living conditions, social exclusion and mental well-being. It draws on the results of the EQLS to examine the factors that influence perceived social exclusion and the impact that this has on mental well-being. The scope of the findings – spanning 31 countries – offers an important insight into how social exclusion and integration vary across Europe, given the different cultural and historical contexts as well as recent social and economic experiences.

Genres

43296

OUVRAGE
SEN (G.) / éd., OSTLIN (P.)

Gender equity in health. The shifting evidence and action.

Équité des genres en santé.

Abington: Routledge : 2010 : 318p., fig., index

Cote Irdes : A3995

This volume brings together leading researchers from a variety of disciplines to examine three areas: health disparities and inequity due to gender, the specific problems women face in meeting the highest attainable standards of health, and the policies and actions that can address them.

Inégalités devant les soins

43599

COMMUNICATION
KOOLMAN (X.)
Eurostat. Luxembourg. LUX

Unmet need for health care in Europe.

Les besoins de santé non couverts en Europe.

Comparative EU statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges : Proceedings of the EU-SILC conference. : Helsinki, 2006/11/06-08

Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés européennes : 2007 : 181-193, ta

Cote Irdes : en ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-07-007/EN/KS-RA-07-007-EN.PDF

New data (EU-SILC : community statistics on income and living conditions) allows the study of subjective unmet need for examination or treatment. This paper presents new estimates of horizontal inequity in access to medical examination or treatment in fourteen European countries. This concept is closer to access than utilisation. We use a multiple regression approach to study sys-

tematic variations in unmet need. The results demonstrate great variation in unmet need during the last 12 months ranging from 1.3% for Denmark up to 13.1% in Sweden. The main reasons for unmet need are costs, waiting lists, watchful waiting and lack of time. Unmet need appeared to be systematically related to non-need characteristics. Income appeared to be most influential, followed by degree of urbanisation, education and being foreign to the country.

44496

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

Racial and Ethnic Disparities in the Use of Drug Therapy.

Disparités raciales et ethniques dans le recours aux thérapies médicamenteuses.

IZA Discussion Paper ; 4853
Bonn : IZA : 2010/03 : 47p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp4853.pdf>

The purpose of this research is to explain the variation in the utilization of drug therapy for the medical conditions of depression, high cholesterol, and hypertension between Hispanics, non-Hispanic blacks, and non-Hispanics whites using Oaxaca-type decomposition analysis based on logit estimates. We find that almost the entire share of the utilization differences in drug therapy between blacks and whites can be explained by the differences in the coefficients of observable characteristics, while the sources of the utilization difference between the whites and Hispanics are split between the differences in the observable characteristics and the coefficient estimates. This result implies that strategies to improve racial and ethnic disparities need to be tailored to each group by focusing on the specific factors that are attributed to causing the disparity.

44672

CHAPITRE
BOISGUERIN (B.), DESPRES (C.),
DOURGNON (P.), FANTIN (R.), LEGAL
(R.)
ALLONIER (C.), DOURGNON (P.),
ROCHEREAU (T.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins.

Enquête sur la santé et la protection sociale
2008.
Paris : IRDES : 2010/06 : 31-40, tabl.,
graph.
Cote Irdes : R1800 bis
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

Cette contribution issue de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 préfigure un projet de recherche plus large et comporte quatre parties. D'abord, les auteurs reviennent sur le concept de renoncement aux soins : ce qu'il traduit, ce qu'il apporte à l'analyse de l'accessibilité des services de santé. La deuxième partie, empirique, s'appuie sur les données de l'enquête ESPS 2008 et met en perspective les cinq derniers points d'enquête, depuis 1998. Les facteurs potentiels de renoncement aux soins, ainsi que l'évolution au cours du temps du renoncement aux soins y sont analysés. En particulier, les auteurs explorent ce que le renoncement aux soins décrit de l'évolution de l'accès aux services de santé des assurés CMU-C. La troisième partie, méthodologique, précise comment il convient de mesurer des différentiels de renoncement entre CMU-Cistes et autres à partir d'ESPS. Enfin, la quatrième et dernière partie présente les grands axes d'un travail de recherche à venir sur le renoncement.

44673

CHAPITRE

AFRITE (A.), BOURGUEIL (Y.), CELANT (N.), MOUSQUES (J.), ROCHEREAU (T.) ALLONIER (C.), DOURGNON (P.), ROCHEREAU (T.)

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

Score Epices : comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf.

Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.

Paris : IRDES : 2010/06 : 43-65, tabl., graph.

Cote Irdes : R1800 ter

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

Le score Epices est recueilli chaque année auprès d'environ 600 000 personnes qui bénéficient d'un examen périodique de santé (EPS), tous les cinq ans, dans un Centre d'examen de santé (CES) de l'Assurance maladie (près de 6 % de la population affiliée au régime général). Ainsi, en collaboration avec le Cetaf, nous avons pu comparer pour la première fois les données relatives au score Epices dans l'enquête ESPS 2008 à celles recueillies auprès des CES par le Cetaf pour l'année 2007. Les premiers résultats de cette comparaison confirment la reproductibilité du score Epices en population générale et l'apport de ce score en termes de qualification de la précarité sociale comparativement à d'autres outils de mesure existants. Après avoir présenté les deux populations d'étude et comparé les liens entre les valeurs du score Epices et différentes dimensions (socio-démographiques, d'état de santé, de recours aux soins et de comportements à risque), nous analyserons l'apport du score Epices comparativement à celui d'autres outils de mesure comme le revenu ou l'indicateur global de vulnérabilité sociale (Cambois et Jusot, 2006) (Résumé d'auteur).

Inégalités sociales de santé

43701

INTERNET, RAPPORT
MARMOT (M.)

University College of London. (U.C.L.). Research Department of Epidemiology and Public Health. Global Health Equity Group. (G.H.E.G.). London. GBR

Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review Final Report.

Une société juste, des vies en bonne santé : rapport final de la revue Marmot.

Londres : University College of London : 2010 : 238p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.marmotreview.org/>

In November 2008, Professor Sir Michael Marmot was asked by the Secretary of State for Health to chair an independent review to propose the most effective evidence-based strategies for reducing health inequalities in England from 2010. The strategy will include policies and interventions that address the social determinants of health inequalities. The Review had four tasks: Identify, for the health inequalities challenge facing England, the evidence most relevant to underpinning future policy and action; Show how this evidence could be translated into practice Advise on possible objectives and measures, building on the experience of the current PSA target on infant mortality and life expectancy ; Publish a report of the Review's work that will contribute to the development of a post-2010 health inequalities strategy

43756

OUVRAGE
AIACH (P.)

Les inégalités sociales de santé : écrits.

Paris : Economica ; Paris : Anthropos :
2010 : 280p.

Cote Irdes : A4032

http://www.laprocore.com/livres/pierre-aiach/les-inegalites-sociales-sante_9782717858341.html

Ce livre reprend les principaux textes écrits par Pierre Aiach sur les inégalités sociales de santé au cours de sa longue carrière de sociologue chercheur au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et, récemment, en tant que chercheur rattaché à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris). Les inégalités sociales de santé constituent un objet de recherche particulier en ce sens qu'il porte sur une réalité le plus souvent ignorée et même parfois niée par une partie de ceux qui en sont les victimes. Leur existence est la preuve la plus probante que la société qui les produit est injuste et, ce, d'autant plus qu'elles sont importantes. Produit final des autres inégalités sociales, elles sont de ce fait amenées à se maintenir et parfois même à s'accroître tant que l'injustice sociale ne diminuera pas dans notre société. La poursuite de leur étude sur la longue durée est à la fois fascinante et exigeante : elle suppose de la part de ceux qui s'y attèlent une forme d'engagement personnel pour un monde plus juste. Mais il s'agit aussi d'une question où les idéologies latentes chez ceux qui l'étudient sont fortement présentes et peuvent conduire à des errements et à des occultations (Résumé d'auteur).

44060

OUVRAGE
PRAH RUGER (J.)

Health and social justice.

Santé et justice sociale.

Oxford : Oxford University Press : 2010 :
276p., index

Cote Irdes : A4043

Societies make decisions and take actions that profoundly impact the distribution of health. Why and how should collective choices be made, and policies implemented, to address health inequalities under conditions of resource scarcity? How should societies conceptualize and measure health disparities, and determine whether they've been adequately addressed? Who is responsible for various aspects of this important social problem? The author elucidates principles to guide these decisions, the evidence that should inform them, and the policies necessary to build equitable and efficient health systems world-wide. This book weaves together original insights and disparate constructs to produce a foundational new theory, the health capability paradigm. Ruger's theory takes the ongoing debates about the theoretical underpinnings of national health disparities and systems in striking new directions. It shows the limitations of existing approaches (utilitarian, libertarian, Rawlsian, communitarian), and effectively balances a consequentialist focus on health outcomes and costs with a proceduralist respect for individuals' health agency. Through what Ruger calls shared health governance, it emphasizes responsibility and choice. It allows broader assessment of injustices, including attributes and conditions affecting individuals' "human flourishing," as well as societal structures within which resource distribution occurs. Addressing complex issues at the intersection of philosophy, economics, and politics in health, this fresh perspective bridges the divide between the collective and the individual, between personal freedom and social welfare, equality and efficiency, and science and economics (Tiré de l'introduction).

44257

RAPPORT, INTERNET
BLAS (E.) / éd., SIVASANKARA KURUP
(A.) / éd.
Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Genève. CHE

Equity, social determinants and public health programmes.

Équité, déterminants sociaux et programmes en santé publique.

Genève : OMS : 2010 : 291p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9/789241563970_eng.pdf

This book is a collection of analyses of the social determinants of health that impact on specific health conditions. Stemming from the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health, promising interventions to improve health equity are presented for the areas of: alcohol-related disorders, cardiovascular diseases, child health and nutrition, diabetes, food safety, maternal health, mental health, neglected tropical diseases, oral health, pregnancy outcomes, tobacco and health, tuberculosis, and violence and injuries. The book was commissioned by the Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights as part of the work undertaken by the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health, in collaboration with 16 of the major public health programmes of WHO. In addition to this, through collaboration with the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, and the Alliance for Health Policy and Systems Research, 13 case studies were commissioned to examine the implementation challenges in addressing social determinants of health in low-and middle-income settings.

44907

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
JUSOT (F.), TUBEUF (S.), TRANNOY (A.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Effort or Circumstances: Does the Correlation Matter for Inequality of Opportunity in Health ?

Effort ou circonstances : leur corrélation joue-t-elle sur les chances en santé ?

Document de travail Irdes ; 33

Paris : Irdes : 2010/07 : 34p.

Cote Irdes : DT33

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT33EffortCircumstanceCorrelationInequality.pdf>

Cet article propose une méthode pour décomposer les inégalités de santé en d'une part, celles liées aux conditions de vie pendant l'enfance et à l'origine sociale et, d'autre part, celles liées aux différences de styles de vie et d'investissement en santé. Les premières constituent des inégalités des chances selon la philosophie de la responsabilité prônée par Ronald Dworkin, Richard Arneson, Gerald Cohen et John Roemer. Il examine trois positions possibles quant au traitement de la corrélation entre styles de vie et conditions initiales associées à des positions respectives prises par John Roemer, Brian Barry et Adam Swift. Chaque position déplace le curseur entre inégalités légitimes et illégitimes. La contribution des conditions initiales et du style de vie est réalisée à l'aide de la décomposition naturelle de la variance. L'application aux données de l'Enquête santé protection sociale 2006 dans laquelle a été introduit un module spécifique de questions sur les conditions de vie dans l'enfance met en évidence la contribution massive des circonstances aux inégalités de santé (santé perçue) et ce, quelle que soit la position éthique retenue. Ainsi, les inégalités des chances représentent jusqu'à 46 % des inégalités de santé, alors que les inégalités de santé liées aux styles de vie ne dépassent pas 8 %, les inégalités résiduelles étant liées à l'influence de l'âge et du sexe (Résumé d'auteur).

45038

RAPPORT, INTERNET
Technical Committee for the EU Spanish
Presidency priority. sl. ESP

Moving forward equity in health. Monitoring social determinants of health and reduction of health inequalities.

Faire avancer l'équité en santé. Surveillance des déterminants sociaux de la santé et réduction des inégalités de santé.

Madrid : Ministry of Health and Social Policy of Spain: 2010 : 100p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne

http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud_en.pdf

In the European Union, despite improvements in population health during the past decades, there is evidence of persisting unfair and avoidable health inequalities, both within and between Member States. These inequalities follow a social gradient, meaning that persons at the lower end of the social ladder have worse health than those in more privileged positions. Furthermore, exacerbated social exclusion can make some groups particularly vulnerable. Social determinants of health include education, income, working conditions, housing and neighbourhood and community conditions, and social inclusion. These are distributed unequally across the population and are also largely controlled by sectors other than health. Moving towards health equity entails involving other sectors to address policies that impact health. The role of health systems is therefore often not to act directly on the social determinants of health, but rather to foster and lead intersectoral partnerships that have as an aim action on the determinants of health and the tackling of health inequalities. Monitoring systems have proven essential for improving the knowledge base on social determinants of health. They illustrate the importance of indicators that capture the health impacts of public policies, so as to better redefine and reorient policies towards equity. Aware of the relevance of tackling health inequalities, the Ministry of Health and Social Policy established equity in health as one of the priorities of the Span-

ish Presidency of the European Union. The Ministry's Directorate General of Public Health and Foreign Health commissioned a group of experts to produce a technical report on the monitoring of social determinants of health and the reduction of health inequalities. The ultimate aim of the report is to contribute to the knowledge-base for improving health equity through action on the social determinants of health, and in light of health equity's contribution to social development and well-being, further raise the profile of this important issue in the international arena. Below is a summary of the main issues covered in the report.

45043

RAPPORT, INTERNET
Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Bureau régional de l'Europe. Copenhague. INT

How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis.

Comment les systèmes de santé abordent-ils les inégalités dans des programmes de santé publique prioritaires : l'exemple de la tuberculose.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 24p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/121881/E94285.pdf

The Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health identified tuberculosis as a priority public health condition because it represents a large aggregate burden of disease, exhibits significant disparities across and within populations and affects certain groups disproportionately. Current patterns of inequity also favour the continued prevalence of tuberculosis. This briefing merges two fields of analysis: research on the social determinants of priority public health conditions, using tuberculosis as an example, for improved health equity; and analysis on how a health-systems-strengthening approach can contribute to more effective programme delivery and health outcomes.

Logement

43579

RAPPORT, INTERNET

Fondation Abbé Pierrepour le logement des défavorisés. (F.A.P.). Paris. FRA

L'état du mal-logement en France : Rapport annuel 2010.

Paris : Fondation Abbé Pierre : 2009/01 : 353p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml_10.pdf

10 millions de personnes touchées de près ou de loin par la crise du logement... La question politique s'efface derrière la question humaine. Aux personnes sans abri, qui cumulent les difficultés et subissent parfois une inexorable chute dénuée de réelles perspectives, s'ajoutent désormais des catégories de population de plus en plus nombreuses qui ne se voient pas. Ce 15e Rapport sur l'état du mal-logement se penche notamment sur les plus jeunes, en analysant comment l'enfant devient une « victime collatérale du mal-logement », comment la situation difficile de nombreuses familles impacte lourdement le quotidien et l'avenir des plus petits en provoquant des souffrances sociales (difficultés scolaires, difficultés d'insertion...) ou des pathologies médicales parfois irréversibles (saturnisme, problèmes de développement...). Si la situation est grave, la Fondation Abbé Pierre refuse tout fatalisme et propose des pistes de solutions crédibles et réalisables, pour autant que la volonté politique soit réelle et consciente de cette priorité.

Migrants

44224

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

VAILLANT (N.), WOLFF (F.C.)

Université de Nantes. Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique (L.E.M.N.A.). Nantes. FRA

Origin differences in self-reported health among older migrants living in France.

Différences de perception de l'état de santé chez les migrants selon leur origine géographique.

Working Paper

Nantes : Université de Nantes. Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique : 2010/01 : 19p., tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://hal.archives->

[ou-](http://hal.archives-)

[vertes.fr/docs/00/44/96/08/PDF/LEMNA_WP_201001.pdf](http://hal.archives-vertes.fr/docs/00/44/96/08/PDF/LEMNA_WP_201001.pdf)

Little is known about the health status of older migrants living in Europe. Using detailed data collected in 2003, we investigate differences in health status by origin country within the older immigrant population living in France using a self-rated health measure. The database used in this research is the 'Passage à la Retraite des Immigrés' survey, conducted from November 2002 to February 2003 on a sample of 6,211 migrants aged 45 to 70 and living in France at the time of survey. A difficulty with the self-rated outcome is that it may not be comparable between different origin groups, in particular because of cultural and linguistic differences. We thus estimate generalized ordered Probit models and construct for each respondent an indicator of health net of cross-cultural effects. Male immigrants from Southern Africa and Asia and female immigrants from Northern Europe, Southern Africa and Asia are more likely to be in good health, while the health status is lower among immigrants from Eastern Europe living in France. The diversity in health status within the immigrant population is large in France. These results are helpful in order to target the more disadvantaged origin groups and to adjust the provision of health care.

44561

RAPPORT, INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.). Genève. CHE, Ministry of Health
and Social Policy. Madrid. SPA, International
Organization for Migration (I.O.M.).
Genève. CHE

***Health of migrants - the way forward.
Report of a global consultation.***

*Santé des migrants - aller de l'avant.
Rapport d'une consultation globale.*

Genève : OMS : 2010 : 112p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf

In a globalized world defined by profound disparities, skill shortages, demographic imbalances, climate change as well as economic and political crises, natural as well as man-made disasters, migration is omnipresent. There are an estimated 214 million international migrants, 740 million internal migrants and an unknown number of migrants in an irregular situation all over the world. While these figures comprise a wide range of different migrating populations, such as workers, refugees, students, undocumented migrants and others, and their vulnerability levels vary greatly, the collective health needs and implications of a population cohort of this size are considerable. The health of migrants and health matters associated with migration are crucial public health challenges faced by governments and societies.

44642

RAPPORT

Comede (Le) (Comité Médical pour les
Exilés). Le Kremlin-Bicêtre. FRA.

***La santé des exilés : rapport d'activité
et d'observation 2009.***

Le Kremlin Bicêtre : Comité médical pour
les exilés : 2010 : 65p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4068

<http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2009.pdf>

En 30 ans d'existence, l'accueil de 95 000 patients de 140 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de

la santé des exilés, réfugiés et étrangers en situation précaire. Les rapports annuels d'activité et d'observation du Comede sont destinés aux partenaires financiers et opérationnels du Comede, ainsi qu'aux acteurs de la santé publique et de la santé des migrants en France.

Pauvreté

43686

RAPPORT

Observatoire National de la Pauvreté et de
l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.). Paris.
FRA

***Bilan de 10 ans d'observation de la
pauvreté et de l'exclusion sociale à
l'heure de la crise - Rapport 2009-2010.***

Paris : ONPES : 2010 : 167p.

Cote Irdes : B6847

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000099/index.shtml>

Dix ans après la déclaration du sommet européen de Lisbonne, qui avait tracé l'objectif de « donner un élan décisif à l'éradication de la pauvreté », ce sixième rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale porte un regard comparatif sur les évolutions en Europe et dresse un bilan de l'observation de ces phénomènes en France. La crise économique fait l'objet d'une première analyse, notamment pour apprécier ses effets sur les personnes les plus fragiles et sur les aspects multidimensionnels de la pauvreté. Ce rapport présente les travaux de l'Onpes dans deux directions nouvelles : la construction d'un système de veille sur les phénomènes émergents en matière de pauvreté, d'une part, et l'apport des personnes en situation de précarité à l'amélioration de la connaissance de la pauvreté et de l'exclusion sociale, d'autre part (Résumé d'auteur).

44877

RAPPORT, INTERNET
KOLLER (T.) / éd.

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

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

La pauvreté et l'exclusion sociale dans la région européenne de l'OMS : les systèmes de santé réagissent.

Copenhague : OMS Bureau regional de l'Europe : 2010 : IV+62p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf

S'inspirant de 22 études de cas réalisées dans la Région européenne de l'OMS, et de 3 documents de référence sur les Roms, les migrants et les enfants, cette publication examine la manière dont les systèmes de santé peuvent répondre aux besoins des populations en proie à la pauvreté et à l'exclusion sociale, et donc plus susceptibles d'être déçues de leur droit à la santé. Ces études révèlent les conditions sociales à l'origine de la forte vulnérabilité des populations, comment des interventions peuvent améliorer l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé, ainsi que la manière dont le système de santé agit sur les inégalités de santé déterminées par les facteurs sociaux en faisant intervenir ses quatre fonctions (stewardship, prestation de services, financement et création de ressources). Les études de cas sont utiles dans la mesure où elles rendent compte de la situation dans les pays. Ainsi ces derniers peuvent-ils tirer des enseignements de l'expérience des autres et, par conséquent, améliorer la santé des populations en proie à la pauvreté et à l'exclusion sociale, tel que demandé dans la résolution EUR/RC52/R7 du Comité régional de l'OMS relative à la pauvreté et à la santé.

45029

OUVRAGE
DAMON (J.)
HIRSCH (M.) / préf.

Éliminer la pauvreté.

Quadrige
Paris : Presses Universitaires de France : 2010 : 246p.
Cote Irdes : A4084

En 2000, l'Organisation des Nations Unies (Onu) a établi des objectifs du millénaire pour le développement, visant notamment à réduire de moitié l'extrême pauvreté d'ici 2015. En 2000, l'Union européenne a lancé sa stratégie dite de Lisbonne, contenant une invitation à donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté à l'horizon 2010. Depuis 2007, la France s'est fixé un objectif de réduction d'un tiers de la pauvreté, sur cinq ans. Ces objectifs quantifiés de réduction et d'élimination de la pauvreté transforment l'action publique aux trois échelles internationale, européenne et française. Quelles sont les définitions, les indicateurs et les mesures de la pauvreté sur ces trois plans ? Quels sont les traductions concrètes et les débats liés à ces démarches ? Quels sont les points de concordance et de cohérence entre les ambitions internationales, la construction européenne et les politiques sociales françaises ? Nourrie par le droit et la statistique, cette analyse propose un panorama, à trois niveaux, des politiques de lutte contre la pauvreté (Tiré de la 4^e de couverture.).

45057

OUVRAGE
DAMON (J.)

Questions sociales et questions urbaines.

Quadrige Manuels.
Paris : PUF : 2010 : 369p.
Cote Irdes : A4087

Le monde est urbain et les sujets sociaux sont les premières préoccupations des habitants. Les sciences humaines permettent d'appréhender de concert les questions sociales et les questions urbaines. Cet ouvrage, avec une vocation de manuel, repose sur des contributions portant sur trois

thèmes : les sans-abri, les transferts sociaux, les dynamiques urbaines. Il permet un point et un panorama, à destination de l'étudiant comme de l'expert, sur les liens entre villes et pauvreté. État de l'art des connaissances, il balaye également différentes options possibles ou prospectives pour les politiques (Tiré de la 4^e de couverture).

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Aménagement du territoire

43752

OUVRAGE
MOUHOUD (E.M.) / dir.

Economie des services et développement des territoires.

Paris : Datar ; Paris : La documentation française : 2007 : 103p., tabl., graph., fig., carte

Cote Irdes : A4029

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110079060/>

Les services représentent près des deux tiers des richesses créées dans les territoires des pays développés. L'objectif du groupe de travail : « Économie des services et territoires » est de proposer une analyse de la localisation des activités de services, en France, et des liens entre services et territoires. L'étude propose une nouvelle typologie de six catégories de services dépassant les découpages usuels et permettant de visualiser et d'évaluer la spécialisation tertiaire des territoires français par rapport à l'ensemble des autres activités économiques. Le groupe de travail identifie ensuite les situations de délocalisation auxquelles les services sont exposés. Une analyse prospective permet enfin de dégager des stratégies de développement par catégories de services : services collectifs, services d'intermédiation, services immatériels, services de proximité, services associés à des fonctions support.

Démographie médicale

44520

RAPPORT
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)
ROMESTAING (P.) / dir.
Conseil National de l'Ordre des Médecins.
(C.N.O.M.). Paris. FRA

Atlas de la démographie médicale en région : Situation au 1er janvier 2009 (23 tomes).

Paris : CNOM : 2010 : 23 vol. (23p.), tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : A4056/1-23

<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966>

Ces Atlas démographiques par région complètent l'Atlas de la démographie médicale 2009 et présente une cartographie du corps médical français par région.

Handicap

44166

OUVRAGE
CHOUINARD (V.) / éd., HALL (E.) / éd.,
WILTON (R.) / éd.

Towards enabling geographies: disabled bodies and minds in society and space.

Vers une géographie appliquée : corps et esprits handicapés dans la société et l'espace.

Farnham : Ashgate Publishing Limited :
2010 : 12-270p., carte, index

Cote Irdes : A4045

<http://www.ashgate.com/isbn/9780754675617>

Over the past 15 years, geography has made many significant contributions to our understanding of disabled people's identities, lives, and place in society and space. 'Towards Enabling Geographies' brings together leading scholars to showcase the 'second wave' of geographical studies concerned with disability and embodied differences. This area has broadened and challenged conventional boundaries of 'disability', expanding the kinds of embodied

differences considered, while continuing to grapple with important challenges such as policy relevance and the use of more inclusive research approaches. This book demonstrates the value of a spatial conceptualization of disability and disablement to a broader social science audience, whilst examining how this conceptualization can be further developed and refined.

Île-de-France

43684

RAPPORT

Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France. (M.I.P.E.S.). Paris. FRA

Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Ile-de-France au 31 décembre 2008.

Paris : MIPES : 2009/12 : 86p., tabl.

Cote Irdes : B6845

<http://www.lledefrance.fr/>

Ce fascicule rassemble des données statistiques relatives à la pauvreté précarité en Ile-de-France. Outre les données statistiques départementales au 31 décembre 2008 sur les phénomènes de pauvreté et de précarité, ce document présente les principaux chiffres et évolutions dans les domaines du logement, de la santé, de l'accès à l'emploi ou encore de l'urgence sociale.

Milieu rural

44878

RAPPORT, INTERNET

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

Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global Policy Recommendations.

Renforcer l'accès aux professionnels de santé dans des régions rurales ou isolées grâce à l'amélioration de la fidélisation.

Recommandations de politique globale.

Genève : OMS : 2010 : 72p., tabl., annexes

Cote Irdes : C, en ligne

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf

La prestation de services de santé efficaces et l'amélioration des résultats sanitaires supposent la présence de personnels de santé qualifiés et motivés en nombre suffisant, au bon endroit et en temps opportun. Une pénurie de personnels de santé qualifiés dans les zones rurales ou reculées prive une part importante de la population de l'accès à des services de soins de santé, ralentit les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et contrarie les aspirations liées au but de la santé pour tous. Les recommandations, qui s'appuient sur des données factuelles, ont trait aux mouvements des personnels de santé à l'intérieur des frontières d'un pays et concernent uniquement les stratégies destinées à accroître la disponibilité des personnels de santé dans les zones rurales ou reculées en améliorant l'attraction, le recrutement et la fidélisation.

Observatoire régional de santé

44868

RAPPORT

LECLERC (C.) / coord., LEDESERT (B.) / coord.

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.). Paris. FRA

État des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région.

Paris : FNORS : 2010/05 : 107p., graph., tabl., carte

Cote Irdes : C, B6907

http://www.fnors.org/uploadedFiles/pagedaccueil/etatdeslieuxobservation/Etat%20des%20lieux%20observation_Rapport%20final_Fnors%202010_230610.pdf

Cette étude vise à décrire les dispositifs d'observation de la santé et de ses déterminants à l'échelle de chacune des 26 régions de France, dans l'Hexagone comme en Outre-mer. Il s'agit d'un travail d'identification, de recensement et de description des structures et dispositifs d'observation. Sont également analysées les principales caractéristiques de leur fonc-

tionnement, notamment dans le cadre actuel de la réorganisation du paysage institutionnel lié à la mise en place des Agences régionales de santé et, plus largement, à la révision générale des politiques publiques.

Rhône-Alpes

44881

FASCICULE, INTERNET
Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (F.R.A.E.S.). Lyon. FRA

Promotion de la santé et territoires.

Lyon : FRAES : 2009/12 : 2-12, cartes, fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://education-sante-ra.org/revue/pdf/esra3.pdf>

Ce numéro consacré à la promotion de la santé sous l'angle du territoire aborde les aspects suivants : Comment définir les territoires de santé ? Le territoire est-il une clé pour une approche globale de la santé ? Le lien entre inégalités sociales et territoriales. Quelles sont les réalités en Rhône-Alpes ? Il fait une synthèse du Forum régional : « Les Ateliers Santé Ville en Rhône-Alpes » du 25 juin 2009 et se termine sur une bibliographie.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Accès aux soins

44077

FASCICULE, INTERNET
THOMSON (S.), MOSSIALOS (E.)
Commonwealth Fund (The). New York NY. USA

Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing, and Financial Protection in Six European Countries

Soins de santé primaires et prescription médicamenteuse : couverture, copaiement et protection financière dans six pays européens.

New York : The Commonwealth Fund : 2010/03 : 12p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf

This issue brief describes coverage, cost-sharing, and financial protection for primary care and prescription drugs in Denmark, England, France, Germany, the Netherlands, and Sweden. Very few patients report unmet need for care or find general practitioner care unaffordable. Although none of the six countries spends more than 11 percent of gross domestic product on health care, compared with 16.2 percent in the United States, they are able to provide a level of access to and financial protection for primary care and prescription drugs that far exceeds what is available in the U.S. Several have focused recently on adapting cost-sharing design to reflect value by reducing user charges for highly effective care, preventive care, accepting referral to specialist care, adhering to clinical guidelines, and enrolment in disease management programs. These innovations, and others described in the brief, could help inform U.S. policies for national health insurance reform.

Démographie médicale

43782

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

Le renouvellement des effectifs médicaux. Rapport 2008-2009 de l'ONDPS. Tome 3.

Paris : Ondps : 2009 : 153p.
Cote Irdes : B6852
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/BD_T3ONDPS.pdf

Le tome 3, du rapport annuel de l'Ondps, consacré au renouvellement des effectifs médicaux, rassemble trois contributions. Tout d'abord, un état des lieux dresse un panorama de la démographie des internes en formation en 2008-2009. Puis, un rapprochement de la démographie des médecins et des internes en formation s'inscrit

dans une démarche prospective réalisée par région et par spécialité à l'horizon de cinq à dix ans. Enfin, des projections des effectifs de médecins, réalisées selon plusieurs scénarios, éclairent les perspectives d'ici 2030. Une attention particulière est portée aux situations régionales.

44137

RAPPORT
LEGMANN (M.)

Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.

Paris : La documentation Française :
2010/04 : 46p., graph., annexes
Cote Irdes : B6856
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000184/0000.pdf>

Le Docteur Michel Legmann, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, a été chargé par le Président de la République de mener une réflexion concernant la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale qui prenne en compte les aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population. La mission présente un état des lieux de l'exercice de la médecine en France qui confirme la crise profonde que connaît la médecine libérale : vieillissement des médecins en exercice, manque d'attractivité de l'activité libérale, baisse inéluctable des effectifs médicaux dans les dix prochaines années compte tenu de l'évolution à la baisse du *numerus clausus* de 1972 à 1999, etc. Sur cette base, la mission propose un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de trois axes : la formation, initiale et continue, l'installation et les conditions d'exercice.

Maisons de santé

44551

RAPPORT
DELOITTE. Paris. FRA

Etude de faisabilité d'un pôle et d'une maison de santé pluridisciplinaire à Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier).

Paris : AGHL : 29p., ann.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.aghl.fr/docallier/Diagterritorialstpourcain011209.pdf>

Au sein de la Mission régionale de santé d'Auvergne (MRS), l'Agence régionale d'hospitalisation d'Auvergne (ARH) et l'Union régionale des Caisses d'assurance maladie d'Auvergne (URCAM) souhaitent apporter un soutien du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) à des projets de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) portés sur le territoire auvergnat par des associations de professionnels de santé ou des collectivités. Dans cet objectif, un appel à projets auprès des acteurs concernés a été lancé en juin 2009. Les projets ayant été examinés par la MRS font l'objet d'études d'opportunité et de faisabilité approfondies, menées localement en relation avec les porteurs de projets publics et privés, pour lesquelles la MRS a souhaité s'adjoindre les compétences d'un cabinet extérieur. Le cabinet Deloitte Conseil a été mandaté pour la réalisation de ces études sur plusieurs territoires en Auvergne. La présente étude de faisabilité d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) sur le territoire de la commune de Saint Pourçain-sur-Sioule dans l'Allier s'inscrit dans ce contexte. Ce projet de MSP est porté conjointement par la Communauté de commune en pays Saint-Pourcinois, l'hôpital local « Cœur du Bourbonnais », et les médecins et paramédicaux de la Communauté de communes en pays Saint-Pourcinois. Sur la base d'analyses statistiques et documentaires et de réunions de travail avec les acteurs du territoire, cette étude présente et analyse : l'état des lieux du territoire : les caractéristiques sociodémographiques, sanitaires et sociales de la population du territoire, influant sur les be-

soins en matière de santé ; l'offre de soins sur le territoire : démographie médicale, offre hospitalière, organisation de la permanence des soins, etc. L'avancement du projet, ainsi que les opportunités, les conditions et les freins identifiés dans sa réalisation permettant de donner un avis sur sa faisabilité et sa viabilité.

Recherche

42552

RAPPORT, INTERNET
HUMMERS-PRADIER (E.), BEYER (M.),
CHEVALLIER (P.)
European General Practice Research Network. (E.G.P.R.N.). Maastricht. NDL

Research agenda for General Practice/ Family Medicine and Primary Health Care in Europe.

Programme de recherche en médecine générale et soins de santé primaires en Europe.

Maastricht : European General Practice Research Network : 2009 : 69 p.
Cote Irdes : en ligne
http://www.egprn.org/images/Research%20Agenda%20for%20General%20Practice_Family%20Medicine.pdf

The Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe aims to promote research in family medicine and to help family doctors to develop research proposals that are in line with the problems of practising physicians and their patients. It can also be seen as a tool for policy makers and other agencies interested in funding innovative research, since it identifies areas where research is needed. In that way, the agenda may be used as a guide for deciding about priorities in research at national or international levels.

Refus de soins

44555

RAPPORT
Université Paris Descartes. Institut Droit en Santé. Paris. FRA

Le refus de soins opposé au malade - Résoudre le refus de soins.

Paris : Institut Droit et santé : 2010 : 2 vol. (59p+31p.).

Cote Irdes : B6878/1-2

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html>

A l'initiative de sa formation spécialisée sur le respect des droits des usagers du système de santé, la Conférence nationale de santé a approuvé le 10 juin, à l'unanimité de ces membres, un rapport sur les refus de soins. Ce document repose sur une approche juridique de ces refus. Faisant la part entre ceux qui sont licites et ceux qui sont illicites, il fait ressortir une typologie des refus de soins en fonction des catégories d'auteurs et des motifs. Il comporte également un long développement sur le phénomène des refus de soins : nature, portée, publics concernés. Enfin, non sans avoir fait le point sur les recommandations réitérées par un certain nombre d'organismes publics ou d'organisations privées ces dernières années, le rapport recommande : - d'entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance entre les acteurs avec des chartes partagées entre professionnels de santé et associations de défense des droits des usagers du système de santé qui pourraient être initiées en région ; - d'insérer la politique de lutte contre les refus de soins dans la politique régionale de santé : les conférences régionales de la santé et de l'autonomie qui se mettent en place pourraient organiser le débat public, comme elles en ont maintenant compétence, sur ce sujet ; les Agences régionales de santé pourraient faire figurer la lutte contre les refus de soins dans leur projet régional de santé ; - et enfin de développer des outils juridiques de la protection des droits des usagers. La Conférence nationale de santé propose de don-

ner une valeur probante au testing, d'aménager la charge de la preuve ou d'autoriser le plaider pour autrui.

Régulation

44557

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
MAHYAOUI (Y.)

Portage des réformes par les Délégués de l'Assurance Maladie : mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral.

sl : 2010 : 32p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>

Les dépenses de santé ont conduit les pouvoirs publics français à mettre en place différentes réformes. Ainsi, l'une des plus récentes, la loi du 13 août 2004 comporte un dispositif novateur portant notamment sur des actions ayant pour but la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Parmi ces actions figure la promotion des bonnes pratiques médicales à travers des « thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé », qui sont intégrées dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Ce dispositif permet aux caisses d'assurance maladie d'intervenir directement sur les comportements des médecins. Cette mission est confiée aux « Délégués de l'Assurance maladie » (DAM). L'objet de cette étude est d'appréhender ce nouveau métier comme mode de coordination, à travers la relation assurance maladie/médecin en mobilisant les théories des contrats complets et incomplets. Il s'agit de vérifier si les caisses d'assurance maladie peuvent influencer sur les comportements des médecins par l'intermédiaire des DAM et quel est leur degré d'influence. Une analyse de la relation assurance maladie/médecin nous conduit à défendre l'idée selon laquelle les réformes relatives à la maîtrise des dépenses de santé devraient prendre en compte les caractéristiques intrinsèques à la décision médicale et aux institutions d'arbitrage. L'efficacité des DAM, qui génèrent des coûts de transaction importants, en tant qu'outil incitatif au sens moral, est diffi-

cilement démontrable à cause des effets externes qui interfèrent dans la relation DAM/médecins. Toutefois, ces agents permettent aux caisses de maintenir avec les médecins une relation stable dont la portée est positive notamment dans la perspective de futures réformes. Ce travail s'inscrit dans le prolongement de ceux engagés par l'Inspection générale des affaires sanitaires (Igas) et ouvre la voie à de nouvelles recherches sur les modes de coordination entre les médecins et les caisses d'assurance maladie.

Relations médecin-malade

44969

DIPLOMES, INTERNET

MALVEZIN (E.)

GALAM (E.) / dir.

Université de Paris 07. Paris. FRA

La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian Lehmann, Luc Perino et Martin Winckler.

Thèse pour le doctorat en médecine

Paris : Université Paris 07 : 2010 : 265p..

Cote Irdes : en ligne

http://www.apima.org/img_bronner/These_2010_relation-malvezin.pdf

Depuis le XIXe siècle, nous assistons à une médicalisation de la vie. Le but de cette étude est de voir comment la relation médecin-patient est perçue par trois médecins-écrivains contemporains dans ce contexte. Les ouvrages littéraires de C. Lehmann, L. Périno et M. Winckler sont analysés afin de voir ce que représente pour eux la relation médecin-patient aujourd'hui et quelles en sont ses limites. L'étude d'ouvrages théoriques permet de comprendre l'évolution de la médecine depuis le XIXe siècle. Un entretien avec les trois auteurs permet de préciser les points importants issus de leurs ouvrages. Les résultats sont discutés à l'aide de documents théoriques. La relation médecin-patient apparaît comme un colloque singulier entre un médecin et un patient, qui vont collaborer dans le cadre d'une relation d'expert. Ceci s'effectue dans un respect et une confiance mutuels et aboutit

à une négociation et à un compromis diagnostique et thérapeutique. Mais cette relation est mise en péril par plusieurs facteurs consécutifs à la médicalisation. La formation des médecins généralistes et leurs conditions d'exercice sont inadaptées à leur pratique. L'hyperspécialisation de la médecine favorise le sentiment d'infériorité des généralistes et le nomadisme médical des patients, qui manquent de responsabilisation en matière de santé en l'absence de politique d'éducation sanitaire et surconsommement la médecine. Ce contexte, favorisé par les pouvoirs publics, permet l'emprise de l'industrie pharmaceutique et des médias sur les médecins et les patients. Le constat dressé par les auteurs n'est pas nouveau puisque déjà décrit il y a près de cinquante ans, traduisant un immobilisme du système de soins. Même si les pouvoirs publics tentent d'apporter des solutions dans ce domaine, celles-ci s'avèrent lentes à mettre en place, laissant la médecine générale en souffrance et la protection sociale sur le déclin (Résumé d'auteur).

Rémunérations

44102

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
KANTAREVIC (J.), KRALJ (B.), WEINKAUF (D.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).
Bonn. DEU

Enhanced Fee-for-Service Model and Access to Physician Services: Evidence from Family Health Groups in Ontario

Amélioration du modèle de paiement à l'acte et accès aux services de médecins : données provenant des Family Health group en Ontario.

IZA Discussion Paper ; 4862
Bonn : IZA : 2010/04 : 50p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://ftp.iza.org/dp4862.pdf>

We study an enhanced fee-for-service model for primary care physicians in the Family Health Groups (FHG) in Ontario, Canada. In contrast to the traditional fee-for-service (FFS) model, the FHG model in-

cludes targeted fee increases, extended hours, performance-based initiatives, and patient enrolment. Using a long panel of claims data, we find that the FHG model significantly increases physician productivity relative to the FFS model, as measured by the number of services, patient visits, and distinct patients seen. We also find that the FHG physicians have lower referral rates and treat slightly more complex patients than the comparable FFS physicians. These results suggest that the FHG model offers a promising alternative to the FFS model for improving access to physician services.

45049

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SAMSON (A.L.)
University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

Low-income self-employed GPs: a preference for leisure?

Médecins généralistes à faibles revenus : une préférence pour les loisirs ?

HEDG Working Paper; 10/12
York : HEDG : 2010/07 : 35p., tabl., ann.
Cote Irdes : En ligne
http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/10_12.pdf

In France, each year between 1993 and 2004, 5 to 7% of general practitioners (GPs) earn less than 1.5 times the level of the French minimum wage. This article examines who are those low-income GPs using a representative panel of French self-employed GPs over the years 1993 to 2004. We found that experiencing low incomes, even during a short period of time, has a lasting impact on GPs' incomes over their whole career. Low-income GPs are mainly female or physicians practicing in areas where medical density is high but where the quality of life is also better. To test if low incomes result from a preference for leisure (ie if low-income GPs choose to work less than all other GPs or if they are constrained to), the econometric analysis consists of measuring GPs' reaction to a shock of demand. We show that low-income GPs never react to an increase in demand, while it would give them the opportunity to increase their activity and their incomes. They only react to negative shocks of demand, i.e.

they decrease their activity when they are constrained to. Conversely, all other GPs always react to positive and negative shocks of demand : their activity is strongly constrained by the demand they are facing. We conclude that low-income GPs are physicians who choose to work less : to respond to the increasing demand by increasing their activity would reduce their utility. Their low incomes do not reflect a downgrading of the GPs profession, but rather one of its advantages: as self-employed, GPs can freely choose their number of hours of work. They may choose to work less.

Sociologie médicale

43754

OUVRAGE
BLOY (G.) / dir., SCHWEYER (F.X.) / dir
HERZLICH (C.) / préf.

Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale.

Rennes : Editions EHESP : 2010 : 424p.
Cote Irdes : A4031

<http://www.amazon.fr/Singuliers-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-Sociologie-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale/dp/2810900213>

Chacun de nous connaît un médecin généraliste, en qui il peut trouver un interlocuteur privilégié pour ses soucis de santé. En tant que groupe professionnel pourtant, les généralistes ont longtemps été peu considérés dans notre système de soins et restent méconnus : que sait-on des façons d'être généraliste ? De l'évolution de la profession ? Souvent passionnés par leur métier vécu comme un engagement personnel, les médecins généralistes sont-ils satisfaits de leurs conditions de travail et de leur place dans la société ? À partir d'enquêtes récentes, des sociologues expliquent ce que sont et ce que font les généralistes dans leur cabinet, ils analysent les « flous du métier » et la place du généraliste dans un système de santé en transformation. Écrits dans un style accessible, ces travaux éclaireront les dynamiques et les réformes d'une médecine générale aujourd'hui placée au cœur de l'actualité.

Transfert de compétences

43367

DOCUMENT DE TRAVAIL
MOUSQUES (J.), BOURGUEIL (Y.), LE FUR (P.), YILMAZ (E.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care.

L'impact d'une expérimentation française de travail en équipe, entre généralistes et infirmières, sur l'efficacité et les coûts du suivi des patients diabétiques de type 2.

Document de travail Irdes ; 29
Paris : Irdes : 2010/01 : 17p.
Cote Irdes : DT29
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatientsCare.pdf>

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié d'au moins une consultation infirmière

d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

44106

RAPPORT, INTERNET

LAURANT (M.), HARMSEN (M.), FABER (M.)

Health Foundation. Quest for Quality and Improved Performance. (Q.Q.I.P.). Londres. GBR

Revision of professional roles and quality improvement. A review of the evidence

Révision des rôles des professionnels et amélioration de la qualité. Une revue de l'évidence.

Londres : Health Foundation : 2010/02 : 107p., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

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

This report focuses on the revision of roles between doctors and: advanced practice nurses such as nurse practitioners, specialist nurses, clinical nurses and practice nurses, physician assistants pharmacists, and allied healthcare professionals such as physical therapists, speech and language therapists, dietitians and paramedics. The report considers the impact of professional role revision on quality of care and outcomes.

HÔPITAL - ALTERNATIVES

Assistance publique

44059

RAPPORT

Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France. (C.R.C.). Marne la Vallée. FRA

Organisation des soins à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) -

Exercices 2004 et suivants : rapport d'observations définitives.

Marne la Vallée : CRC Ile de France :

2010/03 : 53p.

Cote Irdes : B6873

Dans ce rapport, la Chambre régionale des Comptes d'Ile-de-France constate les inadéquations existantes dans l'affectation des ressources disponibles à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et la grande inertie des structures que révèle l'analyse de différents segments des plateaux médico-techniques (biologie, imagerie, blocs opératoires).

CHU

44064

RAPPORT

MARESCAUX (J.)

Rapport de la Commission sur les Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU).

Paris : la documentation française :

2010/02 : 14p.

Cote Irdes : B6875

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000157/0000.pdf>

La création des Instituts hospitalo-universitaires (IHU), proposée par la Commission sur l'avenir des CHU, doit permettre d'accélérer la recherche biomédicale en France. Un financement spécifique de 850 millions d'euros est prévu pour la création des 5 IHU dans le cadre des priorités d'investissements d'avenir financées par l'emprunt national.

Coûts de l'hospitalisation

44866

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

KOECHLIN (F.), LORENZONI (L.),

SCHREYER (P.)

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

Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of a Pilot Study.

Comparer les niveaux de prix des services hospitaliers dans plusieurs pays : résultats d'une étude pilote.

OECD Health Working Paper; 53
Paris : OCDE : 2010/07 : 57p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5km91p4f3rzw.pdf?expires=1285316790&id=0000&acname=quest&checksum=4D004669C47C46D9DD86B794026BE92D>

Les services de santé représentent une part importante et croissante de la production et des dépenses dans les pays de l'OCDE mais avec des différences notables entre pays dans les dépenses par habitant. Savoir si de telles différences sont dues aux quantités de services consommés dans tel ou tel pays ou reflètent des différences dans les prix des services est une question fondamentale pour mener une politique pertinente. Jusqu'à présent, les comparaisons entre pays du prix des services de santé sont rares et rendues difficiles par les problèmes de mesure. Cet article présente un ensemble de prix comparatifs pour les services hospitaliers dans une sélection de pays de l'OCDE. Ces données sont inédites car elles reflètent « les quasi-prix » (prix négociés ou réglementés ou tarifs) de la production de services hospitaliers. Traditionnellement, les prix de ces produits étaient comparés en utilisant les prix des « input » (approche par les coûts) tels que les taux de salaire du personnel médical. La nouvelle méthodologie s'écarte de cette approche pour tendre vers une approche « output ». Cela devrait permettre de saisir les différences de productivité entre les pays et d'ouvrir la voie à des comparaisons plus significatives du volume des services de santé fournis aux consommateurs dans les différents pays. Un des résultats clés de cette étude pilote est que le niveau de prix des services hospitaliers aux États-Unis est de plus de 60 % supérieur au niveau de prix moyen des 12 pays inclus dans l'étude. En revanche, les niveaux de prix sont significativement plus bas en Corée, en Israël et en Slovaquie.

Ehpad

43774

OUVRAGE
ROUSSEL (P.)

La visite de conventionnement des EHPAD. Guide à l'usage des partenaires conventionnels.

Rennes : Editions de l'Ensp : 2004/02 : 142p.

Cote Irdes : A4041

<http://www.presses.ehesp.fr/social-et-medico-social/personnes-agees/Details/106/40/social-et-medico-social/personnes-agees/la-visite-de-conventionnement-des-ehpad.html>

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) introduit l'obligation d'un conventionnement pluriannuel entre chaque établissement et ses tarificateurs. Un axe majeur de ce conventionnement concerne la qualité des prestations. Chaque établissement doit engager une démarche d'auto-évaluation collective, point de départ du processus de conventionnement. Celui-ci comporte une visite de l'établissement qui a pour but d'aboutir à un diagnostic partagé, inaugurant ainsi des relations nouvelles entre gestionnaires des EHPAD et autorités de tarification. Ce guide a pour ambition de favoriser des pratiques de visite mieux définies, partagées et efficaces. Il présente les enjeux et objectifs de la visite, puis propose des outils, des référentiels, des méthodes et des fiches thématiques utiles à tous les partenaires, financeurs comme responsables d'établissement. Il intéressera aussi tous les acteurs concernés par les exigences de la loi du 2 janvier 2002 en matière d'évaluation interne et externe.

Études d'ensemble

44931

OUVRAGE

ARNAULT (S.), AUDE (J.), BEN YAALA(M.), et al.

CHALEIX (M.) / coor., EXERTIER (A.) / coor., MINODIER (C.) / coor.

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

Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2007.

Paris : Drees : 2010 : 167p., tabl., graph.

Cote IRDES : en ligne

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/les-etablissements-de-sante-un-panorama-pour-l-annee-2007.html>

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.

Hospitalisation à domicile

44260

OUVRAGE

DALMASSO (R.)

L'hospitalisation à domicile.

Bordeaux : Les Etudes hospitalières : 2010 : 104p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4048

<http://www.leh.fr/edition/page005003500.html>

L'hospitalisation à domicile connaît actuellement un développement accéléré. Demande des patients, réponse aux difficultés économiques du système de santé, adaptation aux nouvelles pathologies, évolution des technologies... Ce mode de prise en charge apparaît comme une excellente alternative, présentant les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'une hospitalisa-

tion traditionnelle. Mis en œuvre par des professionnels de différents milieux, il répond à des conditions techniques de fonctionnement strictes dont la coordination doit être exemplaire : c'est la principale mission de l'HAD. Cet ouvrage est issu d'une expérience de terrain ayant permis le développement d'une structure d'HAD. Il est destiné au grand public, pour lui faire mieux connaître ce mode de prise en charge, et aux professionnels de santé souhaitant mettre en œuvre ou développer une structure de ce type.

Indicateurs de gestion

42911

RAPPORT

OR (Z.), RENAUD (T.)

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

Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières.

Paris : Irdes : 2009/12 : 86p.

Cote Irdes : R1777

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2009/rap1777.pdf>

Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, à ce jour, aucune étude ne vérifie le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude teste l'existence et l'ampleur de la corrélation entre le volume d'activité et les résultats de soins hospitaliers en France pour huit prises en charges distinctes : chirurgie lourde (résection de cancer du côlon, résection pancréatique, pontage aorto-coronarien), chirurgie plus courante (appendicectomie, prothèse totale de hanche, pose de stent) ou prise en charge médicale (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde). A partir des données du PMSI-MCO 2006, nous réalisons une modélisation multi-niveaux logistique pour évaluer l'effet du volume d'activité d'un établissement sur la probabilité de réadmission et de décès à 30 jours, en contrôlant à la fois le profil clinique des patients pris en charge et

les différences organisationnelles entre établissements. Les résultats montrent qu'il y existe un lien significatif entre volume d'activité et résultats de soins pour la plupart des prises en charge, mais que l'ampleur et la forme de ce lien varient selon le niveau de technicité de la procédure. De plus, la relation est non linéaire : l'impact du volume sur les résultats de soins s'atténue au fur et à mesure que l'activité augmente. Cela suggère qu'il serait efficient de limiter le nombre d'établissements à très faible volume mais qu'il y aurait sans doute peu de bénéfice supplémentaire à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.

Infections nosocomiales

44259

OUVRAGE
PARNEIX (P.), STINGRE (D.)

Les infections nosocomiales et associées aux soins.

Bordeaux : Les Etudes hospitalières :
2010/02 : 266p., index
Cote Irdes : A4047

Fréquemment favorisées par la situation médicale du patient, les infections nosocomiales sont favorisées par les actes invasifs nécessaires au traitement de la pathologie et leur prévention nécessite l'application rigoureuse des recommandations de bonnes pratiques. La lutte contre les infections nosocomiales relève d'un dispositif national mis en place en France depuis 1988. Des structures nationales de coordination et de surveillance sont associées à des centres interrégionaux de lutte contre ces infections. Dans chaque établissement de santé, un comité de lutte a en charge la politique de surveillance, de prévention et de formation des personnels hospitaliers. À l'heure de la diffusion du nouveau programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2009-2013, cette troisième édition revue et actualisée aborde leurs aspects épidémiologiques et cliniques. Elle décrit l'organisation de la lutte contre ces infections et apporte les informations les plus récentes concernant l'évaluation du dispositif de maîtrise et de prévention (signalement, accréditation...). Les grands principes d'hygiène

hospitalière sont abordés dans les aspects « prévention ». Les conséquences juridiques des infections nosocomiales sont analysées dans leurs aspects jurisprudentiels les plus récents. L'incidence législative née de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est intégralement traitée.

Organisation hospitalière

44558

RAPPORT
MALLOT (J.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Mission
d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Fi-
nancement de la Sécurité Sociale.
(M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Rapport d'information sur le fonctionnement de l'hôpital.

Paris : Assemblée Nationale : 2010 : 171p.,
ann.

Cote Irdes : B6879

[http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-
info/i2556.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp)

Ce rapport d'information fait la synthèse des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « le fonctionnement de l'hôpital ». La mission, qui a centré son analyse sur les établissements hospitaliers publics, a étudié les voies et moyens de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement interne des établissements afin d'améliorer la qualité du service médical rendu aux usagers et leur efficacité médico-économique. Le document comporte 46 propositions visant à réorganiser et à améliorer le fonctionnement des hôpitaux, et donc leur performance. Les pistes tracées portent sur le pilotage de l'efficacité médico-économique (fixer des objectifs aux ARS en la matière), l'appui technique aux réorganisations hospitalières et la prise en compte de l'efficacité (clarification des missions des multiples structures chargées de l'audit et de l'accompagnement des hôpitaux), la mise en place des pôles (instauration d'audits d'efficacité médico-économique obligatoires), les outils de pilotage et de gestion dans les établissements (généralisation de la comptabilité analytique

performante dans les deux ans, accélération des dispositifs d'aides à la performance), les évolutions de l'activité hospitalière (lever les freins au développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, poursuivre le développement de l'HAD), la régulation par la qualité (mise en place et diffusion de référentiels, veiller davantage à la pertinence des interventions et des soins), l'efficacité des achats et la sécurité juridique des marchés publics (rendre obligatoire le recours aux groupements d'achats hospitaliers), les rapports avec les usagers (améliorer l'information des usagers), le financement des établissements (généralisation du codage à la source, au lit du malade, des séjours et des actes par les professionnels de santé et généralisation des paiements des patients dès leur entrée à l'hôpital pour la consultation, les actes et examens programmés), la gestion du personnel. Tous ces progrès dans la gestion des hôpitaux français paraissent plus que jamais urgents, alors que ceux-ci vont être amenés à davantage se serrer la ceinture. Déjà cette année, les tarifs de rémunération des actes hospitaliers ont été gelés. Et l'objectif d'un retour à l'équilibre des hôpitaux en 2012 est confirmé.

qui a inscrit la désinstitutionnalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial. Le développement des services de santé mentale au plus proche du lieu de vie du patient, dans le sillage de la désinstitutionnalisation, est un processus avec de nombreuses implications géographiques. Malgré la forte dimension spatiale des politiques de soins en santé mentale en France, le champ de la recherche de la géographie des soins psychiatriques est très peu développé en France, comparé aux autres pays occidentaux. Cette recherche analyse, tout d'abord, la localisation des services de santé mentale du XIXe siècle à nos jours, démontrant l'extrême difficulté d'achever les ambitions politiques initiales de la politique de sectorisation. Les critères administratifs, économiques et sociaux, ainsi que des pratiques d'exclusion, ont souvent dépassé les objectifs cliniques. En combinant approches qualitatives, analyses à l'échelle nationale et locale, cette recherche propose une lecture spatiale de l'histoire de la psychiatrie française institutionnelle et ouvre un large champ de recherches potentielles en France (Résumé d'auteur).

Psychiatrie

44262

DIPLOMES

COLDEFY (M.)

PUMAIN (D.) / Dir.

Université de Paris I Panthéon-Sorbonne.

Ecole Doctorale de Géographie. Paris. FRA

De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France.

Thèse de doctorat de géographie.

Paris : Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne : 2010/06 : 516p., tabl., graph., fig., ann.

Cote Irdes : B6861

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMe-moires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>

Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIXe siècle à la politique de sectorisation,

Ssiad

43694

RAPPORT

CHEVREUL (K.) / dir., HEYRIES (F.) / préf., BAHRAMI (S.), LUCIER (S.), LELOUARNE (J.F.), CANAPE (S.), GABACH (P.), EON (Y.), COM-RUELLE (L.)

Unité de Recherche en Economie de la Santé d'Ile de France. (URC ECO IdF). Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. (M.T.S.F.P.) Paris. FRA.

Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants.

Paris : URC ECO : 2009/12 : 2 vol.

(86p+288p.); tabl., fig.

Cote Irdes : R1784

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

rite.gouv.fr/IMG/pdf/AnnexesDecembre_2008.pdf

Cet ouvrage rapporte les résultats de l'étude conduite en 2007 sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et leurs patients, auprès de 36 services dans 5 régions métropolitaines. Première étude à caractère national, d'une part, elle décrit, sur la base d'un échantillon représentatif des bénéficiaires, la patientèle de ces services, ses caractéristiques démographiques, son niveau de dépendance, les déficiences et pathologies qu'elle présente, et enfin le mode de vie et le contexte social dans lequel les prestations sont dispensées. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Cette grande variabilité explique que les SSIAD soient face à des situations financières très différentes en fonction de la population qu'ils desservent. Un certain nombre de facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, est identifié. Une réflexion reste à conduire sur l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD.

PROFESSIONS DE SANTÉ

Infirmières

44867

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

Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries

Rôles avancés des infirmiers : une description et une évaluation des expériences menées dans 12 pays développés.

OECD Health Working Paper; 54

Paris : OCDE : 2010/07 : 103p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocu-mentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&dclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocu-mentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&dclanguage=en)

Beaucoup de pays cherchent à améliorer la prestation des soins de santé en examinant les rôles des différents corps professionnels, y compris les infirmières. Le développement de nouveaux rôles infirmiers plus avancés peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée voire en diminution. Cela pourrait aussi permettre de contenir les coûts en déléguant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières. Cette étude analyse le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni), en se concentrant notamment sur leurs rôles dans les soins primaires. Elle analyse aussi les évaluations des impacts sur les soins des patients et les coûts. Le développement des rôles avancés infirmiers varie grandement. Les États-Unis et le Canada avaient déjà établi la catégorie des « infirmières praticiennes » au milieu de la décennie 1960. Le Royaume-Uni et la Finlande ont aussi une longue expérience de différentes formes de collaboration entre les médecins et les infirmières. Bien que le développement de la pratique infirmière avancée en Australie et en Irlande soit plus récent, ces deux pays mènent depuis quelques années une politique très active de mise en place de nouveaux programmes d'enseignement et de création de postes. Dans les autres pays de l'étude, la reconnaissance officielle de la pratique infirmière avancée n'en est qu'à ses débuts, bien que certaines pratiques avancées non officielles puissent déjà exister de fait. Les évaluations montrent que le recours aux infirmières en

rôles avancés peut effectivement améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente. Les infirmières en rôles avancés sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services, comme le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure et le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients, principalement parce que les infirmières tendent à passer plus de temps avec les patients, et fournissent des informations et des conseils. Certaines évaluations ont tenté d'estimer l'impact des pratiques infirmières avancées sur les coûts. Lorsque les nouveaux rôles impliquent une substitution des tâches, la plupart des évaluations concluent à un impact réducteur ou neutre à l'égard des coûts. Les économies réalisées sur les salaires des infirmières par rapport aux médecins peuvent être compensées par de plus longue durée de consultation, un plus grand nombre d'adressages de patients à d'autres médecins ou une augmentation du taux de réitération des consultations et, parfois, la prescription d'un plus grand nombre d'examens. Lorsque les nouveaux rôles consistent en des tâches supplémentaires, certaines études indiquent que l'impact est une augmentation des coûts.

Masseurs-kinésithérapeutes

43780

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA

Analyse des professions. Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute. Rapport 2008-2009 de l'ONDPS. Tome 2.

Paris : Ondps : 2009 : 115p.

Cote Irdes : B6851

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_2008-2009_ONDPS.pdf

Le tome 2 du rapport annuel de l'Ondps, Analyse des professions : Insuffisance ré-

nale chronique, masseur kinésithérapeute, fournit une analyse de la prise en charge médicale de l'insuffisance rénale chronique. L'état des lieux, plus particulièrement approfondi dans quatre régions, permet de mettre en lumière les liens entre les données démographiques, la patientèle et l'implantation territoriale des structures de soins, mais aussi d'étudier les comportements des plus jeunes. Trois scénarii d'évolutions illustrent les questions à débattre et les choix qui pourraient s'opérer. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude consacrée au métier de masseur-kinésithérapeute. Elle rassemble les principales données démographiques et identifie les diverses facettes de l'exercice du métier.

Pharmaciens

44906

RAPPORT

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

Les pharmaciens : statistiques au 1er janvier 2010.

Paris : Cnop : 2010 : 241p., tabl.

Cote Irdes : S46/1

Ce document, publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1er janvier 2010. La répartition harmonieuse des pharmaciens en contact avec le public, biologistes, hospitaliers et officinaux, est toujours une réalité sur l'ensemble du territoire. Les zones rurales et les zones sensibles ne sont pas désertées. La régulation territoriale remplit pleinement ses objectifs. Dans un système de santé qui souffre, l'Ordre national des pharmaciens renforce son action pour garantir l'accès aux soins à tous.

44952

FASCICULE

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

Panorama au 1er janvier 2010.

Paris : CNOP : 2010 : 22p., 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.

MÉDICAMENTS

Contrefaçons

44282

RAPPORT

Union des Fabricants pour la Protection Internationale de la Propriété Intellectuelle. (U.N.I.F.A.B.). Paris. FRA

L'impact de la contrefaçon vu par les entreprises en France.

Paris : Unifab : 2010/04 : 136p.

Cote Irdes : B6868

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000186/0000.pdf>

L'Union des Fabricants (Unifab), association française de lutte anti-contrefaçon qui regroupe près de 300 membres, missionnée par le ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, publie ici un rapport tendant à évaluer l'impact subi par les entreprises implantées en France du fait de la contrefaçon. Un panorama du phénomène dans le monde a été dressé, pays par pays, produits par produits, au travers d'un catalogue de données chiffrées émanant d'organismes internationaux, d'administrations locales, d'associations, d'agences privées. Les principaux constats qui se dégagent de cette étude sont : 27 % des entreprises dépensent plus d'1 million d'euros par an pour protéger leurs droits à travers le monde, 16 % y consacrent plus de 10 millions d'euros ;

57 % des entreprises indiquent que le faux a un impact direct sur l'emploi ; 54 % estiment que la contrefaçon est un frein à l'innovation ; la Chine est considérée par 73 % des sondées comme le premier exportateur de contrefaçons au monde ; Internet est désigné comme le premier canal de distribution des copies, avec 40 % des suffrages ; 86 % des entreprises jugent que l'explosion de la contrefaçon est en partie due au fait que le consommateur n'est pas suffisamment conscient des incidences de ce trafic.

Industrie pharmaceutique

43733

OUVRAGE

HOREL (S.)

Les médicamenteurs. Labos, médecins, pouvoirs publics : enquête sur des liaisons dangereuses.

Paris : Editions du Moment : 2010 : 315p., annexes

Cote Irdes : A4016

Avec son record mondial de quarante boîtes de médicaments par personne et par an, la France serait peuplée de goinfres de pharmacie. Principale réplique à cette « surconsommation » de médicaments : la « responsabilisation » des patients. Les cancéreux, diabétiques, cardiaques et autres insuffisants rénaux ne font vraiment pas d'efforts, les vilains. Et qu'en est-il des autres « responsables » ? Des autorités qui supervisent le marché très particulier des médicaments ? Des laboratoires pharmaceutiques qui n'ont pas vocation à faire de la charité publique ? Des médecins qui ont souvent la main lourde quand ils rédigent leurs ordonnances ? Quelques réponses en suivant le chemin des médicaments dans le système de santé français. Les pouvoirs publics sont questionnés sans détours sur leurs « responsabilités ». Installée à tous les étages des défaillances de l'État, l'industrie pharmaceutique a-t-elle gagné la bataille d'influences ? Notre système de santé serait-il pris au piège d'intérêts économiques qui n'ont plus grand-chose à voir avec la santé de tous ? (4^e de couverture.)

43776

RAPPORT, INTERNET
TUNON DE LARA (M.)

Les besoins actuels et futurs des industries de santé en termes de formation.

Paris : La Documentation française, Paris :
Ministère de l'enseignement supérieur et de
la recherche : 2010 : 140p., tabl., annexes
Cote Irdes : en ligne
[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.
fr/BRP/104000105/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000105/0000.pdf)

Le secteur des industries de santé, intégré dans une économie mondialisée, soumis à des exigences de compétitivité élevées, connaît actuellement de profondes évolutions structurelles et un changement de modèle d'activité liés à des facteurs scientifiques, économiques, démographiques et sociétaux. Cette mutation va, à court ou moyen terme, exiger des compétences nouvelles capables de comprendre les enjeux et de contribuer à les relever. De son côté, l'université et d'une manière plus générale l'enseignement supérieur ont engagé des réformes structurelles visant à une plus grande autonomie qui doivent permettre une meilleure réactivité et adaptation à notre environnement économique et social. Dans ce contexte, l'objectif de ce rapport est d'analyser les besoins actuels et futurs des différents secteurs des industries de santé (médicament, biotechnologies, dispositifs et matériels médicaux) et de proposer, en fonction de ceux-ci, une évolution de notre offre de formation. Cinq grandes recommandations sont ainsi proposées et déclinées en une série d'actions ayant pour objectifs de relever les défis générés par les avancées scientifiques et techniques dans le domaine de la santé, d'une part, et les données économiques de ce secteur d'autre part.

44613

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

L'industrie du médicament en France. Faits et chiffres 2009.

Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services : 2010 : 93p., tabl., graph., index

Cote Irdes : En ligne
[http://www.leem.org/leem-
image/leem/document/1480.pdf](http://www.leem.org/leem-image/leem/document/1480.pdf)

Cette brochure dresse le bilan économique et statistique du secteur pharmaceutique en France. Elle présente les dernières données chiffrées relatives à l'industrie pharmaceutique (production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, bénéfices, investissements, recherche et développement, exportations et importations, marché intérieur et mondial), au médicament et au secteur de la santé (prix, consommation, environnement économique, système de santé et remboursements, comparaison internationale des systèmes de santé, données générales sur la santé).

44984

RAPPORT
AUTAIN (F.), MILON (A.)
Sénat. Paris. FRA

Rapport sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le gouvernement de la grippe A (H1N1)v. Tome I : rapport.

Paris : La documentation française ; Paris :
Sénat : 2010/07 : 163p.
Cote Irdes : B6912
[http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapp
orts-publics/104000445/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000445/index.shtml)

La commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1) a étudié les questions soulevées par sa résolution constitutive à travers la chronique d'une pandémie annoncée - la pandémie H5N1 - et celle de la pandémie déclarée, qui ne fut pas celle qu'on attendait. La pandémie A (H1N1)v, « première pandémie du XXI^e siècle », comme l'a désignée l'Organisation mondiale de la santé (OMS), n'a pas eu la sévérité redoutée, même si elle a pu présenter des formes très graves, qui ont été à l'origine de quelque 18 000 décès dans le monde, dont 312 en France. La pandémie H1N1 ne ressemblait donc en rien à la pandémie H5N1 annoncée, à laquelle s'étaient préparés, sous l'égide de l'OMS, la France et de nombreux autres Etats, ainsi que le retrace la première partie de l'analyse de la commission d'enquête. Cela a surpris puis suscité de vives et nom-

breuses critiques à l'encontre de l'OMS. Le rapport tente d'apprécier ce qu'il faut retenir de ces critiques. La seconde partie du rapport, consacrée à la chronique de la pandémie déclarée, analyse sa gestion en France et la mise en œuvre du plan « Pandémie grippale », qui offre l'occasion de réfléchir au fonctionnement et à l'organisation de l'expertise sanitaire, mais aussi de s'interroger sur le déséquilibre des relations contractuelles entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de vaccins. Sur ces différents points - et quelques autres ? La commission estime nécessaire de tirer les leçons de « la première pandémie du XXIe siècle ». C'est l'objet des 38 propositions que contient le rapport. A noter que les annexes du rapport sont disponibles dans un tome II consultable à l'adresse suivante : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000446/index.shtml>

44494

RAPPORT, INTERNET
HOLLIS (A.), POGGE (T.)
University of Yale. Incentives For Global Health. (I.G.H.). Health Impact Fund. New Haven. CT. USA

The Health Impact Fund: Making Medicines Accessible for All.

Le projet Health Impact Fund : Rendre les médicaments accessibles à tous.

New Haven : IGH : 2010 : 152p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.yale.edu/macmillan/igh/hif_book.pdf
http://www.yale.edu/macmillan/igh/files/HIF_supplementsNov09.pdf

The chief problems with the present system governing the development and distribution of medicines are well known: despite relatively low manufacturing costs, patented medicines are often very expensive and are therefore unaffordable for most people; and diseases concentrated among the poor attract little or no pharmaceutical research. As a result of both factors, the disease burden among the poor is, avoidably, very high. Many diseases of the poor are communicable and expose all of humanity to the risk of new and virulent strains. These problems are further aggravated: by patients who, often deterred by high prices, fail to complete a full course of treatment; by lack of access

to competent medical staff who would ensure that medicines are taken correctly; and by counterfeiters, often attracted by high prices, who may dilute a medicine's active ingredients. In addition, competitive marketing and litigation costs reduce the return from innovation, and make it a less attractive investment. Each of these problems has provoked ideas and initiatives by academics, NGOs, governments, and international agencies. By supporting both innovation and real access, the Health Impact Fund extends the best of these ideas into one comprehensive, unified solution that makes substantial progress toward a rational system of developing and distributing worldwide the pharmaceuticals we all need.

Marché du médicament

44684

RAPPORT
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Direction de l'Evaluation de la Publicité et des Produits Cosmétiques et Biocides. Saint-Denis. FRA

Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1998-2008.

St Denis : AFSSAPS : 2010/05 : 126p., graph., tabl., annexes.
Cote Irdes : en ligne
http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rapport_vente_medicament_1996-2006.pdf

Ce Tableau de Bord consacré à l'analyse du marché pharmaceutique français présente les chiffres clés, les principales données de l'année écoulée 2008 mais aussi des données complémentaires retraçant l'évolution des ventes au cours de ces vingt dernières années.

44687

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

Mémento du médicament 2010.

Paris : FNMF : 2009/05 : 10p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne

Ce dépliant fournit aux acteurs du système de santé les principales données sur le marché du médicament en France pour l'année 2009 et le détail de son financement par les mutuelles. Il analyse notamment le taux de prescription en dénomination commune internationale (DCI), toujours faible en France, malgré l'obligation introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009, de prescrire en DCI toutes les spécialités figurant dans les groupes génériques. Seulement 11 % des lignes de prescription sont rédigées en DCI. Pourtant, elle présente de nombreux avantages en matière de santé publique, de bon usage et sur le plan économique. Il fait également un focus sur les dépenses de médicaments à service médical rendu insuffisant qui se sont élevées à 384 millions d'euros en 2009, alors qu'ils ne devraient plus être remboursés conformément à la réglementation. Les remboursements se concentrent principalement sur les médicaments vasodilatateurs alors que leur performance a été jugée insuffisante par la Haute Autorité de santé (HAS). Ils sont aussi susceptibles d'entraîner une perte de chance, par inobservance d'autres traitements majeurs chez des patients notamment âgés qui présentent en général plusieurs facteurs de risque et qui sont donc polymédiqués. Il montre enfin que l'essor de la délivrance de médicaments génériques a permis d'éviter 1,4 milliard d'euros de dépenses supplémentaires en 2009. Cette économie aurait pu s'élever à 2 milliards d'euros si l'acceptation des génériques avait été totale. Malgré une progression significative des ventes, +7 %, les médicaments génériques ne représentent en valeur que 13,5 m% du marché total des médicaments vendus en pharmacie. Pour la Mutualité Française, cette situation résulte notamment de la mise en place de nombreuses stratégies d'entrave au développement des médicaments génériques par les laboratoires princeps : dépôts de brevet secondaires, campagnes de dénigrement et stratégies de contournement des génériques.

44941

DOCUMENT DE TRAVAIL

TIMUR (A.), PICONE (G.), DESIMONE (J.S.)

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

Has the European Union Achieved a Single Pharmaceutical Market?

L'Union européenne est-elle parvenue à réaliser un marché pharmaceutique unique ?

NBER Working Paper Series ; 16261
Cambridge : NBER : 2010/08 : 31p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://papers.nber.org/papers/w16261>

This paper explores price differences in the European Union (EU) pharmaceutical market, the EU's fifth largest industry. With the aim of enhancing quality of life along with industry competitiveness and R&D capability, many EU directives have been adopted to achieve a single EU-wide pharmaceutical market. Using annual 1994–2003 data on prices of molecules that treat cardiovascular disease, we examine whether drug price dispersion has indeed decreased across five EU countries. Hedonic regressions show that over time, cross-country price differences between Germany and three of the four other EU sample countries, France, Italy and Spain, have declined, with relative prices in all three as well as the fourth country, UK, rising during the period. We interpret this as evidence that the EU has come closer to achieving a single pharmaceutical market in response to increasing European Commission coordination efforts

Médicaments antibiotiques

45032

CONGRES

CHOFFNES (E.R.) / rapp., RELMAN (D.A.) / rapp., MACK (A.) / rapp.

Institute of Medicine. (I.O.M.). Washington DC. USA

Antibiotic Resistance: Implications for Global Health and Novel Intervention Strategies: Workshop Summary

Résistance aux antibiotiques : implications pour la santé globale et stratégies d'intervention originale. Résumé du workshop.

Forum on Microbial Threats. Board on Global Health. Washington, 2010/04/06-07
Washington : The National Academy Press : 2010 : 422p., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12925

Infectious diseases remain among the leading causes of morbidity and mortality on our planet. The development of resistance in microbes—bacterial, viral, or parasites—to therapeutics is neither surprising nor new. However, the scope and scale of this phenomenon is an ever increasing multinational public health crisis as drug resistance accumulates and accelerates over space and time. Today some strains of bacteria and viruses are resistant to all but a single drug, and some may soon have no effective treatments left in the “medicine chest.” The disease burden from multidrug-resistant strains of organisms causing AIDS, tuberculosis, gonorrhea, malaria, influenza, pneumonia, and diarrhea is being felt in both the developed and the developing worlds alike. The accelerating growth and global expansion of antimicrobial¹ resistance (hereinafter referred to as AMR) is a demonstration of evolution in “real time” in response to the chemical warfare waged against microbes through the therapeutic and non-therapeutic uses of antimicrobial agents. After several decades in which it appeared that human ingenuity had outwitted the pathogens, multidrug-resistant “superbugs” have become a global challenge, aided and abetted by the

use, misuse, and overuse of once highly effective anti-infective drugs. Pathogens resistant to multiple antibacterial agents, while initially associated with the clinical treatment of infectious diseases in humans and animals, are increasingly found outside the healthcare setting. Therapeutic options for these so-called community-acquired pathogens, such as methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) are extremely limited, as are prospects for the development of the next generation of antimicrobial drugs.

45033

RAPPORT, INTERNET

MOSSIALOS (E.), MOREL (C.M.), EDWARDS (S.) et al.

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

Policies and incentives for promoting innovation in antibiotic research.

Politiques et incitations pour la promotion de l'innovation dans la recherche sur les antibiotiques.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 195p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/120143/E94241.pdf

High levels of pathogen resistance are, one-by-one, rendering current antibiotics obsolete. Coupled with insufficient investment in discovering new treatments, multidrug-resistant infections pose an increasingly urgent public health concern. To curb the growth of antibiotic resistance and prevent major morbidity and mortality from multidrug-resistant bacterial infections we must address overuse and actively promote research and development for antibiotics with novel mechanisms of action. This must be done through appropriately designed incentives for health and regulatory systems in addition to economic incentives to attract academic interest and industry investment. This book analyses many of the proposed policies and incentive mechanisms that are on the table and sheds light on the key issues that can help policy-makers reach informed, concrete decisions on how to avert

this potential public health crisis (4^e de couverture).

Médicaments génériques

44506

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL
HOLLIS (A.)
University of Calgary. Department of Economics. Calgary. CAN

Generic drug pricing in Canada: components of the value-chain

Fixation des prix des médicaments génériques au Canada : composants d'une chaîne de valeurs.

University of Calgary Department of Economics . 2010-10
Calgary : University of Calgary : 2010/01 : 32p.

Cote Irdes : En ligne

http://econ.ucalgary.ca/sites/econ.ucalgary.ca/files/publications/generic_pricing_policy_2010-Hollis.pdf

The problem of obtaining fair pricing for generic drugs has led to a series of regulatory measures in Canadian provinces. This paper offers a new way of thinking about the problems that need to be addressed, by considering three core components of the value chain of getting generic drugs to Canadians: litigation, production, and pharmacy services. The paper proposes that each component of this value chain should be paid for separately, using a royalty to reward successful litigation that benefits payers; a competitive market framework to pay for production; and a transparent, independent regulatory process to set dispensing fees for pharmacies. This approach would enable the total expenditures to match costs, would enable provinces to set appropriate quality and convenience standards for pharmacy, and would provide a measure of predictability for investors. The paper emphasizes that it is important to establish a separate mechanism for rewarding litigation that eliminates invalid patents. The savings to Canadians from such litigation exceeds one billion dollars annually. Without addressing the need to reward this valuable activity, it is dangerous for payers to drive down generic prices, since generic firms will

lack incentives to invest in costly litigation. The paper also encourages governments to establish independent regulatory authorities to set fair fees for pharmacies by employing processes similar to those used in other price regulation agencies.

Observance thérapeutique

43344

DOCUMENT DE TRAVAIL
ENCINOSA (W.), DIDEM (B.), DOR (A.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Does Prescription Drug Adherence Reduce Hospitalizations and Costs?

L'observance thérapeutique réduit-elle les hospitalisations et les coûts ?

NBER Working Paper Series; n° 15691
Cambridge : NBER : 2010/01 : 35p., tabl., annexes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.nber.org/papers/w15691>

We estimate the impact of diabetic drug adherence on hospitalizations, ER visits, and hospital costs, using insurance claims from MarketScan® employer data. However, it is often difficult to measure the impact of drug adherence on hospitalizations since both adherence and hospitalizations may be correlated with unobservable patient severity. We control for such unobservables using propensity score methods and instrumental variables for adherence such as drug co-insurance levels and direct-to-consumer-advertising. We find a significant bias due to unobservable severity in that patients with more severe health are more apt to comply with medications. Thus, the relationship between adherence and hospitalization will be underestimated if one does not control for unobservable severity. Overall, we find that increasing diabetic drug adherence from 50% to 100% reduced the hospitalization rate by 23.3% ($p=0.02$) from 15% to 11.5%. ER visits are reduced by 46.2% ($p=0.04$) from 17.3% to 9.3%. While such an increase in adherence increases diabetic drug spending by \$ 776 a year per diabetic, the annual cost savings for averted hospitalizations are \$ 886 per diabetic, a cost offset of

\$ 110 (p= 0.02), or \$ 1.14 per \$ 1 spent on drugs.

Politique du médicament

43708

OUVRAGE
LAJOUX (C.)

Le médicament, enjeu du 21e siècle : le temps des alliances.

Paris : Editions le Cherche Midi : 2010 : 215p.

Cote Irdes : A4010

http://www.laprocedure.com/livres/christian-lajoux/le-medicament-enjeu-21e-siecle-temps-des-alliances_9782749115252.html

Président du syndicat français de l'industrie pharmaceutique et de Sanofi-Aventis, l'auteur fait le point sur la recherche, la production, la commercialisation des médicaments en France. L'ouvrage ouvre le débat sur l'avenir de l'industrie pharmaceutique, sur la manière de consommer et sur les prix pratiqués. De nombreuses questions se posent sur le progrès thérapeutique, le projet industriel, l'information et le rôle des patients en tant que citoyens. Avec les médicaments, le XXe siècle a connu des avancées majeures et de nouveaux défis s'imposent à l'industrie qui les découvre, les fabrique et les distribue. Ce secteur est soumis à de profondes mutations, essentiellement liées à l'évolution des connaissances scientifiques et à la révolution de la génomique, des thérapies cellulaires et des nanotechnologies. Le progrès thérapeutique, l'indépendance stratégique des pays dans la maîtrise du médicament et une énorme compétition pour y parvenir sont les véritables enjeux que ce livre soulève de manière objective pour expliquer un univers trop souvent caricaturé ; Il raconte l'histoire de l'engagement des hommes et des femmes qui participent au combat contre la maladie.

43709

OUVRAGE
JOLY (P.)

Les médicaments du futur.

Paris : Editions Odile Jacob : 2009 : 230p.

Cote Irdes : A4011

<http://www.decitre.fr/livres/Les-medicaments-du-futur.aspx/9782738121271>

Témoin et acteur de la grande aventure pharmaceutique lancée il y a une cinquantaine d'années, Pierre Joly livre un bilan critique, alors que s'annonce une deuxième révolution avec les nouveaux médicaments à venir. Célébré pour les progrès qu'il a apportés à la santé, le médicament est dénigré de toutes parts : trop de consommation sans nécessité réelle, trop coûteux, trop de faux espoirs, trop d'intérêts privés au mépris de la santé publique parfois. Que retenir de ce que le XXe siècle a créé ? Quelle est la situation dans un pays comme la France ? Que peut vraiment la recherche aujourd'hui ? Quels réels espoirs à terme et comment faire ? Comment éviter que notre pays ne soit désormais en position de faiblesse ? Un professionnel de la recherche thérapeutique, sans concession ni langue de bois, livre les clés pour comprendre les enjeux sanitaires, économiques et même politiques du médicament aujourd'hui.

43734

OUVRAGE
SCHWEITZER (S.O.)

Pharmaceutical economics and policy.

Economie et politique du médicament.

New York : Oxford University Press : 2007 :

336p., tabl., graph., fig., index

Cote Irdes : A4017

L'industrie du médicament est un domaine complexe, où se mêlent intérêts économiques, intérêts politiques et intérêts thérapeutiques. L'objectif de cet ouvrage est d'analyser le secteur pharmaceutique au sein du système de santé dans son ensemble. Sont donc abordés, dans cet ouvrage, aussi bien la recherche pharmaceutique, que la politique du médicament avec son volet « contrôle des coûts », et le marché de l'industrie pharmaceutique.

Prescription

44264

RAPPORT
SCHWABE (U.), PAFFRATH (D.)

Arzneiverordnungsreport 2009.

Rapport sur la prescription pharmaceutique 2009.

Heidelberg : Springer Medizin Verlag :
2009 : 1077p., tabl., index
Cote Irdes : SE (ALL) 2009

Publiée annuellement, cette brochure rassemble toute une série d'informations sur les médicaments en Allemagne, pour l'année 2009. Ces données proviennent des remboursements effectués par la GKV (l'ensemble des caisses d'Assurance maladie obligatoire allemande). Cet ouvrage contient à la fois : des données chiffrées très détaillées - conditionnement par conditionnement, en termes de dépenses et de quantités évaluées en Defined Daily Dose ; des analyses du marché pharmaceutique de l'année – arrivée de nouveaux produits, analyse générale du marché de l'année et analyse détaillée par classe thérapeutique ; des analyses de l'évolution du marché en mettant en regard tous les événements institutionnels de l'année écoulée. Cet ouvrage constitue l'ouvrage de référence du marché pharmaceutique allemand ; l'analyse de chaque classe thérapeutique est confiée à une personne spécialiste de la classe concernée.

Thérapeutique médicamenteuse

44054

OUVRAGE
LANE (C.)
BOISIVON (F.) / trad.

Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions ?

Paris : Flammarion : 2007 : 384p.
Cote Irdes : A4038

<http://www.amazon.fr/psychiatrie-lindustrie-pharmaceutique->

m%C3%A9dicalis%C3%A9-%C3%A9motions/dp/2081212331

Elaboré par l'Association américaine de psychiatrie (APA), le Manuel diagnostique et statistique (DSM) est devenu la norme mondiale en matière de classification des maladies mentales. Sa troisième édition, en 1980, a imposé une nomenclature médicale et une approche dite « athéorique » excluant tout recours aux théories et au vocabulaire psychanalytiques, ce que les émules de Sigmund Freud, ainsi mis sur la touche, n'ont jamais pardonné. Exploitant des archives inédites de l'APA, Christopher Lane, spécialiste d'histoire intellectuelle et chercheur à l'université de Chicago, retrace les six années de débats qui ont débouché sur le DSM-III. Il livre une reconstitution serrée des débats houleux qui ont bouleversé la psychiatrie, en marginalisant une psychanalyse déjà fragilisée. C. Lane ne fait pas mystère de sa sympathie pour cette dernière. Si partial soit-il, c'est néanmoins de manière très argumentée qu'il reprend quelques questions classiques, sans réponse nette aujourd'hui encore. Il rappelle par exemple que le nombre de troubles répertoriés a doublé du DSM-II (en 1968) au DSM-IV (en 1994). Parce que les dysfonctionnements de l'esprit humain sont toujours mieux connus, ou parce que les psychiatres inventent aussi les maladies qui les arrangent, eux qui entretiennent des rapports étroits avec l'industrie pharmaceutique? C. Lane penche pour la deuxième hypothèse, en citant le cas des émotions, ou des faiblesses ordinaires, désormais facilement considérées comme des pathologies. Le titre original de l'ouvrage était d'ailleurs? La Timidité. Comment un comportement normal est devenu une maladie. La timidité, requalifiée de phobie sociale, est ainsi devenue le troisième trouble mental diagnostiqué aux États-Unis, derrière la dépression et la dépendance alcoolique. Les cas de dépression auraient d'ailleurs été multipliés par 1 000 durant ces dernières décennies, malgré l'existence de traitements supposés adéquats, dispensés avec générosité? Les antidépresseurs auraient ainsi rapporté 12,5 milliards de dollars à l'industrie pharmaceutique américaine en 2005. Le médicament deviendrait donc une baguette magique « soignant » des non-malades, selon

Dossier médical

C. Lane qui décortique au passage les campagnes publicitaires de la psychopharmacologie. Si une histoire sereine et équilibrée des métamorphoses du DSM reste à écrire, les débats soulevés par cet ouvrage dépassent le simple plaidoyer pour la psychanalyse et rappellent combien, depuis toujours, la psychiatrie est facilement suspectée de brimer l'être humain sous couvert de le soigner.

44056

OUVRAGE

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

Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care.

Traitement médicamenteux des troubles mentaux en soins primaires.

Genève : OMS : 2009 : 68p.
Cote Irdes : A4040

This manual attempts to provide simple, adequate and evidence-based information to health care professionals in primary health care especially in low- and middle-income countries to be able to provide pharmacological treatment to persons with mental disorders. The manual contains basic principles of prescribing followed by chapters on medicines used in psychotic disorders; depressive disorders; bipolar disorders; generalised anxiety and sleep disorders; obsessive-compulsive disorders and panic attacks; and alcohol and opioid dependence. This manual is a reference source to assist physicians working in the primary health care through increasing their knowledge and improving their routine clinical practice in using medicines for mental disorders. It is though a reference source about pharmacological treatments only, and does not cover the overall management of mental disorders. It is hoped that use of this manual will enhance the knowledge and competence of those health professionals who are at the forefront of health care delivery in resource poor health systems. This will facilitate much needed scaling-up services for person with mental, neurological and substance use disorders envisaged in mental health Gap Action Programme of the World Health Organization.

44680

RAPPORT, INTERNET

LUCAS (J.)

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

Dématérialisation des documents médicaux. Créer la confiance pour favoriser l'informatisation. 1- Les dossiers médicaux et leurs correspondances

Paris : CNOM : 2010 : 37p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dématérialisation%20des%20documents%20médicaux.pdf>

Par son engagement dans la construction du système d'information de santé, le Conseil national de l'ordre (Cnom) poursuit un double objectif : accélérer l'usage des technologies de l'information et de la communication pour améliorer la qualité des soins et contribuer à garantir les fondements de la confiance des médecins et des patients dans le nouvel espace numérique de santé. En passant à l'ère de la dématérialisation, les médecins se retrouvent confrontés à des questions pratiques nouvelles sur les plans déontologique et réglementaire. C'est pourquoi le Cnom a souhaité, en publiant ce rapport, rappeler et synthétiser les principes et recommandations qui répondent aux exigences déontologiques de leur exercice. Bien que les exercices professionnels soient divers, tant dans les secteurs de soins que dans les autres secteurs d'activités médicales, le Cnom rappelle que tous les médecins sont soumis aux mêmes règles de déontologie professionnelle qui s'attachent ici principalement à la protection et la préservation de la confidentialité des données personnelles de santé. C'est, avec la reconnaissance confirmée de leurs compétences, le socle de la confiance massive dont les médecins disposent près des patients (tiré de l'intro).

Innovation médicale

44095

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

Has medical innovation reduced cancer mortality?

Les innovations médicales ont-elles réduit la mortalité liée au cancer ?

NBER Working Paper Series ; n° 15880
Cambridge : NBER : 2010/04 : 38p., tabl., annexes
Cote Irdes : en ligne
<http://www.nber.org/papers/w15880>

We examine the effects of two important types of medical innovation—diagnostic imaging innovation and pharmaceutical innovation—and cancer incidence rates on U.S. cancer mortality rates during the period 1996-2006. The outcome measure we use is not subject to lead-time bias, and our measures of medical innovation are based on extensive data on treatments given to large numbers of patients with different types of cancer. We estimate difference-in-difference models of the age-adjusted cancer mortality rate using longitudinal, annual, cancer-site-level data on over 60 cancer sites. There is a significant inverse relationship between the cancer mortality rate and both lagged imaging innovation and contemporaneous drug innovation, and a significant positive relationship between the cancer mortality rate and the lagged incidence rate. Imaging innovation, drug innovation, and declining incidence jointly explain about three-fourths of the decline in cancer mortality. Only 7% of the mortality decline is attributable to the decline in (lagged) incidence. About one-fourth of the mortality decline is attributable to drug innovation, and 40% of the decline is attributable to (lagged) imaging innovation. Life expectancy at birth may have been increased by almost three months between 1996 and 2006 by the combined effects of cancer imaging and cancer drug innovation

Systèmes d'information

44062

RAPPORT
Institut des Données de Santé. (I.D.S.).
Charenton le Pont. FRA

Institut des données de santé. Rapport au Parlement 2009 - Les progrès.

Charenton le Pont : IDS : 2009/09 : 61p.
Cote Irdes : B6874
http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/upload/04_edition/01_rapports/RA_IDS_2009.pdf

Depuis la création de l'Institut des données de santé au printemps 2007 et ses premières réalisations en 2007–2008, de nouveaux progrès ont été accomplis. Des progrès prometteurs, enregistrés malgré la lourdeur et la complexité des procédures à suivre et la sensibilité des sujets. Dans la même logique que celle qui avait conduit les régimes obligatoires d'assurance maladie à constituer une base de données (SNIIRAM), les assureurs maladie complémentaires sont désormais engagés dans une voie analogue et à permettre l'utilisation de leurs bases au service d'une meilleure connaissance du système de santé. Des organismes de recherche, de plus en plus nombreux, ont pu, à la suite d'avis positifs émis par l'IDS, accéder aux données du SNIIRAM pour travailler sur des thèmes de santé publique. Les garanties mises en place dès l'origine de l'Institut, charte de déontologie et Comité d'Experts chargé de veiller à son respect, ont pleinement fonctionné et permis ces progrès en veillant au respect de la confidentialité des données et des libertés individuelles.

44504

RAPPORT
Syntec Informatique. Paris. FRA

Livre blanc : l'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture : des SIH vers un système d'information et de communication en santé.

Paris : Syntec : 2010 : 72p.
Cote Irdes : B6881
<http://www.syntec-informatique.fr/actualites/liste-des->

[actualites/publication-du-livre-blanc-sante-de-syntec-informatique](#)

Syntec informatique, porte-parole de l'industrie des logiciels et services, a profité du salon pour présenter son livre blanc : L'Hopital Numérique à l'heure de l'ouverture : Parcours patient, pratiques médicales, lien avec la médecine de ville, réseaux de soins, collectivités, professionnels de santé, fournisseurs... L'hôpital se transforme et nécessite d'être accompagné dans sa transformation, notamment au niveau de la fluidification des informations du suivi des patients. L'ouvrage propose un certain nombre de pistes de réflexion afin d'intégrer la question des nouveaux outils technologiques dans cette transformation du monde de la santé.

44573

RAPPORT
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Agence des Systèmes d'Information
Partagés de Santé. (ASIP SANTE). Paris.
FRA

Rapport d'activité d'ASIP Santé 2009.

Paris : ASIP Santé : 2010/04 : 81p.
Cote Irdes : B6883
http://www.asipsante.fr/docs/ASIP_Sante_Rapport_d_activite_2009.pdf

Dans son premier rapport d'activité, l'ASIP Santé fait état des missions de l'agence pour répondre aux enjeux de développement des systèmes d'information de santé, et dresse le bilan des actions menées au cours de l'année 2009. Ce document établit également le paysage de la e-santé en France, au regard de la nouvelle gouvernance instituée, des attentes des patients et des besoins des professionnels de santé, et met en lumière le travail mené par les acteurs qui œuvrent aujourd'hui à son développement.

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne

43730

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
ZWEIFEL (P.), LEUKERT (K.), BERNER (S.)
University of Zurich. Socioeconomic
Institute. Zurich. CHE

Preferences for Health Insurance in Germany and the Netherlands : A Tale of Two Countries

Les préférences en assurance maladie de l'Allemagne et des Pays-Bas : un rapport sur deux pays.

Zurich : University of Zurich : 2010/03 : 26p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.soi.uzh.ch/research/wp/2010/wp1002.pdf>

This contribution contains an international comparison of preferences. Using two Discrete Choice Experiments (DCE), it measures willingness to pay for health insurance attributes in Germany and the Netherlands. Since the Dutch DCE was carried out right after the 2006 health reform, which made citizens explicitly choose a health insurance contract, two research questions naturally arise. First, are the preferences with regard to contract attributes (such as Managed-Care-type restrictions of physician choice) similar between the two countries? Second, was the information campaign launched by the Dutch government in the context of the reform effective in the sense of reducing status quo bias? Based on random-effects Probit estimates, these two questions can be answered as follows. First, while much the same attributes have positive and negative willingness to pay values in the two countries, their magnitudes differ, pointing to differences in preference structure. Second, status quo bias in the Netherlands is one-half of the German value, suggesting that Dutch consumers were indeed made to bear the cost of decision making associated with choice of a health insurance contract.

45050

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GRUNOW (M.), NUSCHELER (R.)
University of Augsburg. Department of
economics. Augsburg. GER

***Public and Private Health Insurance in
Germany: The Ignored Risk Selection
Problem***

*Assurance santé privée et publique en
Allemagne : le problème lié à la non
prise en compte de la sélection des
risques.*

Working Paper; 312
Augsburg : University of Augsburg :
2010/08 : 25p., tabl., ann.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.wiwi.uni-
augsburg.de/vwl/institut/paper/312.pdf](http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/312.pdf)

While risk selection within the German public health insurance system has received considerable attention, risk selection between public and private health insurers has largely been ignored. This is surprising since – given the institutional structure – risk selection between systems is likely to be more pronounced. We find clear evidence for risk selection in favor of private insurers. While private insurers are unable to select the healthy upon enrollment they manage to dump high risk individuals who then end up in the public system. This gives private insurers an unjustified competitive advantage vis-à-vis public insurer. A risk adjusted compensation would mitigate this advantage.

Angleterre

43700

RAPPORT, INTERNET
BRERETON (L.), VASOODAVEN (V.)
Civitas. Institute for the Study of Civil
Society. Londres. GBR

***The impact of the NHS market: an
overview of the literature***

*Un panorama de la littérature concernant
l'impact du NHS orienté vers le marché*

Londres : Civitas : 2010/02 : 60p.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.civitas.org.uk/nhs/download/Civitas_L
iteratureReview_NHS_market_Feb10.pdf](http://www.civitas.org.uk/nhs/download/Civitas_LiteratureReview_NHS_market_Feb10.pdf)

NHS 'internal' or 'quasi' market policies in England have aimed to promote competition among providers in the hope of replicating the benefits markets have been known to bring about in the private sector: decreases in cost, and increases in efficiency, quality, innovation, and provider responsiveness. This briefing presents the results of a large-scale literature search on the effectiveness of these policies over the past 20 years.

43732

RAPPORT, INTERNET
CARSON (D.), CLAY (H.), STERN (R.)

***Primary Care and Emergency Depart-
ments.***

Soins primaires et services d'urgence.

Londres : Primary Care Foundation :
2010/03 :
Cote Irdes : En ligne
[http://www.primarycarefoundation.co.uk/pag
e22/page28/files/Primary%20Care%20and
%20ED.pdf](http://www.primarycarefoundation.co.uk/page22/page28/files/Primary%20Care%20and%20ED.pdf)

The Primary Care Foundation was commissioned by the UK Department of Health in May 2009 to carry out a study across England of the different models of primary care operating within or alongside emergency departments. The aim was to provide a viable estimate of the number of patients who attend emergency department with conditions that could be dealt with elsewhere in primary care,

44498

INTERNET, RAPPORT
Matrix Knowledges Group. London. GBR

Prioritising investments in preventative Health.

Choix des priorités pour le financement des programmes de prévention en santé.

Londres : Matrix Knowledges Group :
2009/09 : 34p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.matrixknowledge.com/insight/wp-content/uploads/2009/10/HE_final_report1.pdf

This report summarises the results of a pilot project undertaken for Health England by the Matrix Knowledge Group. The aim of the project was to develop and demonstrate a prioritisation method to inform investment in preventative health interventions.

Belgique

43537

RAPPORT, INTERNET
VAN DE SAANDE (S.), DE RICK (D.), DE GAUQUIER (K.)
Belgian Health Care Knowledge Centre.
(K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé. Bruxelles. BEL

Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier « all-in » par pathologie.

Bruxelles : KCE : 2010 : 2 vol (143; 293p.), tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=14787

L'objectif global de l'étude consiste à évaluer la faisabilité et à comprendre les conséquences et les limites de l'introduction d'un système de financement « all-in » prospectif pour les hôpitaux belges. La faisabilité est essentiellement définie en termes de contraintes au niveau de la disponibilité des données provenant à la fois des enregistrements obligatoires et d'autres sources. Les questions suivantes ont été examinées : Quelles sont les caractéristiques des systèmes de financement par pathologie dans certains

pays sélectionnés ? Quels sont les conséquences et les limites d'un système de financement « all-in » en fonction des cas traités ? Un système de financement « all-in » par pathologie est-il réalisable pour les hôpitaux belges ? Quel pourrait être l'impact financier d'un système de financement « all-in » au niveau des hôpitaux ?

Canada

44582

RAPPORT
SALOIS (R.)
Commissaire à la Santé et au Bien-Etre.
(C.S.B.E.). Québec. CAN

Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring - Volume 1.

Québec : C.S.B.E. : 2010/05 : 256p. , tabl., graph.

Cote Irdes : B6885

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T1-AnalyseIndicateursMonitoring-052010.pdf

Le commissaire à la santé et au bien-être, M. Robert Salois, présente son rapport annuel, intitulé Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. En 2010, il a choisi d'apprécier les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques, dont la prévalence et les problèmes de santé associés représentent un défi majeur pour notre système. L'analyse fait l'objet de quatre volumes. Le premier volume brosse un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques. Il présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système ainsi que des indicateurs relatifs aux soins et services liés aux maladies chroniques, à l'échelle du Québec et de ses régions. Grâce aux constats dressés, il propose des pistes de réflexion sur lesquelles les acteurs du système de santé

et de services sociaux sont conviés à se pencher.

44583

RAPPORT
SALOIS (R.)
Commissaire à la Santé et au Bien-Etre.
(C.S.B.E.). Québec. CAN

Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Etat de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux - Volume 2.

Québec : C.S.B.E. : 2010/05 : 136p. , tabl., graph.

Cote Irdes : B6886

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf

Le commissaire à la santé et au bien-être, M. Robert Salois, présente son rapport annuel, intitulé Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. En 2010, il a choisi d'apprécier les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques, dont la prévalence et les problèmes de santé associés représentent un défi majeur pour notre système. L'analyse fait l'objet de quatre volumes. Le premier volume brosse un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques. Le présent document constitue le second volume. Il dresse un portrait sommaire des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent au sein du système de santé et de services sociaux ainsi que des soins et services offerts aux personnes. Ce portrait fait ressortir de grands constats et tendances par rapport à l'organisation des soins et services en ce qui concerne les maladies chroniques et leurs déterminants.

44584

RAPPORT
SALOIS (R.)
Commissaire à la Santé et au Bien-Etre.
(C.S.B.E.). Québec. CAN

Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Rapport de la démarche de consultation portant sur les soins et services liés aux maladies chroniques - Volume 3.

Québec : C.S.B.E. : 2010/05 : 80p. , tabl., graph.

Cote Irdes : B6887

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T3-RapportConsultationMaladiesChroniques-052010.pdf

Le commissaire à la santé et au bien-être, M. Robert Salois, présente son rapport annuel, intitulé Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. En 2010, il a choisi d'apprécier les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques, dont la prévalence et les problèmes de santé associés représentent un défi majeur pour notre système. L'analyse fait l'objet de quatre volumes. Le premier volume brosse un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques. Le second volume dresse un portrait sommaire des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent au sein du système de santé et de services sociaux ainsi que des soins et services offerts aux personnes. Le présent document constitue le troisième volume. Il présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments qui caractérisent un système de santé et de services sociaux performant, des actions reconnues efficaces pour en améliorer la performance ainsi que de leur faisabilité dans le contexte des soins liés aux maladies chroniques.

44585

RAPPORT
SALOIS (R.)

Commissaire à la Santé et au Bien-Etre.
(C.S.B.E.). Québec. CAN

Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications - Volume 4.

Québec : C.S.B.E. : 2010/05 : 168p. , tabl., graph.

Cote Irdes : B6888

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T4-RecommandationMaladiesChroniques-052010.pdf

Le commissaire à la santé et au bien-être, M. Robert Salois, présente son rapport annuel, intitulé Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. En 2010, il a choisi d'apprécier les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques, dont la prévalence et les problèmes de santé associés représentent un défi majeur pour notre système. L'analyse fait l'objet de quatre volumes. Le premier volume brosse un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques. Le second volume dresse un portrait sommaire des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent au sein du système de santé et de services sociaux ainsi que des soins et services offerts aux personnes. Le troisième volume présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments qui caractérisent un système de santé et de services sociaux performant, des actions reconnues efficaces pour en améliorer la performance ainsi que de leur faisabilité dans le contexte des soins liés aux maladies chroniques. À la lumière des analyses de la performance, de l'état de situation et des consultations, le présent document qui constitue le quatrième volume fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui

découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, les implications de certaines recommandations sont analysées.

États-Unis

44061

OUVRAGE
REID (T.R.)

The healing of America. A global quest for better, cheaper, and fairer health care.

La guérison de l'Amérique. Une quête globale pour des soins de meilleure qualité, moins chers et plus justes.

New York : The Penguin Press : 2009 : 277p., index

Cote Irdes : A4044

This book shows how all the other industrialized democracies have achieved something the United States can't seem to do: provide health care for everybody at a reasonable cost. In his global quest to find a possible prescription, its visits wealthy, free market, industrialized democracies like our own—including France, Germany, Japan, the U.K., and Canada—where he finds inspiration in example. Reid shares evidence from doctors, government officials, health care experts, and patients the world over, finding that foreign health care systems give everybody quality care at an affordable cost. And that dreaded monster "socialized medicine" turns out to be a myth. Many developed countries provide universal coverage with private doctors, private hospitals, and private insurance. In addition to long-established systems, Reid also studies countries that have carried out major health care reform. The first question facing these countries—and the United States, for that matter—is an ethical issue: Is health care a human right? Most countries have already answered with a resolute yes, leaving the United States in the murky moral backwater with nations we typically think of as far less just than our own (Résumé de l'éditeur).

44078

RAPPORT
VASSELLE (A.), ALQUIER (J.), AUTAIN
(F.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales.
Paris. FRA

**Rapport d'information sur la réforme
du système de santé aux Etats-Unis.**

Paris : Sénat : 2010/03 : 63p., tabl., fig.
Cote Irdes : B6872
<http://www.senat.fr/rap/r09-361/r09-3611.pdf>

Une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue en Californie, du 10 au 18 septembre 2009, pour y étudier la réforme du système de santé voulue par le président Obama. Ce rapport présente les informations recueillies sur place mais contient aussi des développements consacrés à l'actualité récente : après plus d'un an de travail, la réforme vient en effet d'être adoptée par le Congrès, en mars 2010, puis immédiatement promulguée. Cette réforme poursuit deux objectifs majeurs : d'une part, garantir que la quasi-totalité des résidents américains soient désormais couverts contre le risque maladie, d'autre part, freiner la progression rapide des dépenses de santé. De tous les pays développés, les Etats-Unis sont en effet celui qui consacre la plus grande part de sa richesse nationale à la santé, pour des résultats plutôt décevants du point de vue de la santé publique et de l'espérance de vie. Cette réforme, qui heurte les valeurs individualistes profondément ancrées dans la culture politique américaine, a suscité de vives oppositions. Aux Etats-Unis, l'idée selon laquelle la santé serait un droit qu'il appartiendrait à la puissance publique de garantir n'a rien d'évident. Toutefois, la volonté de corriger les inégalités dans l'accès à la santé et les dysfonctionnements du marché de l'assurance a finalement prévalu.

44615

RAPPORT, INTERNET
DAVIS (K.), SCHOEN (C.), STREMIKIS (K.)
Commonwealth Fund (The). New York NY.
USA

Mirror, mirror on the wall : how the performance of the US health Care system compares internationally. 2010 update.

Miroir, miroir sur le mur : comment comparer la performance du système de santé américain à l'échelle internationale. Mise à jour 2010.

New York : The Commonwealth Fund
(The) : 2010 : 21p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf

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 three earlier editions—includes data from seven countries and incorporates patients' and physicians' survey results on care experiences and ratings on dimensions of care. Compared with six other nations—Australia, Canada, Germany, the Netherlands, New Zealand, and 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. Newly enacted health reform legislation in the U.S. will start to address these problems by extending coverage to those without and helping to close gaps in coverage—leading to improved disease management, care coordination, and better outcomes over time.

OCDE

44164

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

Health Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries.

Caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé : une enquête auprès de 29 pays de l'OCDE.

OECD Health Working Paper; 50
Paris : OCDE : 2010/04 : 136p., tabl.,
annexes
Cote Irdes : En ligne
[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2010doc.nsf/LinkTo/NT000029DA/\\$FILE/JT03282545.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2010doc.nsf/LinkTo/NT000029DA/$FILE/JT03282545.PDF)

En 2008, l'OCDE a lancé une enquête auprès de ses pays membres pour recueillir une information sur les caractéristiques des systèmes de santé. Ce document présente l'information fournie par 29 pays en 2009. Il décrit comment chaque pays organise la couverture de la population contre les risques liés à la santé et le financement des dépenses de santé. Il dépeint l'organisation des soins, à travers le caractère public/privé de l'offre de soins, les modes de paiement des prestataires, le choix de l'utilisateur et la concurrence entre prestataires, ainsi que la régulation de l'offre et des prix. Finalement, il donne une information sur la gouvernance et l'allocation des ressources dans les systèmes de santé (décentralisation, nature de la contrainte budgétaire et établissement des priorités).

Royaume-Uni

45044

RAPPORT, INTERNET
MCDONALD (R.), CHERAGHI-SOHI (S.),
TICKLE (M.)
National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation.
(N.I.H.R.S.D.O.). Southampton. GBR

The impact of incentives on the behaviour and performance of primary care professionals.

L'impact des incitations sur le comportement et la performance des professionnels de soins de santé primaires.

Londres : Stationary Office : 2010 : 269p.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/158-final-report.pdf>

There has been a general trend over the last 15 years to treat incentives in UK public services more explicitly. These initiatives reflect a general shift away from placing implicit trust in individuals and organisations to carry out their duties, towards actively managing their performance. Understanding the impact of different types of incentives on professional behaviour in primary care has been recognised as an urgent need in a context where major changes to incentive structures have been introduced in recent years, including new contractual incentives for the provision of services in primary care. Primary care professionals (PCPs) are also influenced by other policies, which alter incentives structures, such as those associated with developing practice-based commissioning (PBC) and working within wider care strategies in local health economies. It is important to understand the relative impact of incentives, or incentive mixes, in the NHS in order to enable commissioners (Primary Care Trusts or PCTs) to employ an effective repertoire of contractual and noncontractual incentives to influence change. This report details the methods and findings of a three year National Institute of Health Research Service Delivery and Organisation programme funded project into the impact of incentives on the behaviour and performance of PCPs in the NHS.

Consommation de tabac

44920

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
KANG (M.I.), IKEDA (S.)
The Institute of Social and Economic Research. (I.S.E.R.). Osaka University. Osaka. JPN

Time discounting and smoking behavior under tax hikes.

ISER Discussion Paper ; 782
Osaka : ISER : 2010/06 : 35p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.iser.essex.ac.uk/publications/working-papers/iser/2009-01.pdf>

By combining our broad panel survey of Japanese adults from 2005 to 2008 and actual cigarette tax data, we investigate how smoking behavior including responses to tax hikes depends on time discounting and its biases, such as hyperbolic discounting and the sign effect. Cigarette consumption displays significantly positive correlations with discount rates and the procrastinating tendency, and negative correlations with the sign effect. Hyperbolic, procrastinating, and naïve respondents decrease their after-tax-hike cigarette consumption more than the others, implying that, irrespective of the preannouncement of a future tax hike, they postpone smoking moderation until the tax hike actually takes place. Finally, the government's revenue from cigarette tax peaks at a JPY 29.92 (around USD 0.28 using the conversion rate [107.16] in February 2008) higher tax per cigarette than the present actual level.

Innovation technologique

43224

RAPPORT, INTERNET
MARJANOVIC (S.), HANNEY (S.),
WOODING (S.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

A historical reflection on research evaluation studies, their recurrent themes and challenges.

Une réflexion historique sur les études en matière d'évaluation de la recherche, leurs thèmes récurrents et les défis.

Technical Report; n° 789
Santa Monica : Rand corporation : 2009 : 51p., tabl., annexes.
Cote Irdes : c, En ligne
http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR789.pdf

This report presents a historical reflection on research evaluation studies, their recurrent themes and challenges, and their implications. It critically examines studies of how scientific research drives innovation and socioeconomic benefits. First, it provides a predominantly descriptive historical overview of some landmark studies in the research evaluation field, from the late 1950s until the present day, and highlights some of their key contributions. Then, it reflects on the historical overview analytically, in order to discuss some of the methodological developments and recurrent themes in research evaluation studies. The report concludes by discussing the enduring challenges in research evaluation studies and their implications. We emphasize that this report does not address all of the key studies in the research evaluation field. The evaluation literature today is so extensive that a selective approach is necessary to focus on those studies that we feel provide the most valuable insights in the context of biomedical and health research evaluation. However, we do go back in history to revisit some early landmark studies outside of the biomedical or health research sectors, which had a particularly strong influence on informing evaluation thinking, policy and practice.

Performance

44261

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
JOURMARD (I.), ANDRE (C.), NICQ (C.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

Health Care Systems : Efficiency and Institutions.

Les systèmes de santé : efficacité et institutions.

Economics Department working papers; 769

Paris : OCDE : 2010/05 : 130p., tabl., graph., annexes
Cote Irdes : En ligne

[http://www.oalis.oecd.org/olis/2010doc.nsf/LjnkTo/NT00002BB6/\\$FILE/JT03283813.PDF](http://www.oalis.oecd.org/olis/2010doc.nsf/LjnkTo/NT00002BB6/$FILE/JT03283813.PDF)

Ce document présente un ensemble d'indicateurs afin d'évaluer la performance des systèmes de santé. Il présente aussi de nouvelles données comparatives sur les politiques et les institutions dans le domaine de la santé pour les différents pays de l'OCDE. Cet ensemble d'indicateurs permet de caractériser empiriquement les systèmes de santé en identifiant des groupes de pays ayant des politiques et institutions comparables. Il permet aussi de mettre en valeur les forces et les faiblesses du système de santé de chaque pays et de déterminer les gains potentiels d'efficacité. L'analyse empirique montre que, dans chacun des pays étudiés, l'efficacité des dépenses de santé peut être améliorée ; qu'il n'existe pas de système qui, pour un coût donné, produit systématiquement des meilleurs résultats - des réformes radicales en faveur d'un système de santé ne sont donc pas nécessaires ; accroître la cohérence des politiques en matière de santé en adoptant les politiques les plus performantes à l'intérieur d'un système similaire et en empruntant les éléments les plus appropriés aux autres systèmes s'avérera vraisemblablement plus réaliste et plus efficace pour améliorer l'efficacité de la dépense en matière de santé.

44503

RAPPORT, INTERNET
Health Consumer Powerhouse. Bruxelles. BEL, Frontier Centre for Public Policy. (F.C.P.P.). Winnipeg. CAN

Euro-Canada Health consumer index 2010.

Indice euro-canadien des consommateurs de soins de santé 2010.

Policy Series ; 89

Winnipeg : Frontier Centre for Public Policy : 2010 : 48p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.fcpp.org/files/1/10-05-10-Euro-Canada_Index_2010_FINAL.pdf

This is the third annual Euro-Canada Health Consumer Index (ECHCI). The ECHCI is an international comparison of healthcare system performance in 34 countries. All 27 European Union member states are examined, along with Norway, Switzerland, Croatia, FYR Macedonia, Iceland, Albania and Canada. For the third straight year, the Netherlands finishes in first place in the ECHCI, earning 857 out of 1000 possible points.

Politique publique

43689

RAPPORT
CORNUT-GENTILLE (F.)
Ministère du Budget, des Comptes Publics, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat. (M.B.F.P.). Paris. FRA

Modernisation de l'Etat, qualité des services publics et indicateurs.

Paris : Ministère du budget. 2010/03 : 92p.

Cote Irdes : B6848

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000109/0000.pdf>

Dans le cadre de la réforme de l'Etat, le processus de Révision générale des politiques publiques (RGPP), initié en 2007, a pour but « d'améliorer le service rendu à l'utilisateur tout en maîtrisant les coûts ». Cette démarche se concrétise notamment dans l'objectif d'amélioration de l'accueil dans les services publics et du traitement des demandes des usagers par les administra-

tions. Comment mesurer l'amélioration du service rendu aux usagers ? Comment approfondir la « culture du résultat » au sein des services publics ? M. François Cornut-Gentille, député de Haute-Marne, a été chargé par le Premier ministre d'émettre des propositions pour identifier une liste d'indicateurs de qualité des services, déterminer le niveau acceptable de ces indicateurs pour les usagers et l'administration, et concevoir une méthode de recueil et de communication des résultats par service (Résumé d'auteur).

43834

OUVRAGE
PERRET (B.)

L'évaluation des politiques publiques.

Paris : Presses universitaires de France :
2008 : 120p.
Cote Irdes : A4037

Le livre propose une histoire comparée des pratiques d'évaluation en insistant particulièrement sur le contraste entre les contextes français et anglo-saxon. Il analyse les enjeux et les usages de l'évaluation (décisionnels et « formatifs », potentiels et empiriquement constatés). Il présente les principes méthodologiques de l'évaluation sous le double aspect de la démarche de conduite de projet et de la maîtrise d'un ensemble d'outils techniques. L'évaluation est à la fois une activité scientifique, une pratique professionnelle spécifique et un ensemble de mécanismes institutionnels. Appréhender un tel objet suppose un va-et-vient permanent entre l'analyse politico-institutionnelle et la réflexion méthodologique, voire épistémologique.

44518

OUVRAGE
NAGEL (S.S.) / éd.

Handbook of public policy evaluation.

Manuel d'évaluation de la politique publique.

Thousand Oaks : Sage Publications : 2002 :
421p., tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4054
<http://www.sagepub.com/refbooksProdDesc.nav?prodId=Book19198>

Handbook of Public Policy Evaluation is the only book of its kind to present aspects of public policy evaluation that relate to economic, technology, social, political, international, and legal problems. Rather than looking at specific narrowly focused programs, this book emphasizes broad-based evaluation theory, study, and application, providing a rich variety of exceptional insights and ideas (4e de couverture).

Soins palliatifs

44926

RAPPORT

Economist Intelligence Unit. Londres. GBR

The quality of death. Ranking end-of-life care around the world.

Qualité de la mort. Classement des soins palliatifs à travers le monde.

Londres : Economist intelligence unit :
2010 : 36p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://viewswire.eiu.com/report_dl.asp?mode=fi&fi=1267294911.PDF&rf=0

The Economist Intelligence Unit was commissioned by the Lien Foundation, a Singaporean philanthropic organisation, to devise a "Quality of Death" Index to rank countries according to their provision of end-of-life care. To accompany the Index, the Economist Intelligence Unit interviewed experts around the world and reviewed existing research on the topic of end-of-life care for this white paper, which addresses issues relating to the Quality of Death as quantified by the Index rankings. Not all of the complex cultural, ethical and sociological issues connected to dying could be included in the Index, but many of these are examined qualitatively in the chapters. (The Index, and this paper, does not address violent or accidental deaths, which are undoubtedly a great cause of end-of-life suffering globally, but for which remedies are rarely related to standards of healthcare.) This paper also puts the Index findings into context and attempts to define the issues that must be considered when policymakers seek to improve the quality of death faced in their countries by those with incurable illness

Enquêtes

44975

OUVRAGE
MORINEAU (A.), MORIN (S.)

***Pratique du traitement des enquêtes.
Exemple d'utilisation du Système
SPAD.***

Paris : Décisia : 2004/01 : 282p., tabl.,
graph., index
Cote Irdes : c, B6910

Ce manuel montre, par l'exemple, la pratique du logiciel SPAD pour l'exploitation en profondeur des enquêtes, la nature des résultats qu'il fournit et le mode d'interprétation de ces résultats. Cet ouvrage fournit des exemples de traitements graphiques spécifiques, la caractérisation automatique d'une variable privilégiée de l'enquête, la chaîne de traitements qui conduit à une typologie des enquêtes et l'indispensable outil de création et de recodage des variables.

Indicateurs de bien-être

44992

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
HALL (J.), GIOVANNINI (E.), MORRONE
(A.) et al.
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (O.C.D.E.).
Direction des Statistiques. Paris. FRA

***A framework to measure the progress
of societies.***

*Un cadre pour mesurer le progrès des
sociétés.*

Statistics directorate working paper . 34.
Paris : OCDE : 2010/07 : 26p.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=std/doc\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=std/doc(2010)5&doclanguage=en)

Pendant les trois dernières décennies, un certain nombre de cadres ont été développés afin de promouvoir et mesurer le bien-être, la qualité de la vie, le

développement humain et le développement durable. Quelques cadres se servent d'une approche conceptuelle, tandis que d'autres emploient une approche consultative. Des initiatives différentes pour mesurer le progrès exigeront des cadres différents. Ce papier a pour objectif de présenter une proposition de cadre pour mesurer le progrès de sociétés et de le comparer avec d'autres cadres de progrès qui sont utilisés en ce moment à travers le monde. Le cadre n'aspire pas à être définitif, mais suggère plutôt un point de départ commun que les auteurs croient universel et assez flexible pour être appliqué dans un grand nombre de situations à travers le monde. L'intention est également que ce cadre puisse être utilisé pour identifier des lacunes dans les normes statistiques existantes et guider le travail afin de combler ces lacunes

Randomisation

43259

DOCUMENT DE TRAVAIL
DUFLO (E.), GLENNERSTER (R.),
KREMER (M.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

***Using randomization in development
economics research : a toolkit***

*Une boîte à outil pour l'utilisation de la
randomisation dans la recherche sur le
développement économique.*

NBER Technical Working Paper series :
n°333
Cambridge : NBER : 2006/12 : 86p., tabl.,
annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nber.org/papers/t0333>

This paper is a practical guide (a toolkit) for researchers, students and practitioners wishing to introduce randomization as part of a research design in the field. It first covers the rationale for the use of randomization, as a solution to selection bias and a partial solution to publication biases. Second, it discusses various ways in which randomization can be practically introduced in a field settings. Third, it discusses designs issues such as sample

size requirements, stratification, level of randomization and data collection methods. Fourth, it discusses how to analyze data from randomized evaluations when there are departures from the basic framework. It reviews in particular how to handle imperfect compliance and externalities. Finally, it discusses some of the issues involved in drawing general conclusions from randomized evaluations, including the necessary use of theory as a guide when designing evaluations and interpreting results.

Recueil de données

44828

OUVRAGE
HALTIWANGER (J.C.), LANE (J.I.),
SPLETZER (J.R.) et al.

The creation and analysis of employer-employee-matched data.

La création et l'analyse de données appariées employeurs-employés.

Amsterdam : North-Holland : 1999 : 603p.,
tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4077

<http://www.amazon.com/Creation-Analysis-Employer-Employee-Contributions-Economic/dp/0444502564>

The last section of this book describes four recent efforts at creating linked employer-employee data through surveys of firms and individuals. The first two chapters describe an "employers first" methodology of creating linked employer-employee data, and the last two chapters describe an "employees first" methodology. The two "employees first" surveys described here are, as far as known, the only two large-scale surveys in production that follow this design. Each of the four chapters in this section describes details about the design and field operation of the survey that will be indispensable to others who might want to create or analyze linked employer-employee survey data. The 23 chapters in this book provide a glimpse into the future of labor economics and industrial organization. It can be said that labor economics and public policy around the world has been dominated over the past several decades by quantitative analyses

based upon public-use US micro-data. In the future, it is very likely that economics and social policy in the United States and elsewhere will depend on quantitative analysis based on linked employer-employee micro-data currently residing in all continents of the world.

Simulation

44140

DOCUMENT DE TRAVAIL
SOARES (M.O.), CANTO E CASTRO (L.)
University of York. Centre for Health
Economics. (C.H.E.). York. GBR

Simulation or cohort models ? Continuous time simulation and discretized Markov models to estimate cost-effectiveness.

*Simulation ou modèles de cohorte.
Simulation en temps continu et modèles discrets de Markov pour estimer le rapport coût efficacité.*

CHE Research Paper Series ; 56
York : University of York : 2010/03 : 14p.,
tabl., fig.
Cote Irdes : C, P149/6
<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp56.pdf>

The choice of model design for decision analytic models in cost-effectiveness analysis has been the subject of discussion. The current work addresses this issue by noting that, when time is to be explicitly modelled, we need to represent phenomena occurring in continuous time. Multistate models evaluated in continuous time might be used but closed form solutions of expected time in each state may not exist or may be difficult to obtain. Two approximations can then be used for costeffectiveness estimation: (1) simulation models, where continuous time estimates are obtained through Monte Carlo simulation, and (2) discretized models. This work draws recommendations on their use by showing that, when these alternative models can be applied, it is preferable to implement a cohort discretized model than a simulation model. Whilst the bias from the first can be minimized by reducing the cycle length, the second is inherently stochastic.

Even though specialized literature advocates this framework, the current practice in economic evaluation is to define clinically meaningful cycle lengths for discretized models, disregarding potential biases.

Systèmes d'information

43608

RAPPORT

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

Les systèmes d'information pour la santé publique.

Paris : HCSP : 2009/11 : 39p.

Cote Irdes : B6831

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091111_sisp.pdf

Dès son installation en mars 2007, le Haut Conseil de la santé publique, a fait le point sur le suivi des objectifs de la loi de santé publique (LSP) et a constaté que certains indicateurs restaient manquants. Un passage en revue systématique des objectifs n'ayant pu donner lieu à un suivi en raison de l'insuffisance des données disponibles a été réalisé. À la suite de ce rapport, une réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique 2004 et des plans de santé publique a eu lieu. Le Hcsp a établi que les sources de données étaient nombreuses mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées et il a formulé une série de recommandations spécifiques et de court terme et ainsi que des propositions plus générales pour améliorer la mesure des indicateurs et l'estimation de l'atteinte des objectifs de la future loi de santé publique. À court terme, le Hcsp préconise particulièrement que soit engagée une réflexion juridique sur l'utilisation du numéro d'identification NIR de sorte à faciliter l'appariement de diverses sources ainsi que d'initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines cruciaux et actuellement non couverts, notamment en

médecine ambulatoire. Parmi ses recommandations générales le Hcsp préconise de mieux coordonner les différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique, d'inciter les organismes producteurs et utilisateurs de données à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données, de développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier et de mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente.

Théories

45040

OUVRAGE

TRIBOUT (B.)

Statistique pour économistes et gestionnaires.

Paris : Pearson Education France : 2007 : 13-688p., tabl., graph., index

Cote Irdes : Ug11

<http://www.pearson.fr/livre/?GCOI=27440100919590>

Toutes les étapes de la réalisation d'une étude statistique sont détaillées : présentation, résumé, mesure de l'évolution et croisement des données, estimation, tests d'hypothèses, analyse de la variance et étude de la régression. Les problématiques de fond, éclairées par des situations concrètes, sont clairement posées. Ainsi, chaque chapitre débute par un cas réel d'entreprise. Ce cas, qui est un défi relevé au fur et à mesure du chapitre, met en évidence à la fois les enjeux de la prise de décision dans l'entreprise et l'intérêt des concepts présentés. De très nombreux exercices, construits à partir de données réelles issues de l'actualité économique, sont entièrement résolus et commentés. Tout comme le défi, ces exercices permettent à la fois d'ancrer les connaissances des étudiants dans un contexte professionnel et de les motiver à franchir l'obstacle de la théorie. Le fil conducteur de l'ouvrage tient ainsi en une question : « comment traiter les données pour en extraire de l'information utile à la

prise de décision ? ». Le livre respecte une courbe d'apprentissage progressive mais n'hésite pas à s'attarder sur des points théoriques délicats ou à proposer une approche originale de certains concepts. Par ailleurs, une rubrique spécifique est utilisée pour (ré)introduire aux moments opportuns, de manière très simple, des pré-requis indispensables, mais souvent mal maîtrisés par les étudiants.

Vignettes d'ancrage

42630

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
BAGO D'UVA (T.), LINDEBOOM (M.),
O'DONNELL (O.), VAN DOORSLAER (E.)
Tinbergen Institute. Amsterdam. NLD

Slipping Anchor? Testing the Vignettes Approach to Identification.

Ancrage glissante ? Test de l'approche par vignettes d'ancrage pour l'identification.

Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI
2009-091/3
Amsterdam : Tinbergen Institute. : 2009/11 :
45p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/09091.pdf>

Anchoring vignettes are increasingly used to identify and correct heterogeneity in the reporting of health, work disability, life satisfaction, political efficacy, etc. with the aim of improving interpersonal comparability of subjective indicators of these constructs. The method relies on two assumptions: vignette equivalence – the vignette description is perceived by all to correspond to the same state; and, response consistency - individuals use the same response scales to rate the vignettes and their own situation. We propose tests of these assumptions. For vignette equivalence, we test a necessary condition of no systematic variation with observed characteristics in the perceived difference in states corresponding to any two vignettes. To test response consistency we rely on the assumption that objective indicators fully capture the covariation between the construct of interest and observed individual

characteristics, and so offer an alternative way to identify response scales, which can then be compared with those identified from the vignettes. We also introduce a weaker test that is valid under a less stringent assumption. We apply these tests to cognitive functioning and mobility related health problems using data from the English Longitudinal Survey of Ageing. Response consistency is rejected for both health domains according to the first test, but the weaker test does not reject for cognitive functioning. The necessary condition for vignette equivalence is rejected for both health domains. These results cast some doubt on the validity of the vignettes approach, at least as applied to these health domains.

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Espérance de vie

44612

DOCUMENT DE TRAVAIL
EDWARDS (R.D.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

Trends in World Inequality in Life Span Since 1970.

Tendances mondiales en matière d'inégalités d'espérance de vie depuis 1970.

NBER Working Paper Series ; 16088
Cambridge : NBER : 2010/06 : 40p., fig.,
tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nber.org/papers/w16088>

Previous research has revealed much global convergence over the past several decades in life expectancy at birth and in infant mortality, which are closely linked. But trends in the variance of length of life, and in the variance of length of adult life in particular, are less well understood. I examine life-span inequality in a broad, balanced panel of 180 rich and poor countries observed in 1970 and 2000. Convergence in infant mortality has unambiguously reduced world inequality in total length of life starting from

birth, but world inequality in length of adult life has remained stagnant. Underlying both of these trends is a growing share of total inequality that is attributable to between-country variation. Especially among developed countries, the absolute level of between-country inequality has risen over time. The sources of widening inequality in length of life between countries remain unclear, but signs point away from trends in income, leaving patterns of knowledge diffusion as a potential candidate.

tie décrit les hypothèses sous-jacentes de la projection de la population, la projection de la force du travail et les autres hypothèses macro-économiques. La deuxième partie présente la projection des dépenses de pensions, des soins de santé, soins de longue durée, l'éducation et le chômage. Une annexe statistique donne un aperçu pays par pays des principales hypothèses et les résultats.

Vieillesse de la population

44898

RAPPORT

Commission Européenne. (C.E.). Bruxelles. BEL, Comité de Politique Economique (C.P.E.), Bruxelles. BEL

The 2009 Ageing Report : Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060).

Le Rapport 2009 sur le vieillissement : projections économiques et budgétaires pour l'UE -27 États membres (2008-2060).

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes : 2009 : 456p.

Cote Irdes : B6898

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14994_en.pdf

En 2006, le Conseil ECOFIN a donné pour mandat au Comité de politique économique (CPE) de mettre à jour son exercice en commun des projections de dépenses liées à l'âge sur la base d'une projection de population réalisée par Eurostat. Les projections de tous les postes de dépenses sont faites sur la base d'hypothèses macroéconomiques communes approuvées par le CPE et d'une hypothèse de « politique inchangée », c'est-à-dire qui reflète seulement la législation déjà adoptée. Le rapport présente les projections des dépenses couvrant les pensions, les soins de santé, soins de longue durée, l'éducation et le chômage pour tous les États membres. Le rapport est structuré en deux parties. La première par-

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Comptes de la nation

44903

RAPPORT

REDOULES (O.), JINNURI (G.), LEBLANC (P.), MAURO (L.), BOISNAULT (D.), FOURNIER (J.M.), CABANNES (P.Y.), LAPEGUE (V.), POULIQUEN (E.), BEFFY (M.), GAINI (M.), CLERC (M.), BLANCHET (D.), LENGART (F.), LESIEUR (C.), PASQUIER (J.L.)

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

L'économie française : Comptes et dossiers - Edition 2010 : Rapport sur les comptes de la Nation 2009.

Paris : INSEE : 2010/07 : 196p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4082

« L'économie française - Comptes et dossiers » présente chaque année une synthèse des mouvements des économies française et mondiale. Appuyé sur les comptes de la Nation, cet ouvrage analyse les principaux événements intervenus en 2009. Cette édition comprend en outre trois dossiers : le premier envisage les effets de la crise sur la croissance à moyen terme, le deuxième illustre les préconisations de la commission Stiglitz-Sen-Fitoussi sur la mesure de la performance économique et du progrès social, le troisième étudie les émissions de CO2 induites par l'ensemble du circuit économique en France, notamment la consommation des ménages. Des fiches thématiques résument enfin

sous divers angles l'essentiel des comptes des ménages, des entreprises ou des administrations (Résumé d'auteur).

Consommation

44681

RAPPORT, INTERNET
HEBEL (P.) , SIOUNANDAN (N.) ,
LEHUEDE (F.)
Centre de Recherche pour l'Etude et
l'Observation des Conditions de vie.
(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Le consommateur va-t-il changer durablement de comportement avec la crise ?

Rapport de recherche; C268
Paris : Credoc : 2009/12 : 90p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C268.pdf>

La crise économique actuelle, comme toutes celles survenues depuis les débuts de la société de consommation, pose la question de la raison d'être de l'hyperconsommation. Fin 2008, comme dans les années 70 ou lors de la crise du début des années 90, le mouvement « des décroissants ou objecteurs de croissance » fait parler de lui. Sa conviction est que consommer moins et mieux rend plus heureux. Mais dans les faits, malgré la crise et un niveau de pessimisme élevé, les Français ont continué de consommer (+1,1 % en 2008 et +0,6 % en 2009). Ce maintien global du niveau de la consommation en France masque des disparités, certaines fonctions de consommation ont en effet enregistré une baisse en 2009. Celles qui ont le plus fortement ralenti en volume correspondent aux besoins de base : habillement, boissons alcoolisées et tabac, équipement des logements et alimentation à domicile. Le besoin de consommation demeure, mais les arbitrages en faveur de la consommation de loisirs ou à fort contenu technologique, comme les écrans plats (LCD) se font au détriment des besoins élémentaires. Ces résultats s'expliquent par des changements d'ordre sociétal : les plus jeunes générations cherchent à se réaliser et valorisent les loisirs et les sorties (sorties

culturelles, au restaurant...). La crise a accentué les arbitrages structurels en défaveur des besoins de base et en faveur de la réalisation de soi.

Économie du travail

45041

OUVRAGE
CAHUC (P.), ZYLBERBERG (A.)

Economie du travail.

Labor Economics.

Cambridge : The MIT Press : 2004 : 33-844p., tabl., graph., index
Cote Irdes : A4085
<http://www.amazon.fr/Labor-Economics-Pierre-Cahuc/dp/026203316X>

This landmark graduate-level text combines depth and breadth of coverage with recent, cutting-edge work in all the major areas of modern labor economics. *Labor Economics* is the only textbook available for advanced graduate students in the field, and it will be widely used; because of its command of the literature and the freshness of the material included, it will also prove to be a valuable resource for practicing labor economists. The book moves back and forth between factual data and theoretical reasoning. The space devoted to theory reflects the profound theoretical restructuring in the field that has taken place in the last thirty years; the authors present these developments within a unified pedagogic framework. The teaching methods are based on mathematical models, with the mathematical analyses laid out clearly, and the derivation of most results given in five mathematical appendixes that provide a toolkit for understanding the models. The book is divided into four parts: "Supply and Demand Behaviors" examines the determinants of labor supply and demand; "Wage Formation" discusses wage determinants, including the influences of the wage policies of firms and collective bargaining; "Unemployment and Inequality" considers these problems in a macroeconomic setting; and "Institutions and Economic Policy" treats labor market

policies and the impact of institutions on labor market performance.

Emploi

45037

RAPPORT, INTERNET
Institut Montaigne. Paris. FRA

15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors.

Paris : Institut Montaigne : 2010/09 : 96p.,
fig.

Cote Irdes : En ligne

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

Le pacte de 1945 selon lequel les actifs financent les études des jeunes et les retraites des seniors est aujourd'hui dépassé. La part de la population qui supporte cette double charge s'est considérablement réduite : près de 80 % des emplois en France sont assurés par la population des 25-54 ans, alors que celle-ci ne représente que 40 % de la population totale. Le taux d'emploi des jeunes comme celui des seniors reste trop faible. Cette concentration de l'activité économique n'est pas tenable : elle pèse sur la croissance et fragilise la solidarité entre les générations. Ce rapport formule quinze propositions concrètes pour développer l'emploi des jeunes et des seniors. L'objectif est simple : permettre à chacun de travailler autrement pour vivre autrement, afin de restaurer l'esprit de solidarité qui fait aujourd'hui cruellement défaut à notre société.

Emploi des seniors

44587

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

Emploi des seniors: évolution récentes et bilan des accords. Réunion du Conseil du 26/05/2010.

Paris : COR : 2010/05 : non pag.

Cote Irdes : B6889

<http://www.cor-retraites.fr/article371.html>

Le Conseil d'orientation des retraites (COR) a examiné dans sa séance du 26 mai l'évolution récente de l'emploi des seniors, « une question stratégique pour l'avenir des régimes de retraite ». Le dossier de cette réunion présente des éléments d'information récents en se concentrant sur deux sujets : d'une part, les évolutions statistiques les plus récentes, avec notamment la question de l'évolution du taux d'emploi des seniors dans le contexte de la crise ; d'autre part, les accords relatifs à l'emploi des seniors conclus dans le cadre de l'obligation instaurée par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2009. Une étude de la DARES montre une amélioration du taux d'emploi des 55-64 ans de 1,5 point l'an dernier, à 38,9 % (58,5 points pour les 55-59 ans et 17,1 pour les 60-64 ans). Le document précise que le taux d'emploi des seniors sous-jacent (corrigé des effets de structure démographique) s'est amélioré de 7 points de 2000 à 2009, et de 3,2 points de 2006 à 2009. Qui plus est, cette évolution s'observe pour toutes les sous-catégories (hommes et femmes, 55-59 ans et 60-64 ans). « Pendant la crise, la progression de l'activité des seniors s'est poursuivie », souligne un autre document. Mais « cette augmentation du taux d'activité (sous-jacent) des seniors recouvre à la fois une hausse du taux d'emploi et une hausse du taux de chômage des seniors, dans un contexte de durcissement des conditions d'accès à des dispositifs de cessation anticipée d'activité en 2009 ». Nul doute que les syndicats se saisiront de ces données. Le dossier présente les premiers éléments de bilan ou d'analyse tant des accords de branche que des accords d'entreprise. Concernant les objectifs globaux, la plupart des branches ont retenu un objectif de maintien en emploi, plutôt qu'un objectif de recrutement des salariés âgés de 50 ans et plus. Un dernier document fournit un recueil de bonnes pratiques pour favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des seniors, identifiées dans onze entreprises auditées fin 2008-début 2009.

Résultats d'ensemble

43773

RAPPORT

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

Tableaux de l'économie Française - Edition 2010.

Paris : INSEE : 2010/03 : 245p., tabl.,
graph.

Cote Irdes : AA4082

[http://www.insee.fr/fr/publications-et-
services/sommaire.asp?codesage=TEF10](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=TEF10)

Les Tableaux de l'Économie Française (TEF) rassemble les principales données démographiques, économiques et sociales de la France. Pour la première fois, de nombreux indicateurs sur le thème du développement durable sont publiés. Organisé en 88 fiches, l'ouvrage couvre cinq grands domaines : « territoire-population », « emploi-revenus », « conditions de vie-société », « économie-finances » et « système productif ». Chaque fiche fournit des informations sur la France, ainsi que des données de cadrage sur les 27 pays de l'Union européenne et sur le reste du monde. Elle propose également un commentaire qui éclaire les tableaux et les graphiques, des définitions, et une liste de publications en lien avec le sujet traité.

Sociologie du travail

44826

OUVRAGE

GAZIER (B.)

Tous sublimes : vers un nouveau plein-emploi.

Paris : Flammarion : 2003 : 374p.

Cote Irdes : A4075

[http://www.amazon.fr/Tous-Sublimes-Vers-
nouveau-plein-emploi/dp/2082102858](http://www.amazon.fr/Tous-Sublimes-Vers-nouveau-plein-emploi/dp/2082102858)

Un nouveau modèle social s'invente aujourd'hui en Europe. De multiples expériences, dans divers pays, en donnent les éléments pour l'instant dispersés : rotation des emplois au Danemark,

fondations de travail en Autriche, politique du temps des villes italiennes, congés parentaux à la suédoise, compte-épargne-temps un peu partout... Leur trait commun est de donner plus de droit aux travailleurs, pour maîtriser les choix de leur vie et leur permettre de passer d'une étape de leur carrière à une autre en toute sécurité. De nouveaux droits apparaissent ainsi en pointillé : le droit de changer d'avis, de métier, le droit à la découverte de soi-même. Serions-nous en passe d'imiter le modèle des « Sublimes », ces ouvriers très qualifiés qui, au XIXe siècle, travaillaient à leur guise pour une durée qu'ils déterminaient eux-mêmes, puis, grassement payés, dépensaient leurs revenus dans les ginguettes et les estaminets ? Ce livre explore les ressorts de ce nouveau modèle social qui recherche un autre pleinemploi respectueux de l'égalité des sexes et des rythmes de vie.

DOCUMENTATION

Communication orale

43705

OUVRAGE

CARNET (D.), CHARPY (J.P.), CREUZOT-
GARCHER (C.)

La communication orale scientifique : guide pratique à l'usage des sciences de la vie et de la santé..

Paris : Ellipses : 2002 : 142p.

Cote Irdes : Ua569

De nombreux médecins et chercheurs doivent présenter leurs travaux lors de congrès scientifiques. L'anglais est devenu la langue de communication scientifique internationale par excellence. Cependant, bien des orateurs ont des difficultés à s'expliquer clairement car ils ne maîtrisent pas suffisamment le vocabulaire spécifique et les techniques de communication propres à cet exercice. Le thème directeur de ce manuel est donc : comment se débarrasser du stress de l'anglais pour se concentrer sur la communication médicale et scientifique ? Les sept premiers chapitres abordent les

aspects pratiques, source de stress en cas de dysfonctionnement : comment se repérer, les problèmes liés au son, à la lumière, à l'utilisation de matériel particulier (ordinateur, vidéo, rétroprojecteur...). Les chapitres 8 à 20 présentent les différentes étapes d'une communication type en suivant la démarche standard (introduction, sources, rappels, matériels et méthodes, discussion et conclusion) basée sur une succession de diapositives. Les derniers chapitres sont consacrés à la séance de questions-réponses qui suit toujours la communication, et qui est souvent source d'inquiétude chez les orateurs non anglophones. Ce manuel présente les règles générales de la communication orale en anglais médical et scientifique. Il permet de voir à l'œuvre ces principes théoriques appliqués concrètement dans l'exercice délicat qui consiste à présenter et défendre, en langue anglaise, l'état actuel de ses travaux. Il peut être utilisé dans le cadre de formation médicale continue en présence d'un formateur, mais aussi en auto-formation. Son petit format permet de l'emporter avec soi lors des nombreux déplacements effectués par les médecins et les chercheurs dans leur pratique professionnelle

43706

OUVRAGE
BAUD (D.), HILLION (L.)

Communiquer en anglais : guide pratique à l'usage des scientifiques.

Paris : Ellipses : 2008 : 171p.
Cote Irdes : Ua570

Vous souhaitez publier dans une revue scientifique internationale, qui exige un anglais irréprochable ? Vous devez présenter vos travaux à un colloque aux Etats-Unis, et vous aimeriez que l'auditoire oublie que vous êtes francophone. Un collègue vous invite à venir visiter son laboratoire à Edimbourg, et vous devez préparer votre voyage rapidement. Cet ouvrage s'adresse à vous ! Il s'articule autour des différentes tâches que le scientifique, qu'il soit néophyte ou aguerri, doit accomplir en anglais : publier, participer à des congrès, communiquer avec ses pairs, et séjourner en pays anglophone.

Pour relever ces défis, il trouvera dans ce guide les outils linguistiques dont il a besoin, grâce à une présentation en anglais des activités du chercheur, assortie de la traduction des termes à connaître, et complétée par des listes de vocabulaire thématiques, des rappels de grammaire et des conseils en français.

Internet

44989

OUVRAGE
BALAGUE (C.), FAYON (D.)
SERFATY (D.)

Facebook, Twitter et les autres...Intégrer les réseaux sociaux dans une stratégie d'entreprise.

Paris : Pearson Education France : 2010 : 238p., tabl., fig., index
Cote Irdes : Ue573
<http://www.pearson.fr/livre/?GCOI=27440100844510>

Il a fallu 38 ans à la radio pour toucher 50 millions d'utilisateurs, 13 ans à la télévision, 4 ans à Internet... tandis que Facebook a conquis 100 millions de membres en moins de 9 mois ! D'abord destinés aux individus désireux de prolonger ou de nouer des relations, les réseaux sociaux ne peuvent plus aujourd'hui être ignorés des entreprises, en tant que puissants vecteurs de collaboration et de création de valeur. Christine Balagué et David Fayon, tout en proposant une approche théorique et critique de ce phénomène, expliquent – exemples concrets à l'appui – comment intégrer les réseaux sociaux dans une stratégie d'entreprise, en fonction de l'objectif visé : communiquer autour d'une marque, générer du buzz, nouer des partenariats, recruter des collaborateurs, élargir un circuit de distribution, améliorer la gestion de la relation client, etc. Ils donnent également des conseils pour optimiser leur utilisation : comment tirer parti de Facebook, Twitter, LinkedIn ou Viadeo ? Quels outils intégrer ? Si l'on souhaite doter son entreprise de son propre réseau : quelles fonctions choisir, quelle architecture prévoir ? Au fil du texte, la parole est donnée à de grands acteurs du

web, dont Loïc Le Meur (fondateur de Seesmic), Dan Serfaty (fondateur de Viadeo), Michel Gotlib (directeur marketing de Coca-Cola) ou Éric Dupin (blog Presse-citron). Enfin, les auteurs ouvrent de larges perspectives sur les grands enjeux des réseaux sociaux dans la société de demain (4e de couverture).

Sciences de l'information

44055

OUVRAGE , DOCUMENT PEDAGOGIQUE
SALAUN (J.M.) / dir., ARSENAULT (C.) /
dir.

Introduction aux sciences de l'information.

Paris : Editions La Découverte : 2009 :
235p., index
Cote Irdes : A4039

Avec le web, les moteurs de recherche, les blogues et les wikis, la relation à l'information s'est transformée au point que les repères habituels s'émeussent et doivent être redéfinis de fond en comble. Le travail des archivistes et des bibliothécaires doit l'être tout autant. Riches d'une solide tradition et conscientes des défis posés par la modernité la plus radicale, les sciences de l'information se sont élargies. Mais il ne s'agit plus seulement de conserver et de diffuser le savoir, il s'agit d'en repenser le traitement et l'accès. Qu'est-ce qu'un document ? Comment peut-on le classer ? Indexer ses contenus ? Organiser des systèmes permettant d'y accéder ? Comment, en d'autres termes, établir un ordre documentaire ? Quels sont les professionnels concernés ? Dans quels environnements évoluent-ils ? Telles sont les grandes thématiques de cette synthèse très contemporaine conçue par l'École de bibliothéconomie et des sciences de l'information (EBSI) de l'Université de Montréal. Elle se situe au carrefour de deux grandes traditions, américaine et française, et a pour ambition de fournir les clés du monde des sciences de l'information en se fondant sur des savoirs pratiques et concrets. Les auteurs présentent ici un savoir à la fine pointe des sciences de

l'information pour répondre à la complexité des enjeux actuels et futurs.

RÉGLEMENTATION

Agences régionales de santé

44875

FASCICULE

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction des Affaires Financières,
Juridiques et des Services (D.A.F.J.S.).
Paris. FRA

La création des Agences Régionales de santé

Courrier juridique des affaires sociales et
des sports

Paris ; Ministère chargé de la santé :
2010/05-06 : 1

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/CJ_no_82_internet-2.pdf

La mise en place d'un acteur régional unique chargé du pilotage du système de santé est un élément déterminant de la profonde réforme engagée par le législateur. Les agences régionales de santé (ARS), au coeur du nouveau dispositif, sont chargées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, de « définir et de mettre en oeuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, et des principes fondamentaux de la sécurité sociale ». Créées au 1er avril 2010, elles regroupent, pour tout ou partie de leurs compétences, les services de l'Etat et de l'assurance maladie chargés jusqu'alors des politiques publiques de santé dans les régions et départements.

Droit communautaire

44823

OUVRAGE , CONGRES
DUGUET (A.M.), CARRASCO (T.), FILIPPI
(I.)

***Droit de la santé publique dans un
contexte transnational : IVe Forum des
jeunes chercheurs.***

IVe Forum des jeunes chercheurs.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières : 2010 :
467p.
Cote Irdes : Ud572

La santé publique est-elle un droit transnational ? Au plan européen, le droit de la santé publique s'est structuré au travers de conventions et déclarations, offrant un socle commun à un droit qui a connu un large essor dans chaque pays. Le droit de la santé publique imprègne naturellement les grandes thématiques du droit de la santé (lutte contre les fléaux sociaux, vaccinations, recherche, droit pharmaceutique...), mais également le droit des nouvelles technologies (génétique et reproduction, par exemple). Plus largement, il invite à s'interroger sur la place laissée au handicap ou au vieillissement. La santé publique est assurément un droit expansionniste, comme l'ont démontré les chercheurs internationaux réunis à Toulouse en 2009, à l'occasion des Ateliers de droit médical (substituant le Séminaire d'actualité de droit médical). Ne dérogeant pas à la tradition, ce volume publie les travaux que les jeunes chercheurs ont proposés, dans le cadre du Forum, sur les questions plus spécifiques relatives au droit de la santé publique (4^e de couverture).

Droit hospitalier

44822

OUVRAGE
MOQUET-ANGER (M.L.)

Droit hospitalier.

Paris : LGDJ ; Paris : Extenso éditions :
2010 : 520p., index
Cote Irdes : Ud571

Cet ouvrage a pour objet la présentation et l'analyse de l'ensemble des règles juridiques encadrant l'activité des établissements de santé publics comme privés. Aujourd'hui le droit hospitalier recouvre un champ d'application qui dépasse la sphère des établissements publics, communément appelés hôpitaux et d'où il tire son appellation. L'ambition de ce Manuel est par conséquent d'exposer l'ensemble des règles communes qui encadrent l'activité de tous ces établissements tout en soulignant les différences résultant de leur nature juridique et des diverses modalités d'exercice des professions de santé. A jour de la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » du 21 juillet 2009 et des premiers décrets d'application au 31 décembre 2009, ce Manuel est articulé en trois parties. La première présente le système de santé dans lequel les établissements de santé occupent une place prépondérante. La deuxième aborde les règles relatives à l'encadrement des activités des établissements ainsi qu'à leurs modalités de gestion et aux statuts des personnels. La troisième spécialement consacrée au patient hospitalisé explique les droits et obligations des personnes, sujets et acteurs de l'activité hospitalière, et des responsabilités qui en découlent. Enseigné en première et deuxième année de master de droit, le droit hospitalier présente aujourd'hui un contenu particulièrement riche : outre une dimension institutionnelle incontournable, il offre un contenu matériel dense et stimulant, à la croisée du droit objectif et des droits subjectifs, du droit écrit et des sources jurisprudentielles, du droit privé et du droit public. Ce manuel est destiné aux étudiants qui souhaitent devenir

gestionnaires d'établissements de santé, ou avocats spécialisés en responsabilité médicale ou encore intégrer la fonction publique hospitalière. Il est destiné également aux professionnels juristes et non juristes ainsi qu'aux représentants des usagers du système de santé qui trouveront les clefs pour mieux appréhender ce secteur de l'activité économique et sociale en pleine mutation (4^e de couverture).

Protection sociale

44637

OUVRAGE , INTERNET

Commission Européenne. (C.E.). Division Générale de l'Emploi - Affaires Sociales et Egalité des chances. Bruxelles. BEL

MISSOC 2010 : la protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européenne et en Suisse : situation au 1er janvier 2010.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2010 : 312p.

Cote Irdes : En ligne

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=866&langId=fr&pubId=556&type=2&furtherPublication=yes>

Le MISSOC, système d'information communautaire sur la protection sociale, a de nouveau réalisé une publication dont l'objectif est d'informer sur la situation au 1er janvier 2010 des régimes de protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, des Etats membres de l'Espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) et de la Suisse. La plus grande partie de cette publication décrit les domaines clés de la protection sociale dans les dix-neuf Etats membres. Une brève explication de l'organisation dans chacun des Etats-membres complète les organigrammes. Ces derniers sont suivis d'un tableau offrant un aperçu sur les différents aspects du financement de la protection sociale.

Index des auteurs

A

AFRITE (A.)	57
Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. (ASIP SANTE).....	89
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.).....	81
AIACH (P.)	58
ALBOUY (V.)	37
ALEXANDOS (Z.)	48
ALLIN (S.)	43
ALLONIER (C.).....	24, 45, 56, 57
ALQUIER (J.).....	94
American Cancer Society	37
ANDRE (C.)	97
ANGERMEYER (M.).....	46
ARNAULT (S.)	74
ARSENAULT (C.)	108
ASKENAZY (P.).....	38
Assemblée Nationale. (A.N.)	30, 40, 51, 75
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.)	28
AUDE (J.).....	74
AUTAIN (F.).....	80, 94

B

BAGO D'UVA (T.)	102
BAHRAMI (S.)	76
BAJOS (N.).....	45
BALAGUE (C.).....	107
BALZANI (B.).....	53
BARNAY (T.)	39
BAUD (D.).....	107
BEBLO (M.)	49
BECK (F.)	45

BEFFY (M.).....	103
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.)	91
BELLIARD (D.).....	22
BEN YAALA(M.).....	74
BERANGER (A.)	22
BERNER (S.)	89
BERTRAND (D.)	30
BEYER (M.)	68
BLANCHET (D.).....	103
BLANK (R.H.).....	17
BLAS (E.)	59
BLOY (G.)	71
BLUMEL (M.)	17
BOISGUERIN (B.).....	56
BOISIVON (F.)	86
BOISNAULT (D.).....	103
BOISSON (M.)	46
BORGONOV (F.)	54
BOURGUEIL (Y.).....	57, 71
BOUTET (P.).....	32
BOUVIER-COLLE (M.H.).....	45
BOWBLIS (J.)	56
BOZIO (A.)	27
BRECHAT (P.H.)	19
BRERETON (L.).....	90
BRIET (R.)	38
BROCAS (A.M.)	45
BROWN (T.T.)	54
BURAU (V.).....	17
BUSSE (R.).....	17

C

CABANNES (P.Y.)	103
CAHUC (P.)	104
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).....	24, 41

DE RICK (D.)	91
DEBRAND (T.)	26, 37, 40
Dedale	21
DEGRAND (F.)	19
DELAMAIRE (M.F.)	77
DELLACHERIE (C.)	31, 48
DELOITTE	67
DESIMONE (J.S.)	82
DESPRES (C.)	56
DEVAUX (M.)	95
DIDEM (B.)	84
DOMIN (J.P.)	25
DOR (A.)	84
DORMONT (B.)	38
DOURGNON (P.)	24, 45, 54, 56, 57
DUFLO (E.)	99
DUGUET (A.M.)	109

E

Economist Intelligence Unit	98
Editions de l'Atelier (Les)	124
EDOUARD (F.)	49
EDWARDS (R.D.)	102
EDWARDS (S.)	83
ENCINOSA (W.)	84
EON (Y.)	76
Ernst & Young France	50
European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (E.F.I.L.W.C.)	55
European General Practice Research Network. (E.G.P.R.N.)	68
European Observatory on Health Systems and Policies	17, 43
European University Institute	28
EXERTIER (A.)	74

F

FABER (M.)	72
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion	48
FANTIN (R.)	56
FAYON (D.)	107
Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.)	81
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.)	65
Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (F.R.A.E.S.)	66
FERNANDEZ (J.L.)	53
FERRAND (M.)	47
FILIPPI (I.)	109
FOLLAND (S.)	42
Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. (F.A.P.)	61
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	34
FORDER (J.)	53
FOURNIER (J.M.)	103
FRIMAT (P.)	31, 48
Frontier Centre for Public Policy. (F.C.P.P.)	97

G

GABACH (P.)	76
GAINI (M.)	103
GALAM (E.)	69
GAZIER (B.)	106
GERBER (S.L.)	33
GILLIGAN (C.)	23
GIMBERT (V.)	51
GIORDANA (J.Y.)	46
GIOVANNINI (E.)	99

GLENNERSTER (R.).....	99
GODOT (C.)	46, 51
GOODMANN (A.C.).....	42
Groupe de Travail sur le Pilotage des Dépenses d'Assurance Maladie	38
GRUNOW (M.)	90
GUEDJ (J.)	32
GUILLOT (O.).....	48

H

HALL (E.).....	64
HALL (J.).....	99
HALPERN (C.).....	22
HALTIWANGER (J.C.)	100
HANNEY (S.).....	96
HARMSSEN (M.)	72
HARPER (S.).....	28
HASSAN (E.)	20
HAURY (S.)	44
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.)	21, 101
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.).....	50
Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité. (H.A.L.D.E.)	54
Health Consumer Powerhouse	97
Health Foundation	72
HEBEL (P.)	104
HERNANDEZ-QUEVEDO (C.).....	43
HERZLICH (C.).....	71
HEYRIES (F.)	76
HILLION (L.)	107
HIRSCH (M.)	63
HOLLIS (A.)	81, 84
HOREL (S.)	79
HUMMERS-PRADIER (E.).....	68

I

I.D.S. (Institut de Données de Santé)	126
IKEDA (S.)	96
ILIAS (L.).....	48
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	32
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)....	24, 26, 40, 54, 56, 57, 59, 71, 74
Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.).....	42
Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.s.)	45, 47
Institut des Données de Santé. (I.D.S.).....	88
Institut Européen du Salarial. (I.E.S.)	25
Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. (I.A.B.)	49
Institut Montaigne.....	24, 105, 127
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	37, 103, 106
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.)	45
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)	43
Institute for Employment Research.....	49
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.)	56, 70
Institute of Medicine. (I.O.M.).....	83
International Organization for Migration (I.O.M.).....	62

J

JACQUAT (D.)	30
JINNURI (G.).....	103
JOLY (P.)	85

JOURMARD (I.)	97
JOURDAIN MENNINGER (D.)	32
JUSOT (F.)	59

K

KANG (M.I.)	96
KANTAREVIC (J.)	70
KERGUERIS (J.)	53
KOECHLIN (F.)	72
KOLLER (T.)	63
KOOLMAN (X.)	55
KOUCHNER (C.)	20
KOVESS-MASFETY (V.)	46
KRALJ (B.)	70
KREMER (M.)	99

L

LAFORTUNE (G.)	77
LAJOUX (C.)	85
LANE (C.)	86
LANE (J.I.)	100
LAPEGUE (V.)	103
LAUDE (A.)	20
LAUGIER (S.)	23
LAURANT (M.)	72
LAUZEILLE (D.)	47
LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)	64
LE FUR (P.)	71
LEBLANC (P.)	103
LECLERC (C.)	65
LECLERCQ (G.)	31, 48
LECOQ (G.)	32
LEDESERT (B.)	65
LEGAL (R.)	56
LEGMANN (M.)	67

LEHUEDE (F.)	104
LELOUARNE (J.F.)	76
LENGLART (F.)	103
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.)	39, 80
LESIEUR (C.)	103
LEUKERT (K.)	89
LH2 Opinion	17
LICHTENBERG (F.R.)	88
LIMOUSIN (M.)	25
LINDEBOOM (M.)	102
LORENZONI (L.)	72
LUCAS (J.)	87
LUCIER (S.)	76
LUSARDI (A.)	41

M

MACK (A.)	83
MAHYAOUI (Y.)	69
MALLOT (J.)	75
MALVEZIN (E.)	69
MARCHAND (J.L.)	47
MARCHETTI (D.)	22
MARESCAUX (J.)	72
MARJANOVIC (S.)	96
MARMOT (M.)	57
MARTINEZ (R.)	47
MASSERIA (C.)	43
MATHIEU (G.)	32
Matrix Knowledges Group	91
MAURO (L.)	103
MAZEAU-WOYNAR (V.)	43
McDAID (D.)	43, 53
MCDONALD (R.)	95
MILLS (C.)	25
MILON (A.)	80

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)	30, 31, 36, 44, 45, 48, 74, 89, 108
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.)	31, 48
Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité	27
Ministère du Budget, des Comptes Publics, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat. (M.B.F.P.)	47, 97
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. (M.T.S.F.P.)	29, 31, 48, 76
Ministry of Health and Social Policy	62
MINODIER (C.)	74
Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France. (M.I.P.E.S.)	65
MLADOVSKY (P.)	43
MOISY (M.)	45
MOLINIER (P.)	23
MOQUET-ANGER (M.L.)	109
MOREL (C.M.)	83
MORIN (S.)	99
MORINEAU (A.)	99
MORRONE (A.) et al.	99
MOSSIALOS (E.)	43, 66, 83
MOUHOUD (E.M.)	64
MOUSQUES (J.)	57, 71
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.)	23

N

NACZYK (M.)	25
NAGEL (S.S.)	98
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.)	41, 82, 84, 88, 99, 102
National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation. (N.I.H.R.S.D.O.)	95
NICQ (C.)	97
NUSCHELER (R.)	90

NYSSEN (A.S.)	21
---------------	----

O

Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé	17, 43
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)	45
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.)	66, 78
Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.)	62
Observatory on Health Research Systems	20
O'DONNEL (O.)	102
OLIER (L.)	45
OR (Z.)	74
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	54, 72, 77, 95, 99
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)	44, 53, 59, 60, 62, 63, 65, 83, 87
OSTLIN (P.)	55
OULLIER (O.)	33

P

PAFFRATH (D.)	86
PALIER (B.)	25
PAPERMAN (P.)	23
PARIES (J.)	21
PARIS (V.)	95
PARNEIX (P.)	75
PASQUIER (J.L.)	103
PERRET (B.)	98
PETRIS (N.C.)	54
PICONE (G.)	82
POGGE (T.)	81
POLETTI (B.)	51
POULIQUEN (E.)	103

PRAH RUGER (J.)	58
PRZYWARA (B.)	39
PUMAIN (D.).....	76

R

Rand Corporation	96
Rand Europe	20
Reconciling Work and Welfare in Europe. (R.E.C.W.O.W.E.).....	25
REDOULES (O.).....	103
REID (T.R.).....	93
RELMAN (D.A.)	83
RENAUD (T.).....	74
ROBINET (A.).....	40
ROCHEREAU (T.).....	24, 45, 56, 57
ROKOSOVA (M.).....	53
ROME (F.)	21
ROMESTAING (P.).....	64
ROSSO-DEBORD (V.)	51
ROUILLEAULT (H.).....	18
ROUSSEL (P.).....	73

S

SALAUN (J.M.)	108
SALOIS (R.).....	91, 92, 93
SAMSON (A.L.)	70
SAOUT (C.)	30
SASSI (F.).....	54
SAUNERON (S.)	33, 46
SCHEFFLER (R.M.)	54
SCHELLER-KREINSEN (D.)	17
SCHNEIDER (D.J.).....	41
SCHNEIDER (J.)	49
SCHOEN (C.)	94
SCHREYER (P.).....	72

SCHWABE (U.).....	86
SCHWEITZER (L.).....	54
SCHWEITZER (S.O.).....	85
SCHWEYER (F.X.)	71
SEN (G.)	55
Sénat.....	35, 53, 80, 94
SERFATY (D.)	107
SERMET (C.)	45
SIOUNANDAN (N.).....	104
SIRVEN (N.).....	26, 54
SIVASANKARA KURUP (A.)	59
SOARES (M.O.).....	100
SORASITH (C.).....	40
SPLETZER (J.R.).....	100
STANO (M.)	42
STERN (R.).....	90
STINGRE (D.)	75
STREMIKIS (K.).....	94
Syntec Informatique.....	88

T

TABUTEAU (D.).....	19, 20
Technical Committee for the EU Spanish Presidency priority	60
The Institute of Social and Economic Research. (I.S.E.R.).....	96
THIEBAUT (S.)	39
THOMSON (S.).....	66
TICKLE (M.)	95
TIMUR (A.).....	82
Tinbergen Institute	102
TORP (C.)	28
TRANNOY (A.).....	59
TRIBOUT (B.)	101
TRUKESCHITZ (B.).....	53
TUBEUF (S.).....	59
TUFANO (P.)	41

TUNON DE LARA (M.).....80

VASOODAVEN (V.)..... 90

VASSELLE (A.)..... 35, 94

VENTELOU (B.)..... 39

U

Union des Fabricants pour la Protection
Internationale de la Propriété Intellectuelle.
(U.N.I.F.A.B.)79

Université de Nantes61

Université de Paris 0769

Université de Paris I Panthéon-Sorbonne76

Université Paris Descartes68

University College of London.
(U.C.L.)57

University of Augsburg90

University of Calgary84

University of Yale.....81

University of York70, 100

University of Zurich.....89

V

VAILLANT (N.).....61

VAN DE SAANDE (S.).....91

VAN DOORSLAER (E.).....102

W

WEI (L.)..... 95

WEINKAUF (D.)..... 70

WILTON (R.)..... 64

WOLFF (F.C.) 61

WOODING (S.) 96

Y

YILMAZ (E.) 71

YUN (M.S.)..... 56

Z

ZENTNER (A.) 17

ZWEIFEL (P.)..... 89

ZYLBERBERG (A.)..... 104

Carnet d'adresses des éditeurs

A

- ▶ **A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits du santé)**

Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
wb.internet@afssa.fr
<http://www.afssaps.fr/>

- ▶ **A.G.H.L. (Association nationale des Généralistes des Hôpitaux Locaux)**

16 Rue de Verdun
03500 Saint Pourçain sur Sioule
<http://www.aghl.fr/index.html>

- ▶ **A.I.S.S. (Association Internationale de la Sécurité Sociale)**

Centre de documentation
Case postale 1
CH 1211 Genève 22
Suisse
☎ 00 41 22 799 75 55
Fax : 00 41 22 799 85 09
Email: issa@ilo.org
<http://www.issa.int>

- ▶ **A.S.I.P. Santé (Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé)**

9 rue Georges Pitard
75015 Paris
☎ 01 58 45 32 50
Fax : 01 58 45 33 33
<http://www.asipsante.fr/>

- ▶ **Albin Michel Editions**

22, rue Huyghens
75680 Paris cedex 14
☎ 01 42 79 10 00
Fax : 01 43 27 21 58
<http://www.albin-michel.fr/>

- ▶ **Alcimed Technologies**

57 bd de Montmorency
75016 Paris
<http://www.alcimed.com/>

- ▶ **American Cancer Society**

Information Center
11701 Stonehollow Dr
Austin, TX 78758
Etats-Unis
<http://www.cancer.org/index>

- ▶ **Ashgate Publishing Limited**

Wey Court East
Union Road
Farnham
Surrey
GU9 7PT
Royaume-Uni
<http://www.ashgate.com/default.aspx?page=0>

- ▶ **Assemblée Nationale. (A.N.)**

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

B

- ▶ **B.E.T.A. (Bureau d'Economie Théorique et Appliquée)**

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
Pôle Européen de Gestion et d'Economie
61 avenue de la Forêt Noire
67085 Strasbourg Cedex
☎ 03 68 85 20 69

C

- ▶ **C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique)**

18, rue de Martignac

- 75700 Paris cedex 07
☎ 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/>
- ▶ **C.E.P.R.E.M.A.P. (Centre d'Etudes Prospectives d'Economie Appliquées à la Planification)**
Ecole normale supérieure (ENS)
48 Boulevard Jourdan, 75014 Paris
☎ 01 43 13 62 30 / 62 40
Fax : 01 43 13 62 32
<http://www.cepremap.cnrs.fr/>
- ▶ **C.C.M.S.A. (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)**
Direction des Statistiques et des Etudes Economiques et Financières
Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
73547 Bagnolet cedex
☎ 01 41 63 80 77
Fax : 01 41 63 83 80
<http://www.msa.fr>
- ▶ **C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)**
10, villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>
- ▶ **C.N.A.M.T.S. (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)**
26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20
☎ Standard 01 72 60 10 00
☎ Service Documentation : 01 72 60 10 20
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)
- ▶ **C.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)**
180, bd Haussman
75008 Paris
☎ 01 53 89 32 00
Fax : 01 53 89 32 01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>
- ▶ **C.N.O.P. (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)**
4, Avenue Ruysdaël
75379 Paris Cedex 08
☎ 01 56 21 34 34
Fax : 01 56 21 34 99
<http://www.ordre.pharmacien.fr>
- ▶ **C.N.S.A. (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)**
66 avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
☎ 01 53 91 28 00
<http://www.cnsa.fr>
- ▶ **C.O.R. (Conseil d'orientation des retraites)**
113, rue de Grenelle
75007 Paris
<http://www.cor-retraites.fr/>
- ▶ **C.R.E.D.O.C. (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie)**
142, rue du Chevaleret
75013 Paris
☎ 01 40 77 85 01
Fax : 01 40 77 85 33
<http://www.credoc.fr/>
- ▶ **C.S.B.E. (Conseil de la santé et du bien-être)**
1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Canada
☎ 00 1 418 643 3040
Fax : 00 1 418 644 0654
<http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- ▶ **Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé**
Centre Administratif du Botanique,
Door Building (10 ème étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
1000 Bruxelles
Email : info@kce.fgov.be
http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228

- ▶ **Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France. (C.R.C.)**
6, Cours des Roches
B.P. 226 - Noisiel
77441 Marne la Vallée Cedex 2
☎ 01.64.80.88.88
<http://www.ccomptes.fr/fr/CRC13/Accueil.html>

- ▶ **Cherche Midi Editeur**
23, rue du Cherche Midi
75006 Paris
☎ 01 42 22 71 20
Fax : 01 45 44 08 38
<http://www.cherche-midi.com/>

- ▶ **Civitas**
The Institute For The Study Of Civil Society
First Floor
55 Tufton Street
Westminster
London
SW1P 3QL
RoyaumeUni
<http://www.civitas.org.uk/>

- ▶ **Comede (Le) (Comité Médical pour les Exilés)**
Hôpital de Bicêtre
BP 31
78, rue du Général Leclerc
94272 Le Kremlin Bicêtre cedex
☎ 01 45 21 38 40
Fax : 01 45 21 38 41
Email : contact@comede.org
<http://www.comede.org>

- ▶ **Commonwealth Fund (The)**
One east 75th street
New York, NY 10021.2692
Etats-Unis
☎ 00 1 212 535 0400
Fax : 00 1 212 606 3500
Email : cmwf@cmwf.org
<http://www.commonwealthfund.org/>

- ▶ **Communauté Européenne**
Direction des Affaires Economiques et Financières

Unit R 4
B-1049 Bruxelles
Belgique
Fax: (+32) 2 29 808 23
http://ec.europa.eu/economy_finance/index_en.htm

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

D

- ▶ **D. A. T. A. R.**
Est devenu : **D.I.A.C.T.** (Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires)
1, avenue Charles Floquet
75343 Paris Cedex 07
☎ 01 40 65 12 34
Email : e-doc@diact.gouv.fr
<http://www.diact.gouv.fr/>

- ▶ **D.G.A.F.P. (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique)**
Ministère du Travail - de la Solidarité et de la Fonction publique
139, rue de Bercy
75572 Paris Cedex 12

- ▶ **D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques)**
Ministère de la Santé, Ministère des Affaires sociales
11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 80 68
Fax : 01 40 56 81 40
<http://www.travail.gouv.fr/>

- ▶ **Decisia**
Est devenu : Spad
Coheris

22 quai Gallieni
92150 Suresnes

► **Découverte et Syros (Editions La)**

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

► **Documentation Française (La)**

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

► **Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)**

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

E

► **Economica Editions**

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

► **Economist Intelligence Unit**

26 Red Lion Square London WC1R
4HQ
Londres
Royaume-Uni
☎ + 44 (0) 20 7576 8181
Fax : + 44 (0) 20 7576 8476
Email : emea@eiu.com
<http://www.eiu.com/PublicDefault.aspx>

► **Editions de santé**

49, rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
<http://www.editionsdesante.fr/>

► **Editions de l'Atelier (Les)/ Editions ouvrières**

51-55 rue Hoche
Bât. B Hall 1 Étage 3
94200 Ivry-Sur-Seine
☎ 01 45 15 20 20
<http://www.editionsatelier.com/>

► **Editions Direction des Journaux Officiels**

26 rue Desaix
75727 Paris cedex 15
☎ 01 40 58 79 79
Fax : 01 45 79 17 84
<http://www.journal-officiel.gouv.fr>

► **Editions du Moment**

15 rue Condorcet
75015 Paris
<http://www.editionsdumoment.com/>

► **Editions Flammarion**

87 quai Panhard et Levassor
75647 Paris Cedex 13
☎ 01 40 51 31 00
<http://www.flammarion.com/>

► **Editions Jacob-Duvernet**

134 rue du Bac
75007 Paris
☎ 01 42 22 63 65

► **Editions de l'O.C.D.E. (Les)**

Les éditions sont localisés à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible de s'y rendre pour y acheter les documents. Les publications sont diffusées par... Librairie de l'OCDE en ligne Pour acheter en ligne monographies et publications en série
<http://www.ocdelibrairie.org/>
<http://www.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

☎ 01 40 15 71 10

Fax : 01 40 15 72 30

Email : libparis@ladocfrancaise.gouv.fr

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

=> rechercher sur « OCDE »

Abonnements (publications en série, documents de travail...) à souscrire auprès du distributeur anglais

Extenza Turpin

Pegasus Drive

Stratton Business Park

Biggleswade

Bedfordshire, SG18 8TQ

Royaume-Uni

☎ 00 44 1767 604 800

Fax : 00 44 1767 601 640

[http://www.turpin-](http://www.turpin-distribu-)

[distribu-tion.com/turpinweb/content/home.aspx](http://www.turpin-distribu-tion.com/turpinweb/content/home.aspx)

Consultation des documents : à la Documentation Française

■ Ellipses Edition Marketing

32, rue Bargue

75740 Paris cedex

☎ 01 45 67 74 19

Fax : 01 47 34 67 94

■ Ernst & Young France

11, allée de l'arche

92037 Paris la Défense Cedex

☎ 01 46 93 60 00

■ Etudes Hospitalières (Les)

38, rue du Commandant Charcot

33000 Bordeaux Centre

☎ 05 56 98 85 79

Fax : 05 56 96 88 79

<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

■ European General Practice Research Network. (E.G.P.R.N.)

Hanny Prick - Co-ordinating Centre

EGPRN

Dept. General Practice - University

P.O. Box 616

Maastricht

NL 6200 MD

Pays- Bas

Email : hanny.prick@hag.unimaas.nl

<http://www.egprn.org>

■ European University Institute

Badia Fiesolana

Via dei Roccettini 9

50014 San Domenico di Fiesol

Italie

<http://www.eui.eu/Home.aspx>

F

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

255, rue de Vaugirard

75719 Paris cedex 15

☎ 01 40 43 30 30

Email : webmail@mutualite.fr

<http://www.mutualite.fr/>

■ F.N.O.R.S. (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé)

62, bd Garibaldi

75015 Paris

☎ 01 56 58 52 40

Fax : 01 56 58 52 41

Email : info@fnors.org

<http://www.fnors.org>

■ F.R.A.E.S.

Est devenu : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

Espace Régional de Santé Publique

9, quai Jean Moulin

69001 LYON

☎ : 04 72 00 55 70 –

Fax : 04 72 00 07 53

Email : contact@education-sante-ra.org

education-sante-ra.org

► **Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. (F.A.P.)**

3-5, rue de Romainville
75019 Paris

☎ 01 55 56 37 00

<http://www.fondation-abbe-pierre.fr>

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

Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris

☎ 01 58 10 11 90

Fax : 01 58 10 11 99

<http://www.cmu.fr/site/index.php4>

► **Frontier Centre for Public Policy. (F.C.P.P.)**

203 - 2727 Portage Avenue
Winnipeg, MB
Canada R3J 0R2

☎ (204) 957-1567

Fax: (204) 957-1570

Email: newideas@fcpp.org

<http://www.fcpp.org/index.php>

H

► **H.A.L.D.E. (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité)**

11 rue Saint Georges
75009 Paris

<http://www.halde.fr/>

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

Adresse postale :
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

☎ 01 40 56 56 00

Fax 01 40 56 59 55

Locaux HCAAM:

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

7 rue Saint-Georges - 5ème étage
75009 Paris

<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/hcaam.htm>

► **H.C.S.P. (Haut Comité de la Santé Publique)**

Adresse postale
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Bureaux

18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-
Buffon

75014 Paris

☎ 01 40 56 79 80

☎ ADSP : 01 40 56 79 56

Fax : 01 40 56 79 49

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil>

► **H.E.D.G. (Health, Econometrics and Data Group)**

C.H.E. (Centre for Health Economics)
University of York

York A010 5DD

Royaume-Uni

☎ 00 44 1904 431438

Fax : 00 44 1904 431454

<http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/index.htm>

► **Health Foundation**

90 Long Acre
London WC2E 9RA

☎ 020 7257 8000

Royaume-Uni

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

► **I.D.S. (Institut de Données de Santé)**

19 rue Arthur Croquette
94220 Charenton-le-Pont

☎ 01 45 18 43 90
Email : gipids@gip-ids.fr
<http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/>

Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>

▶ **I.G.H. (Incentives For Global Health)**

The MacMillan Center
Henry R. Luce Hall
34 Hillhouse Avenue
P.O. Box 208206
New Haven,
CT 06520-8206
Etats-Unis

▶ **I.R.E.B. (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons)**

19, av Trudaine
75009 Paris
☎ 01 48 74 82 19
Fax : 01 48 78 17 56
Email : ireb@ireb.com
<http://www.ireb.com>

▶ **INcA (Institut National du Cancer)**

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

▶ **I.S.E.R. (Institute of Social and Economic Research)**

Osaka University
6-1 Mihogaoka, Ibaraki,
Osaka 567-0047
Japon

▶ **I.N.S.E.E. (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)**

18, boulevard Adolphe-Pinard
75675 Paris cedex 13
☎ 01 41 17 50 50
<http://www.insee.fr>
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452
Fax : 01 53 17 88 09
http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm

▶ **I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)**

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9
PO Box 7240
53072 Bonn
Allemagne
☎ 00 49 228 3894 0
Fax : 00 49 228 3894 510
Email : iza@iza.org
<http://www.iza.org/>

▶ **I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)**

12 rue du Val d'Osne
94415 St Maurice cedex
☎ 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>

▶ **Institut Européen du Salariat. (I.E.S.)**

IDHE, Université Paris Ouest Nanterre,
Maison Max Weber,
200, av.de la République
92001 Nanterre cedex 01
<http://www.ies-salariat.org/>

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

Service Publication-communication
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 17

▶ **Institut Droit et Santé**

45 rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 6
☎ 01.42.86.42.10
Email : ids@parisdescartes.fr
<http://www.institutdroitsante.com/index.html>

▶ **Institut Montaigne**

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris

☎ : 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28
Email : info@institutmontaigne.org
<http://www.institutmontaigne.org/site/page.php>

◆ **Institute for Employment Research. (IAB)**

German Federal Employment Agency (BA)
Regensburger Strasse 104
D-90478 Nuremberg
☎ : 49 (0)911-179-0
Fax: +49 (0)911-179-3258
<http://www.iab.de/>

◆ **L.E.E.M. Services Editions**

Siège social :
15 rue Rieux
92100 Boulogne-Billancourt
Email : contact@leem-services.com
<http://www.leem-services.com>

◆ **LGDJ**

Librairie
20 rue Soufflot
75005 Paris
<http://www.lgdj.fr/index.php>

◆ **L2 H opinion**

46 rue de l'échiquier
75010 Paris
☎ 01 55 33 20 65

M

◆ **M.E.S.R. (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche)**

1, rue Descartes
75231 Paris cedex 05
☎ 01 55 55 90 90

◆ **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 de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

◆ **M.I.P.E.S. (Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France)**

Région Ile-de-France
35, Bd des Invalides
75007 Paris
☎ 01 53 85 66 96
Fax : 01 53 85 74 09
Email : mipes@iledefrance.fr
<http://www.ile-de-france.pref.gouv.fr/mipes/presentation.htm>

◆ **Masson Editeur**

120, boulevard Saint-Germain
75280 Paris cedex 06
☎ 01 40 46 60 00
Fax : 01 40 46 60 01
<http://www.masson.fr>
Matrix Knowledge Group
Epworth House
25 City Road
London
EC1Y 1AA
Royaume-Uni
<http://www.matrixknowledge.com/>

◆ **Ministère du Budget des Comptes Publics et de la Fonction Publique**

139, rue de Bercy
75572 Paris cedex 12
☎ 01 40 04 04 04
<http://www.fonction-publique.gouv.fr/>

◆ **Ministère du Travail**

127, rue de Grenelle
75007 PARIS 07 SP
☎ 01 44 38 38 38

◆ **Ministry of Health and Social Policy of Spain**

Paseo del Prado, 18-20
planta baja
esquina con Lope de Vega
28014 Madrid.

Espagne
<http://www.msps.es/>

- ▶ **Munich Personal RepeCH Archive**
Munich University Library
Geschwister-Scholl-Platz 1
D-80539 Munich
Allemagne
<http://mpira.ub.uni-muenchen.de/>

N

- ▶ **N.B.E.R. (National Bureau of Economic Research)**
1050 Massachusetts Avenue
Cambridge MA 02138
Etats-Unis
☎ 001 617 588 0315
Fax : 001 617 441 3895
<http://www.nber.org>
- ▶ **National Academy Press**
500 Fifth Street NW
Lockbox 285
Washington, DC 20055
Etats-Unis
☎ 00 1 202 334 3313 (Customer service)
Fax : 00 1 202 334 2451 (Customer service)
<http://www.nap.edu/>
Distributeur en Europe :
Marston Book Services, Ltd.
Unit 160 Milton Park
PO Box 269
Abingdon, Oxfordshire OX14 4YN
Royaume-Uni
☎ +44 (0) 1235 465500
Fax: +44 (0) 1235 465555
<http://www.marston.co.uk/Site/Home.html>
- ▶ **North-Holland**
Elsevier
Customer Service Department
The Boulevard, Langford Lane
Kidlington OX5 1GB,
Royaume-Uni
http : www.elsevierdirect.com

O

- ▶ **O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)**
3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Email : ofdt@ofdt.fr
<http://www.ofdt.fr>
- ▶ **O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)**
Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse
☎ 00 41 22 791 21 11
<http://www.who.int/en/>
<http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE> (diffuseurs en France)
- ▶ **O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)**
Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>
- ▶ **O.N.D.P.S. (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)**
Ministères en charge du Travail, de la Santé et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-
Buffon
75014 Paris
☎ : 01 40 56 89 27 et 89 36
http:// www.sante.gouv.fr/ondps
- ▶ **Office des Publications Officielles des Communautés Européennes**

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
☎ 00 352 29 29 1
Fax: 00 352 29 29 44619
http://publications.europa.eu/index_fr.htm
Réseau d'agents de vente :
http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm => France

- **O.N.P.E.S. (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale)**
Secrétariat
Drees
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 82 29
Email : drees-onpes@sante.gouv.fr
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/social/partenaires-institutionnels-associatifs/observatoire-national-pauvrete-exclusion-sociale-onpes/854.html>

- **Oxford University Press**
198 Madison Avenue
New York, NY, 10016
Etats-Unis
☎ 00 1 212 726 6000
Fax : 00 1 212 726 6440
<http://www.oup.com/us/?view=usa>

P

- **Palgrave Macmillan**
Palgrave Orders Department
Palgrave Macmillan
Houndmills
Basingstoke
Hampshire RG21 6XS
Royaume Uni
Tel: 01256-302866
Fax: 01256-330688
Email: orders@palgrave.com
<http://www.palgrave.com/home/index.asp>

- **Payot et Rivages (Editions)**
106 bd St Germain
75006 Paris
☎ 01 44 41 39 90
Fax : 01 44 41 39 69
Email : editions@payotrivages.com
<http://www.payot-rivages.net/>

- **Penguin Press**
375 Hudson Street
New York 10014
Etats-Unis

- **Pearson Education France**
47bis avenue des Vinaigriers
75010 Paris
☎ 01 72 74 90 00

- **Les Petits matins (Editions)**
31, rue Faidherbe
75011 Paris
☎ 01 46 59 11 73
<http://www.lespetitsmatins.fr/>

- **Prentice Hall**
Upper Saddle River
New Jersey 07458
Etats-Unis
<http://vig.prenhall.com>

- **Présidence de la République**
Palais de l'Elysée
55, rue du faubourg Saint-Honoré
75008 Paris
<http://www.elysee.fr/accueil/>

- **Presses de l'EHESP**
CS 74312
35043 Rennes Cedex
☎ 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
Email : presses@ehesp.fr
<http://www.presses.ehesp.fr/>

- **Presses de Sciences Po**
117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64

Fax : 01 45 49 83 34
Email : info.presses@sciences-po.fr
<http://www.pressesdesciencespo.fr/>

► **Presses Universitaires de France (PUF)**

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
☎ : 01.58.10.31.00
Fax : 01.58.10.31.82
<http://www.puf.com/>

► **Presses Universitaires de Grenoble (PUG)**

BP 47
38040 Grenoble cedex 9
☎ 04 76 82 56 51 - 52
Fax : 04 76 82 78 35
Email : pug@pug.fr
<http://www.pug.fr/index.asp>

► **Primary Care Foundation**

161 High Street
Lewes
East Sussex
BN7 1XU
Royaume-Uni
<http://www.primarycarefoundation.co.uk/>

► **Rand corporation**

Publications customer services
1776 Main Street
PO Box 2138
Santa Monica CA 90407-2138
Etats-Unis
☎ 00 1 310 451 7002
Fax : 00 1 412 802 4981
Email : order@rand.org
<http://www.rand.org>

► **REConciling WORk and Welfare in Europe (RECWOWE)**

Maison des Sciences de l'homme
Ange-Guépin
5 allée Jacques Berque
BP 12105
44021 Nantes cedex 1
http://www.msh.univ-nantes.fr/1172487242978/0/fiche_art_icle/

► **Routledge**

130 Milton Park
Abingdon
Oxon OX14 4SB
<http://www.routledge.com/>

S

► **Sage Publications Ltd**

1 Oliver's Yard
55 City Road
London EC1Y 1SP
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7324 8500
<http://www.sagepub.co.uk/>

► **Sciences Humaines Editions**

38, rue Rantheaume
BP 256
89004 Auxerre Cedex
☎ 03 86 72 07 00
Fax : 03 86 52 53 26
<http://editions.scienceshumaines.com/index.php>

► **Sénat**

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 Paris
☎ 01 42 34 21 21
Email : espace-librairie@senat.fr
<http://www.senat.fr>

► **Springer Medizin Verlag**

Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
Allemagne
<http://www.springer.com/>

► **Stationery Office**

TSO Customer services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Royaume-Uni

☎ 00 44 870 600 5522
Fax : 00 44 870 600 5533
<http://www.official-documents.co.uk/index.html>
Online bookshop :
<http://www.tso.co.uk/bookshop/>

- ▶ **Syntec Informatique**
3 rue Léon Bonnat
75016 Paris
<http://www.syntec-informatique.fr/mentions-legales>

T

- ▶ **Temps des Cerises (Le)/ESPERE**
6, av. Edouard Vaillant
93500 Pantin
☎ 01 49 42 99 11
Fax : 01 49 42 99 68
Email : editeur@tdcerises.com

- ▶ **Tinbergen Institute Amsterdam**
Roetersstraat 31
1018 WB Amsterdam
Pays-Bas
☎.: +31(0)20 551 3500
Fax: +31(0)20 551 3555
<http://www.nidi.knaw.nl/en/>

U

- ▶ **U.N.I.F.A.B.**
Union des Fabricants
16 rue de la Faisanderie
75116 Paris
<http://www.unifab.com/menu.html>
- ▶ **URC Eco (Unité de Recherche clinique en Economie de la Santé)**
228 rue du faubourg St Martin
75010 Paris
☎. 01 40 27 41 40
Email : secretariat@urc-eco.fr

<http://www.urc-eco.fr/>

- ▶ **University of Augsburg,**
Department of Economics
Universitäts str. 16,
86159 Augsburg,
Allemagne
<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/>

- ▶ **University College of London**
Gower Street
London WC1E 6BT
Grande-Bretagne
<http://www.ucl.ac.uk/>

- ▶ **Université de Nantes**
Laboratoire d'Economie et de
Management Nantes-Atlantique :
Chemin de la Censive du Tertre
BP 52231
44322 Nantes Cedex 3

- ▶ **Université de Paris 1**
UFR de Géographie
Institut de Géographie
191, rue Saint-Jacques
75005 Paris
☎ 01 44 32 14 00
Fax : 01 44 32 14 54
Email : ufr08@univ-paris1.fr

- ▶ **Université de Paris 7**
Faculté de Médecine
75205 Paris

- ▶ **University of Calgary**
Department of Economics
2500 University Dr. NW
Calgary, Alberta
T2N 1N4
Canada
<http://econ.ucalgary.ca>

- ▶ **University of York**
Department of economics and related
studies
York
Y010 5DD
Royaume-Uni
☎ (0)1904 433776

Fax : (0) 1904 433759
<http://www.york.ac.uk/depts/econ/>

► **University of Zurich**

Faculty of Economics, Business Administration and IT
Bibliothek (Working Paper)
Rämistrasse 71
CH-8006 Zürich
Phone: +41-44-634 21 37
Fax: +41-44-634 49 82
http : www.soi.uzh.ch

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en économie de la santé

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

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'Irdes
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Heures d'ouverture :
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

Directeur de la publication	Yann Bourgueil
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Promotion-diffusion	Sandrine Béquignon - Anne Evans
Suivi de maquette	Franck-Séverin Clérembault
Mise en page	Damien Le Torrec

Le service de documentation de l'IRDES

Le fonds documentaire

- Ensemble des rapports du CREDES (devenu IRDES) publiés depuis 1954
- Plus de 6 000 ouvrages : livres, rapports, thèses, encyclopédies, codes, usuels, atlas...
- 200 collections de périodiques
- Dossiers de presse thématiques
- Une base de données documentaire interne comprenant 40 000 références
- Les logiciels Eco-Santé

Consultation du fonds documentaire

- **Sur place, uniquement sur rendez-vous :**

Tél. : 01 53 93 43 51 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES
Service de documentation
10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

- **Courriel** : documentation@irdes.fr
- **Site Internet** : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>