

Quoi de neuf, Doc ?

Janv.-fév. / Jan.-Feb. 2011, n ° 1

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qnd/QuoiNeufDoc2011JanvFev.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

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

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, doc ?
janvier-février 2011, n° 1

Table of contents (in English).....6

Présentation ----- 2

Comment lire une notice10

Index des auteurs.....113

Carnet d'adresse des éditeurs.....121

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 11

Crise économique.....	11
Droits des usagers.....	11
Ethique	12
Handicap	12
Etudes comparées.....	13
Maladies chroniques	13
Offre de soins	13
Organisation de soins	14
Performance	14
Politique de santé internationale	16
Psychiatrie	16
Réseaux de soins	17
Santé publique	17
Santé mentale	18
Sondages d'opinion	19
Sociologie de la santé.....	20

► PROTECTION SOCIALE 21

ACOSS.....	21
Allocations aux adultes handicapés.....	21
Assurance maladie	21
Comptes de la Sécurité sociale	22
Couverture maladie universelle	23
Études d'ensemble	23
Financement.....	24
Couverture sociale.....	26
Protection complémentaire	26
Régime social des indépendants	27
Régimes de retraite	27
Régime minier	29

Résultats d'ensemble	29
Retraite	30

► PREVENTION 31

Comportement de santé	31
Définition.....	31
Vaccination.....	32

► ÉCONOMIE DE LA SANTE 33

Coûts de la maladie	33
Coûts de la santé	33
Dépenses pharmaceutiques	34
Dépenses publiques	35
Financement des soins	35
Restes à charge	36

► ÉTAT DE SANTÉ 38

Alcoolisme	38
Cancer	38
Indicateurs de santé	39
Obésité	39
Santé des femmes	40
Santé et retraite.....	41
Santé mentale	42
Santé et vieillissement	42
Toxicomanie.....	43
Travail et santé.....	43

PERSONNES AGEES	47	Organisation hospitalière	75
Caisse de solidarité pour l'autonomie.....	47	Performance	75
Consommation et retraite	47	Planification hospitalière	75
Politique de la vieillesse.....	48	Réforme hospitalière	76
Prestations dépendance.....	48	Soins de long terme.....	76
Soins de longue durée	49	Tarification hospitalière	76
Soins informels.....	50		
Vieillesse et travail	51		
INEGALITES DE SANTE.....	52	PROFESSIONS DE SANTE	78
Accès aux soins	52	Migration du personnel de santé	78
Discrimination.....	53		
Exclusion sociale	54	MEDICAMENTS	79
Immigrants	54	Chimiothérapie	79
Indicateur de développement humain	55	Copaïements.....	79
Inégalités sociales de santé.....	56	Etude prospective	80
Non-recours	59	Industrie pharmaceutique	80
Pauvreté	59	Innovation médicale.....	81
Pauvreté et croissance	60	Marché du médicament	82
Promotion de la santé	60	Médicaments antibiotiques.....	82
		Médicaments génériques.....	83
		Pharmacie hospitalière.....	84
		Politique du médicament	85
		Prescription	85
		Recherche.....	86
		Régulation	86
		Remboursement.....	87
		Statines.....	87
GEOGRAPHIE DE LA SANTE	62	TECHNOLOGIE ET INFORMATIQUE	
Aménagement du territoire.....	62	MEDICALES	88
Clusters géographiques.....	62	Dossier médical personnel	88
Disparités régionales.....	63	Innovations médicales.....	88
		Radiothérapie	89
		Sécurité des données.....	89
SOINS DE SANTE PRIMAIRES	64	SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS	90
Démographie médicale.....	64	Angleterre.....	90
Etudes médicales	65	Australie.....	91
Innovations	65	Canada	91
Histoire professionnelle	66	Etats-Unis.....	92
Maisons de santé.....	66	Japon	93
Organisation des soins	67	Monde	93
Pratique médicale	68	Pays-Bas	94
Pratique professionnelle	68	Québec	95
Qualité des soins	69	Pays industrialisés	95
Relations médecin – malade.....	69	Royaume-Uni.....	95
Rémunération.....	70	Suède.....	97
Soins intégrés.....	71	Suisse	97
		Union européenne	98
HOPITAL - ALTERNATIVES	72		
Centres hospitaliers universitaires	72		
Concurrence	72		
Infarctus du myocarde	72		
Infections nosocomiales	73		
Management hospitalier	73		
Hôpital militaire.....	74		
Hôpital privé.....	74		

PREVISION - EVALUATION	99
Evaluation d'impact	99
Presse médicale	99
Régimes amaigrissants	100
Risque moral	100
METHODOLOGIE - STATISTIQUE.....	102
Modèles	102
Score de propension	102
Techniques d'enquête.....	103
Test de causalité.....	104
DEMOGRAPHIE – MODES DE VIE	105
Espérance de vie	105
Etudes sociologiques	105
Portrait social de l'Insee.....	105
Trajectoires sociales.....	106
ÉCONOMIE GENERALE	107
Brevets	107
Chercheurs	107
DOCUMENTATION.....	108
Communication écrite	108
Epidémiologie.....	108
Géographie de la santé	109
NTIC.....	109
Pauvreté.....	110
Recueil de données statistiques.....	110
Ressources électroniques	111
REGLEMENTATION.....	112
Etablissements sociaux et médico-sociaux	112

Prochain numéro : fin avril 2011

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?
January-February 2011, n°1

Presentation	2
Reading a notice	10
Author index	113
Publishers address book.....	121

Bibliographical references

HEALTH POLICY.....	11	Pension schemes.....	27
Economic crisis	11	Miner benefits scheme	29
Patient rights	11	Global results.....	29
Ethics.....	12	Retirement.....	30
Disability.....	12		
Comparative studies	13	PREVENTION	31
Chronic diseases	13	Health behavior	31
Care supply	13	Definition.....	31
Health care organization	14	Vaccination.....	32
Performance.....	14		
International health policy	16	HEALTH ECONOMICS.....	33
Psychiatry	16	Costs of illness	33
Healthcare network	17	Health care costs	33
Public health.....	17	Drug expenditures.....	34
Mental health.....	18	Public expenditures	35
Opinion surveys	19	Health care financing.....	35
Sociology of health.....	20	Out-of-pocket health expenditures	36
SOCIAL PROTECTION	21	HEALTH STATUS.....	38
Central Social Security Organisations Agency	21	Alcohol consumption	38
Disability allowances	21	Cancer	38
Health Insurance.....	21	Health indicators	39
Social security accounts.....	22	Obesity.....	39
Universal medical coverage.....	23	Woman health	40
Global studies	23	Health and retirement.....	41
Financing	24	Mental health	42
Health Insurance coverage	26	Health and ageing.....	42
Supplementary health insurance.....	26	Drug addiction	43
National Insurance Fund for self- employer workers	27	Occupational health.....	43

ELDERLY	47	Hospital organization.....	75
National Solidary Fund for Autonomy.....	47	Performance.....	75
Consumption and retirement.....	47	Hospital planning.....	75
Ageing policy.....	48	Reform.....	76
Dependency allowances.....	48	Long term care.....	76
Long term care.....	49	Hospital payment system.....	76
Informal care.....	50		
Ageing and work.....	51	HEALTH PROFESSIONS	78
		Health workers migration.....	78
HEALTH INEQUALITIES	52		
Healthcare accessibility.....	52	PHARMACEUTICALS	79
Discrimination.....	53	Chemotherapy.....	79
Social exclusion.....	54	Co-payment.....	79
Immigrant.....	54	Forecast study.....	80
Human development index.....	55	Pharmaceutical industry.....	80
Social health Inequalities.....	56	Medical innovation.....	81
Non-take-up.....	59	Pharmaceutical market.....	82
Poverty.....	59	Antibiotics.....	82
Poverty and growth.....	60	Generic pharmaceuticals.....	83
Health promotion.....	60	Hospital medicines supply.....	84
		Pharmaceutical policy.....	85
GEOGRAPHY OF HEALTH	62	Drug prescription.....	85
Area planning.....	62	R & D investment.....	86
Geographical clusters.....	62	Regulation.....	86
Regional disparities.....	63	Reimbursement.....	87
		Statins.....	87
PRIMARY HEALTH CARE	64		
Medical demography.....	64	MEDICAL TECHNOLOGIES AND	
Medical training.....	65	INFORMATICS	88
Innovation.....	65	Medical record.....	88
Career mobility.....	66	Medical innovations.....	88
Medical care group practice.....	66	Radiotherapy.....	89
Primary care organization.....	67	Personal data security.....	89
Medical practice.....	68		
Professional practice.....	68	FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS	90
Quality of care.....	69	England.....	90
Doctor – Patient relations.....	69	Australia.....	91
Payment.....	70	Canada.....	91
Integrated care.....	71	United States.....	92
		Japan.....	93
HOSPITAL	72	World.....	93
Teaching hospitals.....	72	Netherlands.....	94
Competition.....	72	Quebec.....	95
Acute myocardial infarction.....	72	Industrialized countries.....	95
Health care associated infections.....	73	United Kingdom.....	95
Hospital management.....	73	Sweden.....	97
Military hospital.....	74	Switzerland.....	97
Private hospital.....	74	European Union.....	98

PREVISION - EVALUATION	99
Impact evaluation	99
Medical journals.....	99
Diet.....	100
Moral hazard	100
STATISTICAL METHODOLOGY	102
Models.....	102
Propensity scor	102
Survey techniques.....	103
Causality test.....	104
DEMOGRAPHY – LIVING CONDITIONS	105
Life expectancy	105
Sociological studies.....	105
Social landscape of France.....	105
Social mobility	106
ECONOMY	107
Patents	107
Research worker.....	107
DOCUMENTATION.....	108
Written communication	108
Epidemiology.....	108
Health geography	109
Information and communication technologies	109
Poverty	110
Statistical data collection	110
Online ressources.....	111
LAW.....	112
Social health care	112

Next issue: End of April 2011

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

Meaning of abbreviations

Signification des abréviations

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

Politique de santé / Health policy

Crise économique Economic crisis

45052

RAPPORT , INTERNET

MOYNIHAN (R.)

Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. DEU

Health policy in times of crisis: challenge and opportunity.

*La politique de santé en temps de crise :
challenge et opportunité.*

Gütersloh : Bertelsmann Stiftung : 2009/12 : 11p., tabl.,
graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.hpm.org/Downloads/HPM_SPOTLIGHTS/HPM_Spotlight_hp_in_times_of_crisis_Dec_09.pdf

The impact of the crisis on the health of people and populations is hard to predict, likely to be mixed, and in some cases counter-intuitive. **There's evidence that the jobless are at higher risk** of early death, but there are ambiguous signals from studies of previous economic crises. A review of the evidence on health impacts from three major financial downturns of the past highlights the uncertainty in predicting the health consequences of the current crisis. Surprisingly, death rates actually fell in American cities during the Great Depression in the 1930s, at a time of alcohol prohibition, yet they rose dramatically in heavy-drinking post-Soviet Russia in the early 1990s, particularly in places that implemented privatization most rapidly, or had high labor turnover. The east-Asian financial crisis of the late 1990s was associated with short-term increases in death rates in Thailand and Indonesia, but no change in Malaysia – which unlike its neighbors ignored advice from the global financial community to reduce spending on social protection. Today, post-crisis, governments are being urged to strengthen social protection, with cost-effective investments in health infrastructure that can produce both health and wealth.

Droits des usagers Patient rights

45243

RAPPORT

BRAS (P.L.), GOHET (P.), LOPEZ (A.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.). Paris. FRA

Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé.

Paris : la Documentation française ; Paris : Inspection
générale des affaires sociales : 2010/07 : 88p.

Cote Irdes : B6942

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a inscrit à son programme de travail une mission d'évaluation consacrée à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Ce rapport se concentre **sur l'information apportée aux usagers**. Dans la première partie est proposée une appréciation des informations diffusées, en France, en direction des **usagers, qu'elles soient d'origine publique ou privée**. Dans la deuxième partie, est décrit la politique conduite en Angleterre en ce domaine. Dans la troisième partie, sont examinés diverses questions posées par les politiques qui visent à **développer l'information des usagers** : effets sur les choix des usagers, effets sur les comportements des équipes, nature et forme de informations à diffuser, place à donner aux **indicateurs de process et de résultats ainsi qu'aux enquêtes auprès des patients, effet sur les inégalités d'accès aux soins**. **Sur la base de ces constats, des recommandations sont formulées en quatrième partie.**

Ethique
Ethics

45385

OUVRAGE

DEVETERRE (R.J.)

Practical decision making in health care ethics. Cases and concepts

Pratiques de prises de décision pour une éthique des soins de santé. Cas et concepts.

Washington DC : Georgetown University press : 2010 : 510p.

Cote Irdes : A4110

For nearly fifteen years Practical Decision Making in Health Care Ethics has offered scholars and students a highly accessible and teachable alternative to the dominant principle-based theories in the field. Devettere's approach is not based on an ethics of abstract obligations and duties, but, following Aristotle, on how to live a fulfilled and happy life—in short, an ethics of personal well-being grounded in prudence, the virtue of ethical decision making. This third edition is revised and updated and includes discussions of several landmark cases, including the tragic stories of Terri Schiavo and Jesse Gelsinger (the first death caused by genetic research). Devettere addresses new topics such as partial-birth abortion law, embryonic stem cell research, infant euthanasia in The Netherlands, recent Vatican statements on feeding tubes, organ donation after cardiac death, new developments in artificial hearts, clinical trials developed by pharmaceutical companies to market new drugs, ghostwritten scientific articles published in major medical journals, and controversial HIV/AIDS research in Africa. This edition also includes a new chapter on the latest social and political issues in American health care. Devettere's engaging text relies on commonsense moral concepts and avoids academic jargon. It includes a glossary of legal, medical, and ethical terms; an index of cases; and thoroughly updated bibliographic essays at the end of each chapter that offer resources for further reading. It is a true classic, brilliantly conceived and executed, and is now even more valuable to undergraduates and graduate students, medical

students, health care professionals, hospital ethics committees and institutional review boards, and general readers interested in philosophy, medicine, and the rapidly changing field of health care ethics (Résumé de l'éditeur).

45320

OUVRAGE

DUNCAN (P.)

Values, ethics & health care.

Valeurs, éthique et soins en santé.

Londres : Sage publications : 2010 : 9-157p., index

Cote Irdes : A4102

<http://www.uk.sagepub.com/books/Book229369>

This book encourages readers to reflect on the nature and values of health care practice. It examines key ethical frameworks and debates within the field of healthcare, locating them firmly in their social and occupational contexts. Guiding students through a range of dilemmas and difficulties encountered in health care practice with case studies and real-life examples, this lively text illustrates how to apply knowledge to professional practice and decision-making.

Handicap
Disability

45241

RAPPORT, INTERNET

OLLIVIER (R.), PAUL (S.), JACQUIN (E.)

Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.). Paris. FRA

Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Paris : la documentation française ; Paris : Inspection générale des affaires sociales : 2010/07 :

Cote Irdes : En ligne

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000497/0000.pdf>

La mission d'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des

handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui s'est déroulée d'octobre 2009 à février 2010, est la seconde réalisée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales depuis la mise en place de ce dispositif par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en 2006, en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La première mission d'évaluation qui s'est déroulée au cours du second semestre de 2008 est disponible à l'adresse suivante : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000488/index.shtml> (Résumé d'auteur).

Etudes comparées Comparative studies

45529
OUVRAGE

TABUTEAU (D.), RODWIN (V.)
SANFOURCHE (C.) / collab.

A la santé de l'oncle Sam : regards croisés sur les systèmes de santé américain et français.

Paris : Odile Jacob : 2010 : 160p.
Cote Irdes : A4126

<http://www.amazon.fr/sant%C3%A9-loncle-Sam-syst%C3%A8mes-am%C3%A9ricain/dp/2847242961>

2010 restera dans l'évolution des systèmes de protection sociale l'année de la réforme Obama. Dix ans après l'entrée en vigueur en France, de la loi créant la Couverture maladie universelle (CMU), les Etats-Unis ont fait aboutir, dans un climat de controverses et de polémiques, le projet phare de leur nouveau président. L'idée de ce livre a été, à ce moment clé de l'histoire sociale américaine, de s'interroger sur l'évolution des systèmes de santé américain et français. On croit volontiers que le système de santé français est collectif et public, tandis que le système de santé américain serait fondamentalement individualiste et privatisé. Ils seraient aux antipodes, en quelque sorte ! Pourtant cette comparaison inédite ne manquera pas de surprendre en proposant des

résultats déroutants, parfois dérangeants. Au travers d'un véritable débat, deux spécialistes, français et américain, scrutent de près les réformes dans les deux pays, décryptent les pouvoirs de la médecine et analysent les paradoxes des deux systèmes de santé et leurs mutations sourdes (4e de couverture).

Maladies chroniques Chronic diseases

45463
OUVRAGE

BENCHETRIT (K.), RAYMOND (G.)
WINCKLER (M.) / préf.

Quelle santé voulons-nous ?

Paris : les carnets de l'info : 2010 : 168p.
Cote Irdes : A4124

A partir d'une expérience ciblée, celle de l'AFD (Association française des diabétiques), ce livre dénonce les insuffisances de notre système de santé dans la prise en charge et le suivi des malades souffrant de maladies chroniques. Il met en garde notamment sur le désengagement progressif de l'Assurance maladie au profit des mutuelles et des assurances privées. Il prône une réflexion démocratique sur la politique de santé, prenant en compte la parole des usagers.

Offre de soins Care supply

45585
RAPPORT, INTERNET

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

Les chiffres clés de l'offre de soins.

Paris : DGOS : 2010 : 19p.
Cote Irdes : c, en ligne

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Chiffres_cles_2010-Version_definitive.pdf

Les chiffres clés de l'offre de soins sont destinés aux observateurs du système de santé français ainsi qu'aux acteurs de l'offre de soins, de ville comme hospitaliers. La réalisation de cette brochure s'inscrit dans l'effort d'information entrepris par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), issue de la DHOS, pour illustrer le déploiement des différents volets des réformes en cours, notamment la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), promulguée en juillet 2009. Comportant 4 volets, celle-ci a pour ambition la réorganisation de l'ensemble de l'offre de soins : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, parcours gradué des soins, création des agences régionales de santé (ARS). La loi HPST constitue le fil rouge de cette brochure, quelques mesures phares en ponctuant les 4 rubriques.

Organisation de soins Health care organization

46042
OUVRAGE

GIP Santé Protection Sociale Internationale.
(G.I.P.S.P.S.I.). Paris. FRA

Organisation et système de santé en France.

Organisation and health system in France.

Paris : GIP SPSI : 2010 : 109p.
Cote Irdes : B6962/ 1-2
http://www.gipspsi.org/GIP_FR/actualites/livre_de_presentation_du_systeme_francais_de_sante

Destiné en priorité aux partenaires étrangers du GIP SPSI, ce livre présente l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Cette publication est organisée en 11 chapitres : Historique du système de santé ; principes, organisation générale et gestion ; médecine de ville et professionnels de santé ; établissements de soins ; pharmacie et industrie de santé ; politique de santé publique ; agences sanitaires ; assurance maladie ; complémentaire santé et accès de tous

aux soins ; dépenses de santé et financement de l'offre de soins ; les grands enjeux. Dans le cadre de son rôle de plate-forme d'échange et de valorisation de l'expertise française, le GIP SPSI a publié ce livre de présentation du système français de santé, en français, anglais, espagnol, chinois et russe.

Performance Performance

45264
OUVRAGE

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

Improving Value in Health Care: Measuring Quality

Améliorer la performance des soins de santé : Comment mesurer leur qualité.

OECD Health policy studies.
Paris : OCDE : 2010 : 106p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.oecd.org/document/42/0,3343,en_2649_33929_46144874_1_1_1_1,00.html

This report is about how to improve quality in health care – a vital objective for health systems everywhere. Quality in health care is multifaceted and has various perspectives. Every patient has a right to receive timely, safe and effective care. Patients also have a right to be informed about the care process and about its risk and benefits. Those who fund and manage health care have a duty to ensure that scarce health care resources are used judiciously and wisely for the greatest public good. The drive to improve quality does not stem simply from the fact that it is the right thing to do. Increased public involvement and awareness have been accompanied by a series of landmark critiques on quality in health care. The larger role of ICTs in health care systems has also meant that information relating to quality is now more abundant. Added to this, cost pressures on health systems have increased dramatically and OECD countries now spend more on health than ever

before. Poor-quality health care ruins people's lives or kills them (Institute of Medicine). It is also wasteful and expensive and results in squandered opportunities to treat those with the greatest need and least capital. As such, quality improvement in health care matters to the economy and to society. But how is better quality in health care achieved? How do we ensure that the views and experience of those who use health services promote improvements in quality? How do we measure quality and what are the benefits of ensuring that quality improvement policies are adequately linked with other related policy imperatives? Based on the experience of the OECD Health Care Quality Indicator Project, this report provides a template for policy makers and officials who are interested in improving the quality of their health care systems. The report does not advocate a "one-size-fits-all" approach to quality improvement; rather it points to certain key elements that make up effective quality improvement strategies – principally, the requirement to align health care quality standards with national and local information systems developments, and to ensure that national strategies and policies aimed at improving quality are linked to robust quality indicators.

45267
OUVRAGE

BOROWITZ (M.) / coord.
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris.
FRA

Value for Money in Health Spending.

Optimiser les dépenses de santé

OECD Health policy studies.
Paris : OCDE : 2010 : 200p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.oecd.org/document/0/0,3343,en_2649_3392_9_46141632_1_1_1_1,00.html
<http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?sf1=identifiers&st1=812010142P1&LANG=FR>

Health spending continues to rise inexorably, growing faster than the economy in most OECD countries. Most of this spending comes from the public purse. Given the recent economic downturn, countries are looking for ways to improve the efficiency of health spending. This publication examines current efforts to improve

health care efficiency, including tools that show promise in helping health systems provide the best care for their money, such as pay for performance, co-ordination of care, health technology assessment and clinical guidelines, pharmaceutical reimbursement and risk-sharing agreements, and information and communication technology.

45355
DOCUMENT DE TRAVAIL

BOJKE (C.) , CASTELLI (A.) , LAUDICELLA (M.) , STREET (A.) , WARD (P.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.) York. GBR

Regional variation in the productivity of the English National Health Service.

Variation régionale de la productivité du Service national de santé anglais.

CHE Research Paper Series : 57
York : University of York : 2010/03 : 34p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : P149/6
<http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp57.pdf>

At a time when there are severe pressures on reducing public spending there is increasing emphasis on determining which parts of the country secure best value for money in the NHS. By linking together large scale and routinely collected datasets we produce and compare productivity estimates across the ten Strategic Health Authorities in England in 2007/08.

46021
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

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

Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis

La réactivité du système de santé et ses caractéristiques : une analyse comparative internationale.

HEDG Working Paper 10/29
York : HEDG : 2010/11 : 33p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/10_29.pdf

This paper investigates the influence of aggregate country-level characteristics on health system responsiveness, using data on 62 countries present in the World Health Survey. While evidence exists on variations in reported levels of health system responsiveness across countries, the literature is sparse on the determinants of responsiveness, particularly of system wide characteristics (World Health Report, 2000). We attempt to bridge this gap in the literature by considering simultaneously several plausible country-level characteristics as potential determinants of health system responsiveness. These characteristics refer to the way health care systems are organised and funded, the socio-demographic traits of the populations served and the economic, cultural and institutional characteristics of countries. We pay particular attention to the role of health care expenditures per capita while controlling for potential confounding factors. Data on responsiveness and socio-demographic characteristics of respondents are taken from the World Health Survey, a survey launched by the World Health Organization in 2001. Information on the country-level characteristics are obtained from the United Nations Development Program (UNDP), the World Value Survey and the Polity IV Project database. The empirical analysis is performed by adopting a two step procedure. First, we increase the crosscountry comparability of the data by adjusting for variation in the way survey respondents rate an objective level of responsiveness using the hierarchical ordered probit (hopit) model. Secondly, we investigate the influence of health spending per capita and other country characteristics on the adjusted country-level measures of responsiveness. Our results suggest that the most relevant determinants of responsiveness appear to be health expenditure per capita, health care expenditure in the public sector and population levels of education.

Politique de santé internationale International health policy

45982

OUVRAGE

MOULLE (F.) / dir., DUHAMEL (S.) / dir.

Frontières et santé : genèses et maillages des réseaux transfrontaliers.

Paris : L'Harmattan : 2010 : 286p., fig.

Cote Irdes : A4134

http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=numero&no_revue=&no=32447

Depuis une quinzaine d'années, la perméabilité des frontières a évolué sous l'impulsion des dynamiques liées à la mondialisation et aux processus macrorégionaux comme le renforcement de l'intégration européenne. Des réseaux transfrontaliers et transnationaux de soins se mettent en place, parfois structurés par des politiques de santé transfrontalières innovantes. Les lieux de consommation de soins sont bousculés par l'ouverture des frontières. Cet ouvrage aborde de manière originale les **mutations spatiales liées à l'ouverture des frontières.**

Psychiatrie Psychiatry

45934

RAPPORT

COLDEFY (M.) , LE FUR (P.) , LUCAS-GABRIELLI (V.) , MOUSQUES (J.)
PERRONNIN (M.) / coll. , CHEVALIER (J.) / coll.
, LEROUX (I.) / coll.

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

Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France.

Paris : IRDES : 2010/11 : 186p.

Cote Irdes : R1812

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf>

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens – humains, matériels et financiers – que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Cette étude décrit les disparités existant entre les secteurs de psychiatrie générale et analyse leur impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux sur une base expérimentale en région Île-de-France. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée. Elle différencie les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés et fournit une analyse fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes.

Réseaux de soins
Healthcare networks

45285
OUVRAGE

CASTEL (P.) / coord., CARRERE (M.O.) / coord.

Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie.

Montrouge : Editions John Libbey Eurotext : 2007/12 : 127p.

Cote Irdes : A4117

Le système de soins français, comme celui des autres pays dits « développés », est marqué par un ensemble d'évolutions structurelles majeures : avènement de la médecine des preuves, abolition de la dichotomie entre soins de ville et soins hospitaliers, émergence du patient-consommateur. Dans ce contexte, la notion de réseaux, de soins ou de santé, a rencontré un succès certain tant dans le champ académique qu'auprès des acteurs du système de santé, comme réponse possible à ces évolutions. Pourtant, les connaissances sur le fonctionnement des réseaux restent encore trop parcellaires et manquent de support empirique. Le réseau a-t-il une influence réelle sur l'harmonisation des pratiques cliniques et dans quelle mesure ? A-t-il un rôle à jouer dans la prise de décision de traitement et dans l'émergence du partage de la décision médicale ? Quels liens existent-il entre le développement des réseaux et les modalités de financement des soins ? Le présent ouvrage entend donner quelques réponses à ces questions. Il est constitué d'études empiriques et pluridisciplinaires qui, à travers le cas de la cancérologie, explorent les implications de l'organisation en réseau (Résumé d'auteur).

Santé publique
Public health

45316
OUVRAGE

MORELLE (A.), TABUTEAU (D.)

La santé publique.

Paris : Presses Universitaires de France (PUF) : 2010 : 126p.

Cote Irdes : A4099

http://www.puf.com/wiki/Que_sais-je:La_sant%C3%A9_publicue

La « santé publique » constitue d'abord un objectif politique, celui de préserver et d'élever le niveau de santé des populations. Elle s'appuie sur l'analyse des phénomènes de santé pour identifier et maîtriser les facteurs de risques. Elle s'applique au travers de politiques publiques et grâce à

l'action de professionnels et intervenants variés : médecins, mais aussi éducateurs, économistes, ingénieurs... Mais comment se définit et s'articule une politique de santé? Quels sont les rôles respectifs de la promotion de la santé, de la prévention, de la sécurité sanitaire et des soins? Des premières mesures hygiénistes à la récente pandémie de grippe A, de l'indispensable sécurité sanitaire à l'utopie d'une santé parfaite, cet ouvrage permet d'appréhender toutes les dimensions, tous les enjeux et toutes les ambitions de la santé publique, mais aussi tous les débats qu'elle suscite.

45387
OUVRAGE

FASSIN (D.) / dir., HAURAY (B.) / dir.

Santé publique : l'état des savoirs.

Paris : INSERM ; Paris : Editions de la Découverte :
2010 : 536p.
Cote Irdes : A4112

Au cours des deux derniers siècles, la santé publique a vu son territoire s'étendre et sa légitimité se conforter dans l'action de l'État aussi bien que dans les pratiques des citoyens. Ébranlée par des crises sanitaires, mais renforcée par le déploiement de nouveaux savoirs et de nouvelles institutions, elle est devenue un enjeu majeur des sociétés contemporaines. À la fois domaine politique, secteur administratif, matière universitaire, champ professionnel et réalité médicale, la santé publique est au cœur de nos grandes interrogations en matière de risque et de précaution, de solidarité et de responsabilité, de justice et d'efficience, d'évolutions démographiques et épidémiologiques. C'est à en décrypter les multiples facettes qu'une soixantaine d'auteurs, chercheurs mais aussi praticiens, s'emploient dans ce livre. Inscrit dans le contexte français pour en restituer les spécificités, l'ouvrage reste ouvert aux comparaisons internationales. Après avoir abordé les disciplines contributives à la santé publique, il se concentre sur les principales maladies et les grandes questions qu'elle est amenée à traiter, des violences interpersonnelles à la précarité, et aborde les différentes politiques mises en œuvre, de la sécurité sanitaire à la recherche. Il se termine en évoquant les défis qui se posent à nous,

notamment les inégalités croissantes qui mettent aujourd'hui à l'épreuve le gouvernement des vies (4e de couverture.)

Santé mentale *Mental health*

45466
RAPPORT, INTERNET

EYSSSEN (M.), LEYS (M.), DESOMER (A.) et al.
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.).
Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des
Soins de Santé. Bruxelles. BEL

Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ?

Bruxelles : KCE : 2010/11 : 2 vol. (221; 116p.), tabl., fig.,
cartes
Cote Irdes : En ligne
http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=14844&CREF=18214

Une réflexion politique sur la manière de mieux organiser les soins de santé mentale (SSM) est menée depuis les années 1990 en Belgique. Le présent rapport a pour objectif de contribuer à cette réflexion et donne un éclairage sur une part, l'organisation générale des soins, et sur certains aspects de la coordination et de l'intégration des soins d'autre part. Il se penche particulièrement sur les personnes qui présentent une affection mentale exigeant des soins chroniques et complexes. Ce rapport est basé sur une étude de la littérature scientifique (Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane et base de données CRD) et sur un aperçu international de l'organisation des soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale dans 6 pays européens et en Australie.

Sondages d'opinion Opinion surveys

45314

RAPPORT , INTERNET

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

Les perceptions des Français sur les évolutions du système de santé.

Paris : Viavoice : 2010/10 : 14p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/SondageViaVoiceCiss.pdf>

L'analyse du Projet de loi de financement pour la Sécurité sociale a déjà poussé les assureurs et mutuelles à envisager d'augmenter leurs tarifs de 8 % l'an prochain. Dans ce contexte, un sondage réalisé par l'institut Viavoice, pour le Collectif interassociatif sur la santé, montre que les Français refusent de payer plus cher leur couverture maladie. En cas de hausse des cotisations, 43 % des sondés se déclarent prêts à changer pour une complémentaire santé moins chère mais offrant une couverture plus limitée (56 % chez les 35-49 ans). Pour le CISS, le PLFSS 2011 se situe dans la droite ligne de ceux qui depuis plusieurs années réduisent le montant de la prise en charge par l'Assurance maladie et font le lit des reports et renoncements aux soins. Ainsi, le basculement de certains remboursements vers les complémentaires santé apparaît pour 73 % des interviewés comme un accroissement des inégalités en matière de santé. 26 % de Français ont dû renoncer ces dernières années à des soins médicaux ou à l'achat de médicaments à cause de leur coût, les bénéficiaires de la CMU, les revenus inférieurs à 1 500 euros mensuels et les 25-34 ans étant surreprésentés. Ils sont par ailleurs, 30 % à avoir décidé de reporter des soins ou l'achat de médicaments. 74 % des sondés estiment que c'est maintenant à l'Etat de prendre toutes les mesures pour que la Sécu rembourse le plus possible les dépenses de santé, contre seulement 20 % qui pensent que les Français doivent prendre davantage à leur charge les dépenses de santé compte tenu du déficit de la Sécurité sociale. Le renoncement aux soins n'est plus une thématique marginale et concerne

dorénavant 1 Français sur 4. Dans ce contexte, la réforme du système de santé soulève la question des valeurs fondamentales défendues par le système de santé français.

45095

RAPPORT

Cercle Santé Société. (C.S.S.). Paris. FRA, Europ Assistance. Paris. FRA

Baromètre sur les principaux débats de santé. Résultats 2010 et évolutions observées depuis 2006.

Paris : Cercle Santé : 2010 : 15p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.europ-assistance.com/presse/doc_barometres_sante.html

Lancé en octobre 2006, ce baromètre annuel paneuropéen a pour objectif de mesurer et de suivre l'état de l'opinion publique sur les grands débats de santé. Cinq axes prioritaires sont développés à partir des résultats de cette cinquième vague : la qualité des systèmes de santé et leur financement : comment les citoyens évaluent-ils leurs systèmes de santé, quels types de financement privilégient-ils ? ; la crise et son impact sur la santé : comment les citoyens réagissent-ils, quelles sont leurs exigences, comment évoluent leurs comportements, notamment en termes de mobilité, comment envisagent-ils l'avenir et quelle est leur appréciation de la prévention ? ; focus sur la formation et l'information en matière médicale : quel regard les citoyens portent-ils sur le niveau de formation initiale et continue de leurs médecins, tant au plan technique que relationnel et de la communication des informations les concernant entre les différents professionnels ? ; la dépendance et son financement : comment est perçu le « cinquième risque », la prise en charge du vieillissement et des personnes dépendantes ? ; les nouvelles technologies : quel rôle peuvent-elles jouer par rapport aux pratiques de soins et de suivi traditionnelles ?

Sociologie de la santé
Sociology of health

45317

OUVRAGE

ROMEYER (H.) / dir.

La santé dans l'espace public.

Rennes : Presses de l'EHESP : 2010 : 214p., phot.

Cote Irdes : A4100

<http://www.presses.ehesp.fr/sciences-humaines-et-sociales/histoire/Details/250/56/sciences-humaines-et-sociales/histoire/la-sante-dans-lespace-public.html>

Sida, sang contaminé, amiante, vache folle, chikungunya, grippe A... À la faveur de plusieurs crises sanitaires très médiatisées, d'actions militantes largement publicisées et de décisions politiques s'y référant, les thématiques de santé ont gagné l'espace public. De nombreux travaux en sciences humaines et sociales ont abordé la notion d'espace public, en France surtout depuis la traduction de Jürgen Habermas en 1978. Rares sont les travaux à envisager la globalité du processus de publicisation mis en évidence par le philosophe allemand : à la fois publicisation et médiatisation des dossiers d'intérêt général et mise en débat public. Les textes regroupés ici ont fait le choix de s'interroger sur la complexité de ce processus à travers les caractéristiques des discours sur et de la santé, afin d'analyser les rapports mouvants entre plusieurs sphères sociales (médecine, recherche, journalisme, politique, secteur associatif) qui sont en situation de tension. L'intérêt de cet ouvrage est donc de montrer les différentes modalités de mise en public des thématiques de santé. C'est ainsi l'occasion de révéler trois caractéristiques fortes de ces discours : l'édiction de normes dans les discours publics, les enjeux complexes des questions de santé dans la presse et l'apparition de nouveaux acteurs (notamment les associations) en quête de légitimité.

45059

OUVRAGE

COLLARD (F.) / dir., SAMAMA (E.) / dir.

Handicaps et sociétés dans l'histoire : l'estropié, l'aveugle et le paralytique de l'Antiquité aux temps modernes.

Paris : L'Harmattan : 2010 : 223p.

Cote Irdes : A4089

Quelle était la perception du handicap dans les sociétés anciennes ? Cette étude permet de mieux cerner les représentations, mentales et iconographiques, du handicap tout autant que les techniques, médicales ou non, mises en oeuvre pour venir en aide à une catégorie de patients posés comme sujets d'analyse historique. L'ouvrage propose des regards croisés sur les estropiés, les aveugles, et les paralytiques depuis l'Antiquité jusqu'à la fin du XVIIIe siècle (4e de couverture).

Protection sociale / Social protection

ACOSS

Central Social Security Organisations Agency

45026
RAPPORT

Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (A.C.O.S.S.). Paris. FRA

Rapport annuel 2009 de l'Acoss.

Montreuil : Acoss : 2010/07 : 48p.
Cote Irdes : B6917
http://www.acoss.urssaf.fr/index.php?option=com_docman&task=view_rapport&Itemid=5530

La mission première de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale est de centraliser les ressources et d'assurer la gestion commune et individualisée de la trésorerie des quatre branches du régime général de la Sécurité sociale (maladie, accidents du travail, vieillesse, famille). Après une présentation du rôle et du fonctionnement de l'ACOSS, ce rapport présente la convention d'objectifs et de gestion Etat-ACOSS et le schéma directeur des systèmes d'information. Il examine également le contexte économique du recouvrement en 2009, les encaissements et la gestion de trésorerie, le service et la relation cotisants, le pilotage et la gestion du réseau.

Allocations aux adultes handicapés

Disability allowances

45335
RAPPORT

MONTGOLFIER (A. de), CAZALET (A.), BLANC (P.)
Sénat. Paris. FRA

Rapport d'information sur l'évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Paris : Sénat : 2010/10 : 55p.
Cote Irdes : B6939
<http://www.senat.fr/rap/r10-036/r10-0361.pdf>

Instituée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée aux personnes handicapées âgées de plus de vingt ans et ne pouvant prétendre à un avantage vieillesse, une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à l'AAH. Elle est attribuée en fonction de critères médicaux et sociaux par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). L'AAH est financée par la solidarité nationale et représente une dépense globale qui devrait atteindre près de 7 milliards d'euros en 2011. Le nombre d'allocataires de l'AAH ne cessant d'augmenter, la dépense relative à cette prestation sociale est en progression continue depuis plusieurs années. C'est dans ce contexte qu'un contrôle a été mené conjointement par la commission des finances et la commission des affaires sociales. L'objectif était de mieux comprendre les raisons de cette progression, mais aussi celles de la sous-évaluation, quasi-systématique, des crédits nécessaires à la couverture des besoins réels de l'AAH dans les projets de loi de finances initiale successifs.

Assurance maladie

Health Insurance

45549
RAPPORT

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

L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Rapport annuel 2010.

Paris : HCAAM : 2010/11 : 96p.
Cote Irdes : B6958
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2010/hcaam_rapport2010.pdf

Le rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour 2010 a été adopté, le 25 novembre 2010, à l'unanimité de ses membres. Intitulé « L'assurance maladie face à la

crise : éléments d'analyse », il est essentiellement consacré aux conséquences de la crise sur l'assurance maladie avec la dégradation forte et brutale de ses comptes depuis 2009. Ce rapport se propose, dans la première partie, de mettre en perspective les niveaux actuels de déficit avec ceux **que l'assurance maladie avait connus** lors de la dernière dégradation importante de ses comptes, dans les années 2003 – 2004. Il présente ensuite, dans un chapitre plus théorique, quelques **concepts d'analyse des effets conjoncturels et structurels d'une crise économique**. Dans la troisième partie sont analysées les conséquences et les différentes perspectives qui en découlent **pour l'assurance maladie**. **Figurent en annexe au rapport** la présentation habituelle des comptes incluant les chiffres pour 2009 et un retour sur l'avis « Vieillesse, longévité et assurance maladie » adopté le 22 avril dernier.

Comptes de la Sécurité sociale **Social security accounts**

45149

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 2010-2011.

Paris : Ministères chargés de la Santé : 2010/09 :
453p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/
ccss201009.pdf](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201009.pdf)

Ce rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale présente les comptes 2009 et les nouvelles prévisions pour 2010 et 2011 de l'ensemble des régimes de protection sociale. Le déficit du régime général de la Sécurité sociale atteindra 23,2 milliards d'euros cette année, selon les dernières prévisions de la Commission des comptes. Ce trou est inférieur de 3,6 milliards par rapport aux prévisions de juin dernier, et de plus de 7 milliards par rapport au budget voté par les parlementaires il y a un an. La masse salariale est

repartie à la hausse (+2 % en 2010 après -1,3 % en 2009), d'où des recettes moins catastrophiques que prévu. La commission souligne en effet que les produits nets du régime général devraient augmenter en valeur de 2,7 % en 2010 (-0,2 % en 2009). Il faut ajouter à ce déficit ceux des autres régimes de base (1,7 milliard) et celui du Fonds de solidarité vieillesse (4,3 milliards), qui finance le minimum vieillesse et prend notamment en charge les cotisations retraite des demandeurs d'emploi. Cette dernière dépense a évidemment explosé, alors que les recettes du FSV avaient été réduites après avoir affiché deux années excédentaires (2007-2008). Sa situation est désormais « critique », s'alarme la Commission. La branche maladie, qui est redevenue depuis 2009 la branche la plus déficitaire, représente sur la période la moitié du déficit du régime général. Les branches retraite et famille ont connu au cours de la récession des dégradations de moindre ampleur mais néanmoins substantielles. L'année prochaine, hors mesures correctrices du PLFSS pour 2011, le déficit du régime général atteindrait 28,6 milliards (30,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base), et celui du FSV, 4 milliards. La CCSS prévoit une hausse de 3,1 % des produits nets du régime général en 2011, avec une hausse de 2,7 % des recettes issues des cotisations et de la CSG, une hausse d'environ 4 % des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, sur les 30,7 milliards d'euros d'exonérations, 27,9 milliards d'euros seraient compensés, entraînant un manque de 2,8 milliards d'euros. Un nouveau compte incluant les dispositions du PLFSS pour 2011 sera intégré dans la version définitive du rapport de la CCSS.

Couverture maladie universelle
Universal medical coverage

45503

RAPPORT, INTERNET

Rockefeller Foundation. New York NY. USA

**Catalyzing Change: The System Reform
Costs of Universal Health Coverage**

*Catalyser le changement : les coûts de la
réforme de santé pour une couverture santé
universelle.*

New York : Rockefeller Foundation : 2010/11 : 96p.,
tabl., fig., annexes

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/ebafb89b-2d68-45c0-885e-74d40e8c55d9.pdf>

Many countries are beginning to embrace universal health coverage (UHC) — defined by the World Health Organization (WHO) as access to key promotive, preventive, curative and rehabilitative health interventions for all at an affordable cost, thereby achieving equity in access — as a viable financing mechanism. Although models for UHC vary by country, governments are reorganizing national health systems to share health costs more equitably across the population and its life cycle, instead of concentrating the burden on the few who face catastrophic illness in any given year. This timely report addresses a specific question: how much does it cost to shift a health system from being predominantly financed out of pocket toward one that is financed using schemes of universal coverage? Using examples from four countries that have made tremendous strides toward achieving universal coverage, the report puts an approximate price tag on these investments. The conclusions indicate that relatively small early investments can set countries on the path toward universal health coverage. This information should be useful to those involved in planning reform, as well as the development partners that support them.

Études d'ensemble
Global studies

45530

OUVRAGE

GRIMALDI (A.), LE PEN (C.)

Où va le système de santé français ?

Bordeaux : Editions Prométhée : 2010 : 124p.

Cote Irdes : A4127

<http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/ou-va-le-systeme-de-santefrancais9782916623078?PHPSESSID=>

Le trou de la Sécu n'en finit pas de se creuser, et avec lui la tombe d'un système de santé réputé dans le monde entier. Le système français souffre d'un mal rampant et récurrent, privatisation pour les uns, étatisation pour les autres. Développement des franchises médicales, instauration d'un médecin-traitant, déremboursement de soins, couverture maladie universelle, tarification à l'activité... les réformes se sont multipliées ces dernières années, qui viennent accréditer l'idée d'une impuissance des pouvoirs publics. Une chose est sûre : le régime de protection sociale hérité des lendemains de la Seconde Guerre mondiale a déjà vacillé sur ses bases. Pour les uns, une forte régulation étatique aurait remplacé un dispositif qui faisait la part belle à la cogestion et à la médecine libérale. Le service public se mettrait à l'heure d'une saine gestion. Les autres n'ont de cesse de dénoncer la logique sous-jacente à toutes les réformes de ces dernières années, qui tendrait à faire de la santé une marchandise et mettrait en péril l'égalité des soins.

Financement
Financing

45554

RAPPORT , INTERNET

MONTCHAMP (M.A.)

Assemblée Nationale. Commission des Finances.
Paris. FRA

Avis sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011.

Avis . 2912.

Paris : Assemblée Nationale : 2010 : 102p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assembleenationale.fr/13/rapports/r2912.asp>

Le modèle social français est en bout de course, et il convient de repenser les modalités de financement de la Sécurité sociale. La réflexion devra être globale, tant fiscale que sociale. Cet avis réalisé lors de la préparation du projet de loi de la financement pour 2011 propose des solutions de recettes nouvelles destinées à financer la dette sociale et à enclencher un mouvement de résorption des déficits du régime général. Ces recettes passent par la réduction de niches fiscales et sociales, par la hausse de taxations ciblées, mais également par la sollicitation des hauts revenus et des revenus du capital. Sur le plan des dépenses, le présent projet ambitionne de réduire les déficits par de nouvelles mesures d'économies, essentiellement centrées sur l'assurance maladie : on constate toutefois qu'en la matière, le processus de ciblage des économies à réaliser est de plus en plus fin, allant jusqu'à des mesures qui ne rapporteraient que 20 millions d'euros. Cette situation ne fait que mettre en avant la nécessité de porter l'effort sur les recettes si l'on souhaite parvenir à un redressement durable des comptes de la Sécurité sociale.

45388

OUVRAGE

PICHELOT (J.)

GOSSELIN (P.) / préf.

Une alternative à la TVA sociale.

Paris : France Europe Editions : 2010 : 146p.

Cote Irdes : A4113

<http://www.priceminister.com/offer/buy/68238943/Une-Alternative-A-La-Tva-Sociale-Livre.html>

Alors que l'on parle de déclinisme, de faillite, d'un social trop lourd dans notre pays, l'auteur estime que nous portons dans nos « gènes économiques » tous les espoirs. Depuis quarante ans, nous avons la certitude et la preuve que l'on peut accorder plus au social et en même temps consommer davantage. Tout simplement parce que nous sommes dans un monde inventif, où la plupart des produits coûtent moins cher, durent plus longtemps, consomment moins d'énergie. Hélas, cette société de surconsommation, de gâchis, engendre l'exclusion et le chômage ! Quelques constats encourageants : en quarante ans, la part de la retraite dans le PIB est passée de 5,40 % à 12,60 %. Avons-nous fait faillite ? Non ! Et pendant ce temps, notre parc de voitures particulières de 5,40 millions a atteint plus de 34 millions. La part santé et éducation du budget des ménages est passée de 11,3 % à 21,3 %. Nos ménages se sont-ils serré la ceinture ? Pas du tout : nous n'avons jamais autant consommé. Nous disposons aujourd'hui de produits (Internet, téléphone portable, GPS etc.) qui n'existaient même pas dans notre imaginaire. L'auteur explique comment cela a été possible et propose une solution pour que cela continue. Oui, nous pouvons accorder plus au social et consommer davantage (4e de couverture).

45553

RAPPORT , INTERNET

DOOR (J.P.)

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

Rapport sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011. Tome 2 : Assurance maladie et accidents du travail.

Rapport ; 2916.

Paris : Assemblée Nationale : 2010 : 297p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r2916-tii.asp>

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 prévoit que, grâce à des efforts de bonne gestion équitablement répartis entre tous les secteurs et l'ensemble des acteurs du système de santé, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera respecté

en 2010 pour la première fois depuis 1997, ce qui témoigne de la réussite de notre politique de maîtrise des dépenses de santé, à laquelle les professionnels de santé ont pris toute leur part. **L'ONDAM pour 2011 dont la progression est fixée à 2,9 %, est cohérent avec l'évolution tendancielle de nos dépenses de santé, et s'inscrit dans la poursuite de l'ambitieuse politique d'optimisation des dépenses d'assurance maladie** dont les principes, les acteurs et les instruments ont été refondés par la loi du 13 août 2004. **S'inscrivant dans un contexte économique de sortie de crise, il atteint 167,1 milliards d'euros, ce qui permet d'injecter 4,7 milliards d'euros de marges de manœuvre supplémentaires dans le financement de l'assurance maladie en 2011, et témoigne de la priorité que les pouvoirs publics accordent au financement solidaire du système de santé des Français. Ainsi, bien qu'il participe à l'effort général de résorption des déficits publics, ce projet de loi traduit clairement une volonté de préserver l'excellence de notre système de soins et ne peut donc en aucun cas être regardé comme un texte d'austérité. La stratégie sous-tendant ce texte consiste à ramener à un rythme soutenable la croissance tendancielle des dépenses, par la mise en œuvre de mesures d'efficience. Pour garantir le respect des objectifs votés par le Parlement, il est ainsi prévu d'inscrire dans la loi deux des recommandations formulées par M. Raoul Briet dans son rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, recommandations qui visent à étendre les missions du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. En outre, le projet de loi prévoit la mise à jour régulière de la classification commune des actes médicaux, afin que les tarifs de ces derniers évoluent en fonction des progrès techniques. Enfin, s'agissant des établissements de santé, il optimise le processus de la convergence inter-sectorielle en disposant que celle-ci s'oriente désormais vers les tarifs les plus bas, quel que soit le secteur concerné, et anticipe mieux les futurs déploiements de la tarification à l'activité dans les secteurs des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie. Le texte comporte également un ensemble de dispositions tendant à étendre la protection des assurés. En somme, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est un texte équilibré. Équilibre, d'une part, entre l'indis-**

pensable poursuite d'une politique raisonnée de maîtrise des dépenses de santé, et la recherche **d'une protection toujours plus complète des assurés** contre le risque de maladie. Équilibre également entre médecine de ville et hôpital, dans la mesure où il fixe pour les deux secteurs un même niveau de progression des dépenses. Équilibre enfin, car il finance la revalorisation des tarifs des médecins généra-listes, qui sont ainsi alignés sur ceux de leurs confrères des autres spécialités.

45293
RAPPORT

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

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 et annexes.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2010 : Pagination multiple., ann.

Cote Irdes : Bc6929

http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2011/2011_plfss.pdf

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2011/lfss2011.htm>

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

Couverture sociale
Health Insurance coverage

45101

RAPPORT , INTERNET

DENAVAS-WALT (C.), PROCTOR (B.D.), SMITH (J.C.)

US Census Bureau. Washington DC. USA

Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009.

Revenu, pauvreté et couverture maladie aux Etats-Unis : 2009.

Current Population Reports ; P60-238

Washington : U.S. Government Printing Office : 2010 : 79p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf>

This report presents data on income, poverty, and health insurance coverage in the United States based on information collected in the 2010 and earlier Current Population Survey Annual Social and Economic Supplements (CPS ASEC) conducted by the U.S. Census Bureau.

Protection complémentaire
Supplementary health insurance

45508

RAPPORT

FREHAUT (P.), KLEIN (T.), LAFFON (P.)

Ministère du Budget - des Comptes Publics et de la Fonction Publique. Paris. FRA, Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé.

Paris : CAS : 2009/06 : 64p., ann.

Cote Irdes : B6951

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000613/0000.pdf>

Par lettre en date du 3 octobre 2008, le Premier ministre a confié au secrétaire d'Etat chargé de la prospective, de l'évaluation des politiques

publiques et du développement de l'économie numérique, une mission de comparaison internationale sur la couverture par une assurance santé complémentaire. Ce rapport a pour but d'apprécier la qualité de l'information dont disposent, en matière de protection complémentaire en santé, les particuliers et, s'agissant des contrats collectifs, les entreprises et partenaires sociaux. Il doit en outre examiner la perception qu'ont les assurés sociaux de leur risque de supporter des restes à charge, après intervention de l'assurance maladie obligatoire, en matière de soins et biens médicaux. Enfin, il doit analyser les conditions dans lesquelles s'opèrent les choix des particuliers et entreprises entre les nombreux contrats proposés par les divers organismes complémentaires.

45502

RAPPORT

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

Direction de la Recherche - des Etudes et de

l'Evaluation Statistique. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2010/11 : 46p.

Cote Irdes : B6949

http://www.santejeunesports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_oc_2010.pdf

Ce rapport, élaboré par la Direction de la Recherche - des Etudes et de l'Evaluation Statistique (DREES) pour la deuxième année, présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008 et 2009. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU et, en particulier, sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP pour le compte de la DREES. Dans une première partie sont rappelés les principaux éléments de cadrage sur le marché de la couverture santé complémentaire, un secteur d'activité qui se concentre mais qui reste très morcelé en ce qui concerne les mutuelles. La deuxième partie du rapport s'intéresse à la situation financière des organismes assurant la couverture complémentaire santé. En 2009, le rapport constate une baisse du résultat net

comptable aussi bien pour les assurances que pour les mutuelles, avec des différences notables selon les organismes. Le résultat technique santé est positif en contrat individuel et négatif en collectif pour l'ensemble des organismes. Globalement, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes et le type de contrat. Elles s'élèvent, pour la couverture des « risques santé », à 30 % pour les sociétés d'assurance non-vie pour les contrats individuels contre 22 % pour les mutuelles et 15 % seulement pour les institutions de prévoyance. En contrat collectif, l'écart se réduit fortement (respectivement 22 %, 21 % et 18 %). Enfin, des annexes détaillant les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes sont jointes au rapport.

45426
GUIDE

Union Nationale des Organismes
Complémentaires d'Assurance Maladie
(U.N.O.C.A.M.). Paris. FRA

Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé.

Paris : UNOCAM : 2010 : 11p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.ctip.asso.fr/FCKeditor/userfiles/file/telechargements/Questions_pour_comprendre_et_choisir.pdf
<http://www.unocam.fr/weblib/unocam/Questions%20pour%20comprendre%20et%20choisir.pdf>

Ce document est destiné à aider le grand public à mieux comprendre **ce qu'est une complémentaire santé**, ses garanties, ses mécanismes de remboursement **et à le guider dans le choix d'une complémentaire.**

Régime social des indépendants **National Insurance Fund for self-employed workers**

45244
RAPPORT, INTERNET

Régime Social des Indépendants. (R.S.I.).
La Plaine Saint-Denis. FRA

Rapport annuel 2009 du RSI.

La Plaine Saint-Denis : RSI : 2010/09 : 106p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.le-rsi.fr/actualites/20100901_Rapport_Activite_2009.php

Ce rapport permet de retracer le chemin parcouru en 2009, mais aussi d'appréhender les nombreux défis qui l'attendent dans les prochaines années. L'année 2009 a été rythmée par plusieurs étapes significatives dans l'amélioration de la protection sociale des travailleurs indépendants et de leurs ayants droit, parmi lesquelles la présentation du Livre Blanc, l'amélioration, dans le cadre de la politique de prévention du RSI, de la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques à travers la mise en place du programme RSI-diabète, l'arrivée d'une nouvelle catégorie d'indépendants, « les auto-entrepreneurs », dont plus de 300 000 sont affiliés au RSI au titre de l'année 2009. En 2009, le RSI a également stabilisé son organisation grâce à la mise en place des classifications du personnel.

Régimes de retraite **Pension schemes**

45531
OUVRAGE
FRIOT (B.)

L'enjeu des retraites.

Paris : La Dispute : 2010 : 171p.
Cote Irdes : A4128

Les réformateurs et la plupart des opposants à la réforme actuelle des retraites, malgré leurs divergences, fondent leur diagnostic du prétendu « problème des retraites » sur les mêmes présupposés : nous subissons un choc démographique, il serait impossible d'augmenter les cotisations qui alimentent les retraites, c'est un prélèvement sur la valeur produite par les actifs qui financerait les pensions, la justice voudrait que le montant des pensions soit déterminé par la somme des cotisations versées du temps de son activité, etc. Cet ouvrage répond à ces arguments et propose une tout autre analyse. Et si le

problème démographique était une illusion ? Et si les pensions de retraite n'étaient pas un revenu différé mais un salaire. lié à la qualification ? Et si les retraités n'étaient pas des inactifs, comme le veut la statistique, mais des personnes différemment actives, enfin libres de travailler à l'écart du marché du travail ? L'enjeu des retraites, c'est d'abord reconnaître et prolonger l'indéniable réussite humaine et politique des retraites. C'est également mettre en débat le statut du salaire et de la qualification pour tous, ainsi que le rapport au travail que nous voulons promouvoir. C'est seulement en posant de telles questions fondamentales que l'on pourra renouer avec les objectifs progressistes qui ont mené au système actuel et ouvrir une alternative sérieuse à la réforme en cours (4e de couverture).

45390
OUVRAGE
CONCIALDI (P.)

Retraites, en finir avec le catastrophisme : idées neuves contre un déclin programmé.

Paris : Editions Lignes de Repères : 2010 : 213p., tabl.
Cote Irdes : A4115
<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/retraites-en-finir-avec-le-catastrophisme9782915752601?PHPSESSID=>

Faut-il accepter comme une fatalité une nouvelle réforme des retraites, au nom de la crise, de l'endettement public et de l'allongement de l'espérance de vie ? Non, répond Pierre Concialdi, économiste à l'Institut de Recherches Economiques et Sociales et membre d'ATTAC. Dénonçant les discours catastrophistes, l'ouvrage pointe, tout d'abord, les nombreuses bonnes nouvelles, trop souvent occultées : le dynamisme démographique de la France et la hausse de la productivité, notamment. S'opposant à l'approche purement comptable du gouvernement, qui ne débouchera que sur un nouveau déclin des retraites, un creusement des inégalités et le développement de la capitalisation, l'ouvrage articule la question des retraites avec les questions plus globales de la solidarité et du mode de croissance. Sortir de la logique néo libérale, mettre en cause le productivisme, partager le travail, lever le tabou du partage de la valeur

ajoutée : voilà quelques unes des conditions pour réussir une réforme solidaire et durable des retraites ! (4e de couverture).

45333
DOCUMENT DE TRAVAIL

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

Les systèmes de retraite à l'étranger.

Paris : COR : 2010/09 : 160p.
Cote Irdes : B6937
<http://www.cor-retraites.fr/article374.html>

Le conseil d'orientation des retraites (COR) a consacré sa séance du 29 septembre à des comparaisons internationales en matière de **retraite. Une réunion qui s'inscrit dans le prolongement des travaux régulièrement conduits par le Conseil.** Ce dossier de travail disponible en ligne est organisé en trois grandes parties. La première rappelle quelques données de base sur les systèmes de retraite des pays que le COR suit plus particulièrement (Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, Etats-Unis, Italie, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède). Ces données proviennent de précédents documents du Conseil **ou d'autres publications, principalement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE).** La deuxième partie est consacrée à différentes **évolutions des systèmes de retraite à l'étranger** composée de 4 documents dont une étude comparative inédite de la Caisse des dépôts de six **pays ayant instauré des dispositifs d'épargne retraite obligatoire par capitalisation en complément des régimes publics en répartition.** La troisième partie fournit un éclairage particulier sur les liens entre les catégories socio-professionnelles **et l'architecture des systèmes de retraite. Enfin, à titre d'information, est joint au dossier « le Livre vert sur l'avenir des systèmes de retraite »** que la Commission européenne a récemment rendu public pour consultation.

Régime minier
Miner benefits scheme

46056
RAPPORT
BUR (Y.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris.
FRA

**Rapport sur l'avenir du régime de
sécurité sociale dans les mines.**

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2010 : 49p., tabl.,
annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_avenir_du_regime_de_securite_sociale_dans_les_mines.pdf

Commandité par le ministère chargé de la Santé, ce rapport examine certaines spécificités du régime de Sécurité sociale dans les mines. Il fait des propositions concernant la suppression de l'article dit « 2.2.b. », la mise à disposition du personnel sous statut minier auprès d'autres structures ainsi que l'évolution de l'offre de soins dans le cadre de la prise en charge globale assurée par le régime minier à ses assurés. La mission concerne donc deux spécificités qui caractérisent le régime de Sécurité sociale minier : - le principe d'une prise en charge globale à 100 % des ressortissants du régime minier au-delà du panier de soins pris en charge par le régime général, - les avantages sociaux individuels et collectifs des personnels du régime minier, liés au statut minier. L'analyse de ces spécificités ne peut être déconnectée de l'organisation même du régime minier qui intègre à la fois la fonction assurantielle et celle d'offreur de soins. En effet, une prise en charge globale de qualité ne peut se résumer à la garantie de la gratuité des soins. Elle est largement tributaire de la qualité et de la répartition territoriale de l'offre de soins. De même, l'évolution du statut des personnels du régime minier, en particulier ceux exerçant au sein des structures de santé et de soins, est liée à l'adaptation de l'offre de soins aux réalités sanitaires, démographiques et économiques. Aussi, le rapport aborde les évolutions qui paraissent s'imposer à l'offre de soins du régime minier. Celle-ci est le résultat d'une longue histoire, celle des mineurs qui, en contrepartie d'un travail pénible, dangereux et préjudiciable à

leur santé, ont pu bénéficier d'une prise en charge globale de leurs besoins de santé tout au long de leur vie au sein de structures de soins et de santé qui leur étaient réservées. La mission a considéré qu'elle devait élargir ses investigations au devenir global de l'offre de soins (i.e. en prenant en compte non seulement les structures relevant des CARMi mais aussi celles relevant des associations partenaires, AHNAC et Hospitalor). Par ailleurs, la mission a intégré un développement spécifique sur la question des pharmacies (Extrait du texte).

Résultats d'ensemble
Global results

45481
RAPPORT , INTERNET

Organisation Internationale du Travail. (O.I.T.).
Genève. CHE, International Labor Organization.
(I.L.O.). Genève. CHE

**World Social Security Report 2010/11.
Providing coverage in times of crisis
and beyond.**

*Rapport sur la sécurité sociale dans le monde
2010-2011: assurer une couverture sociale en
temps de crise et au-delà.*

Genève : Organisation Internationale du Travail : 2010 :
278p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_146566.pdf

Sound social security policies have to be based on facts and figures. This report provides that factual basis to support the development of national social security policies. It is the first in a series of World Social Security Reports which will also help to monitor the global progress on social security **coverage and thus support the ILO's campaign to extend coverage**. It deals first with the scope, extent, levels and quality of coverage by various social security branches; it then examines the **scale of countries' investments in social security**, measured by the size and structure of social security expenditure and the sources of its financing; and finally presents the nature of social

security responses to the crisis as a thematic focus. The main objective of the current report is to present the knowledge available on coverage by social security in different parts of the world, and to identify existing coverage gaps.

dans la réflexion sur l'avenir de nos régimes de retraites.

Retraite Retirement

45251

RAPPORT, INTERNET

PANIS (J.)

Sénat. Délégation aux Droits des Femmes et à l'Égalité des Chances entre les Hommes et les Femmes. Paris. FRA

**Réforme des retraites.
Rapport d'information sur les
dispositions du projet de loi, adopté par
l'Assemblée nationale après engagement
de la procédure accélérée, portant
réforme des retraites (n° 713, 2009-
2010).**

Paris : Sénat : 2010 : 65p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r09-721/r09-7211.pdf>

La délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a été saisie par la commission des affaires sociales pour donner un avis sur les dispositions du projet de loi portant réforme des retraites. Conformément à la saisine de la commission des affaires sociales, la délégation a examiné les dispositions législatives soumises au Sénat au regard de leurs conséquences sur les droits des femmes et sur l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Elle a constaté la persistance des inégalités de pension entre femmes et hommes en analysant la situation actuelle des retraités et la dynamique future de notre système de retraites. Elle en a déduit la nécessité de remédier aux inégalités professionnelles et d'apporter des correctifs aux écarts de retraites entre femmes et hommes. Enfin, elle a jugé nécessaire de rappeler que le niveau de vie des retraité(e)s dépendra aussi de l'évolution des unions et des séparations de couples en appelant à incorporer cette donnée

Prévention / Prevention

Comportement de santé Health behavior

45128

DOCUMENT DE TRAVAIL

ALTINDAG (D.T.), CANNONIER (C.), MOCAN (N.H.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

The impact of education on health knowledge.

L'impact de l'éducation sur la connaissance en matière de santé.

NBER Working Paper Series : 16422

Cambridge : NBER : 2010/09 : 48p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : C, En ligne

<http://papers.nber.org/papers/w16422>

The theory on the demand for health suggests that schooling causes health because schooling increases the efficiency of health production. Alternatively, the allocative efficiency hypothesis argues that schooling alters the input mix chosen to produce health. This suggests that the more educated have more knowledge about the health production function and they have more health knowledge. This paper uses data from the 1997 and 2002 waves of the NLSY97 to conduct an investigation of the allocative efficiency hypothesis by analyzing whether education improves health knowledge. The survey design allows us to observe the increase in health knowledge of young adults after their level of schooling is increased by differential and plausibly exogenous amounts. Using nine different questions measuring health knowledge, we find weak evidence that an increase in education generates an improvement in health knowledge for those who ultimately attend college. For those with high school as the terminal degree, no relationship is found between education and health knowledge. These results imply that the allocative efficiency hypothesis may not be the primary reason for why schooling impacts health outcomes.

Définition Definition

45365

OUVRAGE

DREUX (C.), DAVID (G.), BRODIN (M.)
Groupe de Concertation entre Académies des
Sciences de la Vie et de la Santé. (G.C.A.S.V.S.). sl.
FRA

La prévention en question (s). Prévenir, c'est protéger son capital santé.

Cachan : Editions Médicales Internationales : 2009 :
207p.

Cote Irdes : A4104

La prévention a deux buts essentiels : protéger la santé et le bien-être de chacun contre les risques évitables d'une part, en réduire autant que possible la gravité d'autre part. Malgré d'heureuses initiatives, telle la loi de santé publique de 2004, elle n'a pas encore la place qu'elle devrait avoir dans notre société. Elle pourrait en effet épargner jusqu'à 20 % de la mortalité actuelle en France. Face à cet enjeu, cet ouvrage présente les principaux axes de travail à poursuivre : mieux rechercher les facteurs de risque par des études épidémiologiques, garantir la sécurité et l'efficacité de toutes les actions de prévention ou de dépistage, détecter les sujets à risque, développer de nouveaux vaccins, poursuivre avec persévérance toutes les actions d'éradication des maladies infectieuses, généraliser la couverture vaccinale encore insuffisante, prêter une attention particulière aux milieux défavorisés, faire des choix de priorité dans les actions ou les recherches en prévention à entreprendre pour qu'elles puissent s'intégrer dans l'économie de la santé. Tous ces sujets sont ici étudiés dans leurs implications majeures et, le cas échéant, complétés par des recommandations issues des travaux de chaque académie.

Vaccination
Vaccination

46057

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CHANEL (O.), LUCHINI (S.), MASSONI (S.),
VERGNAUD (J.C.)

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

***Impact of information on intentions to
vaccinate in a potential epidemic :
swine-origin Influenza A (H1N1).***

*Impact de l'information sur l'intention de se
faire vacciner en cas d'épidémie potentielle : le
cas de la grippe A (H1N1).*

CES Working Paper ; n° 2010.87

Paris : centre d'économie de la Sorbonne : 2010/12 :
23p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, en ligne

[http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/54/38/21
PDF/10087.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/54/38/21/PDF/10087.pdf)

Vaccination campaigns to prevent the spread of epidemics are successful only if the targeted populations subscribe to the recommendations of health authorities. However, because compulsory vaccination is hardly conceivable in modern democracies, governments need to convince their populations through efficient and persuasive information campaigns. In the context of the swine-origin A (H1N1) 2009 pandemic, we use an interactive study among the general public in the South of France, with 175 participants, to explore what type of information can induce change in vaccination intentions at both aggregate and individual levels. We find that individual attitudes to vaccination are based on rational appraisal of the situation, and that it is information of a purely scientific nature that has the only significant positive effect on intention to vaccinate.

Économie de la santé / Health economics

Coûts de la maladie Costs of illness

45344

DOCUMENT DE TRAVAIL

CAWLEY (J.), MEYERHOEFER (C.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

The Medical Care Costs of Obesity: An Instrumental Variables Approach.

Les coûts des soins médicaux liés à l'obésité : une approche par variables instrumentales.

NBER Working Paper ; 16467
Cambridge : NBER : 2010/11 : 41p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
www.nber.org/papers/w16467

This paper is the first to use the method of instrumental variables (IV) to estimate the impact of obesity on medical costs in order to address the endogeneity of weight and to reduce the bias from reporting error in weight. Models are estimated using data from the Medical Expenditure Panel Survey for 2000-2005. The IV model, which exploits genetic variation in weight as a natural experiment, yields estimates of the impact of obesity on medical costs that are considerably higher than the correlations reported in the previous literature. For example, obesity is associated with \$676 higher annual medical care costs, but the IV results indicate that obesity raises annual medical costs by \$2,826 (in 2005 dollars). The estimated annual cost of treating obesity in the U.S. adult non-institutionalized population is \$168.4 billion or 16.5% of national spending on medical care. These results imply that the previous literature has underestimated the medical costs of obesity, resulting in underestimates of the cost effectiveness of anti-obesity interventions and the economic rationale for government intervention to reduce obesity-related externalities.

Coûts de la santé Health care costs

45126

DOCUMENT DE TRAVAIL

POTERBA (J.M.), VENTI (S.F.), WISE (D.A.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

The Asset Cost of Poor health.

Le coût en matière d'actifs financiers d'un mauvais état de santé.

NBER Working Paper Series ; 16389
Cambridge : NBER : 2010/09 : 29p., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://papers.nber.org/papers/w16389>

This paper examines the correlation between poor health and asset accumulation for households in the first nine waves of the Health and Retirement Survey. Rather than enumerating the specific costs of poor health, such as out of pocket medical expenses or lost earnings, we estimate how the evolution of household assets is related to poor health. We construct a simple measure of health status based on the first principal component of HRS survey responses on self-reported health status, diagnoses, ADLs, IADL, and other indicators of underlying health. Our estimates suggest large and substantively important correlations between poor health and asset accumulation. We compare persons in each 1992 asset quintile who were in the top third of the 1992 distribution of latent health with those in the same 1992 asset quintile who were in the bottom third of the latent health distribution. By 2008, those in the top third of the health distribution had accumulated, on average, more than 50 percent more assets than those in the **bottom third of the health distribution. This “asset cost of poor health” appears to be larger for persons with substantial 1992 asset balances than for those with lower balances.**

45366

CHAPITRE

BRODIN (M.)

Groupe de Concertation entre Académies des Sciences de la Vie et de la Santé. (G.C.A.S.V.S.). sl. FRA

La prévention et l'économie de la santé

In : La prévention en question (s). Prévenir, c'est protéger son capital santé.

Cachan : Editions Médicales Internationales : 2009 : pp. 35-49

Cote Irdes : A4104

S'il est un sujet qui mérite le titre de « revendication permanente » de nos concitoyens, depuis les Etats généraux de la santé, c'est bien celui de la prévention, déclinée à tous les âges de la vie et dans toutes les circonstances. Cependant, nombreux sont nos concitoyens qui confondent les approches - diagnostic individuel orienté - par le symptôme exprimé par un patient, et les approches collectives de dépistage en population effectués en l'absence de toute symptomatologie. Il en résulte de nombreuses injonctions paradoxales. A l'heure européenne, le vivant et l'histoire naturelle devraient déterminer nos politiques publiques et nos programmes de santé... mais nos organisations et nos institutions sont par construction le reflet de l'histoire de nos cultures et nos systèmes de valeurs : ainsi les comptes de la santé retiennent les dépenses de prévention individuelle institutionnalisées (protection maternelle et infantile, santé scolaire, médecine du travail.. et les dépenses de prévention collective (contrôle des eaux..) (D'après l'introduction).

Dépenses pharmaceutiques

Drug expenditures

45153

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

Travail Emploi Politiques Publiques. (T.E.P.P.).

Paris. FRA

Ageing, chronic conditions and the evolution of future drugs expenditures.

Vieillesse, maladies chroniques et l'évolution des futures dépenses pharmaceutiques.

TEPP Working Paper ; 2010-8

Paris : TEPP : 2010 : 25p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.tepp.eu/images/stories/wp8-btv-10-tepp-v2.pdf>

The healthy ageing assumptions may lead to substantial changes in paths of aggregate healthcare expenditures, notably catastrophic expenditures of people at the end of the life. But clear assessments of involved amounts are not available when we specifically consider ambulatory care (as drug expenditures) generally offered to chronically-ill people who can remain in this health-status for a long time onward. The Government and Social Security need tools to predict the future cost of health in particular drugs expenditures taking account epidemiological changes on future. This study estimates the evolution in reimbursable outpatient drug expenditures, attributable to age structure and chronic conditions changes, of the French population up to 2029. The healthy ageing assumptions may lead to substantial changes in paths of aggregate healthcare expenditures, notably catastrophic expenditures of people at the end of the life. But clear assessments of involved amounts are not available when we specifically consider ambulatory care (as drug expenditures) generally offered to chronically-ill people who can remain in this health-status for a long time onward. The Government and Social Security need tools to predict the future cost of health in particular drugs expenditures taking account epidemiological changes on future. This study estimates the evolution in reimbursable outpatient drug expenditures, attributable to age structure and chronic conditions changes of the French population up to 2029.

Dépenses publiques
Public expenditures

45291

RAPPORT

ANGELS (B.)

Sénat. Délégation pour la Planification. Paris. FRA

Rapport d'information sur les finances publiques.

Rapport d'information ; 441

Paris : Sénat : 2008 : 455p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r07-441/r07-4411.pdf>

Les dépenses publiques alimentent beaucoup de commentaires mais, finalement, peu d'analyses, si bien qu'en la matière, trop souvent, « la réponse précède la question ». L'objet de ce rapport est d'inverser cette séquence en procédant, à partir de comparaisons internationales, à l'examen détaillé de trois questions fondamentales : le niveau des dépenses publiques influence-t-il l'utilisation globale des ressources économiques ? les dépenses publiques exercent-elles des effets défavorables sur la croissance économique, le pouvoir d'achat et le bien-être ? les dépenses publiques sont-elles au service de la réduction des inégalités ?

Financement des soins
Health care financing

46031

RAPPORT

JEGOU (J.J.)

Sénat. Commission des Finances. Paris. FRA

Rapport général au nom de la commission des Finances de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de finances pour 2011. Tome III : Moyens des politiques publiques et dispositions spéciales. Annexe n° 26 sur la santé.

Paris : Sénat : 2010/11 : 87p., tabl.

Cote Irdes : B6961

<http://www.senat.fr/rap/l10-111-326/l10-111-3261.pdf>

L'avis de Jean-Jacques Jegou fait au nom de la mission santé de la commission des finances présente l'affectation des ressources financières du secteur santé, par programme : programme prévention, sécurité sanitaire et offre de soins, programme protection sociale (protection complémentaire, couverture maladie universelle, aide médicale d'Etat...), dans le cadre de la loi de Finances pour 2011.

46030

RAPPORT

MILON (A.)

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

Avis présenté au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2011. Tome V : Santé.

Paris : Sénat : 2010/11 : 59p., tabl.

Cote Irdes : B6960

<http://www.senat.fr/rap/a10-113-5/a10-113-51.pdf>

Réalisé au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de finances 2011, cet avis présente les recommandations de la commission pour maîtriser les dépenses publiques dans le secteur de la santé. Les deux aspects abordés concernent les moyens d'action et l'indépendance des agences sanitaires (notamment l'Afssaps avec l'affaire du Mediator) et la réforme de l'aide médicale d'Etat (AME).

45053

INTERNET, RAPPORT

HOFFMANN (F.) , RODRIGUES (R.)

European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienne. AUT

Paying for long-term care.

Financer les soins de long terme.

Vienne : The European Centre for Social Welfare Policy and Research : 2010/09 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

http://www.euro.centre.org/data/1283437589_95069.pdf

This Policy Brief aims to present information on the current picture of (public and private) expenditure on long-term care (LTC) for older people and discuss the challenges of financing care. It also reviews the rationale for public funding of long-term care needs, since the funding is currently relatively low in most European

countries when compared to other social protection areas. Also, funding schemes are skewed towards institutional care, even though most older people are cared for at home and age-adjusted nursing home usage rates have been falling. Contrary to health care user payments for long-term care can be quite high as a percentage of an individual's income, especially for institutional care. This can raise questions about which income groups contribute the most to finance care, as users of long-term care are expected to be disproportionately concentrated in poorer income groups. Using SHARE data, some initial results on the potential redistribution effects of home care benefits are also discussed. This Brief is structured in three main sections, framed by some background information on the context of long-term care policies. While the first and the second sections provide an overview of – respectively – public and private funding arrangements and expenditure on long-term care, with a focus on Europe, the third section explores the potential inequalities resulting from long-term care policies. Finally, some conclusions will be presented.

45051

OUVRAGE

KUTZIN (J.) / éd., CASHIN (C.) / éd., JAKAB (M.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.

Mise en oeuvre des réformes du financement des soins : leçons issues des pays en transition.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2010 : 20+411p., tabl., fig.

Cote Irdes : B6916

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf

Since 1990, the social and economic policies of the transition countries of central and eastern Europe, the Caucasus and central Asia have diverged, including the way they have reformed the financing of their health systems. This book analyses this rich experience in a systematic way.

It reviews the background to health financing systems and reform in these countries, starting with the legacy of the systems in the USSR and central and eastern Europe before 1990 and the consequences (particularly fiscal) of the transition for their organization and performance. Using in-depth country case experiences, chapters focus on how policies were implemented to change the mechanisms for revenue collection, pooling of funds, purchasing of services and the policy on benefit entitlements. Later chapters highlight particular reform topics: the financing of capital costs; the links between health financing reform and the wider public finance system; the financing of public health services and programmes; the role of voluntary health insurance; informal payments; and accountability in health financing institutions. From practical experience of implementing, advising or evaluating health financing policies in the region, the authors offer important lessons, as well as pitfalls to avoid in the reform process. This book is essential reading for health finance policy-makers, advisers and analysts in this region and beyond.

Restes à charge

Out-of-pocket health expenditures

45331

RAPPORT

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

Le coût de la couverture santé pour les ménages : enquête et propositions de l'UFC- Que Choisir.

Paris : UFC-Que Choisir ? : 2010 : 15p., tabl., graph. fig. Cote Irdes : B6934

<http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/assurance-maladie/etude-le-cout-de-la-couverture-sante-pour-les-menages-enquete-et-propositions-de-l-ufc-que-choisir>

Cette publication de l'UFC-Que Choisir présente les résultats d'une étude sur le poids des dépenses de santé dans le budget des consommateurs et particulièrement celui relatif à l'achat des assurances en santé. Ces dernières années, les

pouvoirs publics accumulent les mesures visant à sortir de plus en plus de dépenses de santé du **champ de l'assurance maladie pour les transférer** directement aux consommateurs. Ainsi, quand une personne consacrait 407 € à **se soigner** en 2001 reste à charge et éventuelle cotisation de complémentaire, elle devait y consacrer 618 € **sept** ans plus tard soit une progression de 52%. Cette inflation des dépenses de santé est, dans une large mesure, liée au marché des complémentaires. **Mais l'effort exigé n'est pas le même d'un ménage à l'autre. Ce qui signifie que les mesures d'économie n'ont pas les mêmes conséquences d'un consommateur à l'autre. Tous ces éléments sont venus plaider pour que l'UFC-Que Choisir mène une analyse plus fine visant à connaître le poids et l'évolution des dépenses de santé sur différentes strates de la population. Très rapidement, l'analyse a démontré que, parmi les sommes qui restent à la charge des ménages, l'achat d'une assurance complémentaire constitue le premier poste. C'est pourquoi l'association a souhaité mettre l'accent sur le poste de dépense en santé relatif à l'achat d'une assurance santé. Dans ce domaine, le constat est sans appel : les complémentaires sont devenues un pré requis dans l'accès aux soins ; l'accroissement du poids des dépenses de santé pour les ménages s'est accompagné de difficultés croissantes dans le choix et l'acquisition d'une assurance santé complémentaire ; les consommateurs ont été soumis à une inflation des primes d'assurance santé déconnectées des remboursements. Les données utilisées émanent de différentes sources de la statistique publique intervenant dans le secteur de la santé (IRDES, DREES, INSEE) mais également de l'assurance (ACAM devenue ACP, Fond CMU). L'analyse se limite à la période 2001-2008, les données pour les années postérieures n'étant pas encore disponibles.**

État de santé / Health status

Alcoolisme Alcohol consumption

45164
RAPPORT

HILL (C.), LAPLANCHE (A.)
Institut Gustave Roussy. (I.G.R.). Villejuif. FRA

La consommation d'alcool en France.

Villejuif : IGR : 2008 : 139p.
Cote Irdes : B6925

Cet ouvrage rassemble l'ensemble des informations permettant d'étudier la consommation de boissons alcoolisées en France. Sont analysés : le système de taxation ainsi que la taxation au niveau du prix ; le principe de l'estimation de la consommation nationale à partir des données fiscales ; l'évolution de la consommation nationale depuis 1860, globalement et par type de boisson ; l'évolution de la consommation moyenne par sexe ; la distribution de la consommation par sexe ainsi que le prix des boissons alcoolisées.

Cancer Cancer

45548
RAPPORT

BOUSQUET (P.), CERF (N.), MARANINCHI (D.)
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne
Billancourt. FRA

Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France.

Boulogne-Billancourt : Inca : 2010/11 : 68p.
Cote Irdes : B6959
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/5986-dynamique-devolution-des-taux-de-mortalite-des-principaux-cancers-en-france-novembre-2010

Ce rapport réalisé par l'Institut National du Cancer, en lien avec l'Institut national de Veille

Sanitaire (InVS), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), et le réseau français des registres de cancer (Francim), présente une analyse dynamique de la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années à partir des données les plus récentes. Ce document constitue un point d'étape entre les deux Plans cancers déployés en France. Il a notamment pour objectif de repérer les changements directement liés aux actions et politiques de santé publique menées ces dernières années afin d'éclairer les décideurs sur les actions à mener pour soutenir la baisse de la mortalité par cancer. Dans cette synthèse, il a été choisi : **d'actualiser la situation de la mortalité globale et prématurée par cancer en France à partir des dernières données de mortalité disponibles (données observées sur la période 2003-2007 et projections pour 2010) ; de décrire et d'analyser son évolution tous cancers confondus, puis cancer par cancer à partir des données observées couvrant les années 1983-2007 et regroupées par périodes quinquennales ; de décrire les tendances de la mortalité dans les différentes classes d'âge ; de comparer l'évolution de la mortalité avec celle de l'incidence, pour illustrer le caractère plurifactoriel des déterminants pouvant influencer les évolutions de la mortalité par cancer.**

45496
DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
SCHODER (J.) , LICHTENBERG (F.R.)
University of Zurich. Socioeconomic Institute.
Zurich. CHE

Impact of Specialization on Health Outcomes – Evidence from U.S. Cancer Data

Impact de la spécialisation sur les résultats en matière de santé. Evidence issus des données américaines sur le cancer.

Zurich : University of Zurich : 2010/10 : 18p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www soi.uzh.ch/research/wp/2010/wp1011.pdf>

There have been many studies of the volume-outcome relationship. In all of these, the unit of analysis is the hospital or physician. However, this level of analysis is mostly limited to the use of in-

hospital mortality rates and is particularly sensitive to selective referral. Moreover, the literature on agglomeration economies highlights the importance of information spillovers within regions (Glaeser, 2010). To overcome these problems, our study is the first that examines the volume-outcome relationship on a regional (county or cancer registry) level. Using data from **the National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and End Results** program we found that regions with relatively more of the same cancer type exhibit relatively better health outcomes.

Indicateurs de santé Health indicators

46071

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

AUDIBERT (M.), COMBES MOTEL (P.), DRABO (A.)

Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International. (C.E.R.D.I.). Clermont-Ferrand. FRA

Global Burden of Disease and Economic Growth.

Fardeau global de la maladie et croissance économique.

Etudes et Documents ; E 2010.36
Clermont-Ferrand : CERDI : 2010/12 : 34p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://publi.cerdi.org/ed/2010/2010.36.pdf>

Relationships between health and economic prosperity or economic growth are difficult to assess. The direction of the causality is often questioned and the subject of a vigorous debate. For some authors, diseases or poor health had contributed to poor growth performances especially in low-income countries. For other authors, the effect of health on growth is relatively small, even if one considers that investments which could improve health should be done. It is argued in this paper that commonly used health indicators in macroeconomic studies (e. g. life expectancy, infant mortality or prevalence rates

for specific diseases such as malaria or HIV/AIDS) imperfectly represent the global health status of population. Health is rather a complex notion and includes several dimensions which concern fatal (deaths) and non-fatal issues (prevalence and severity of cases) of illness. The reported effects of health on economic growth vary accordingly with health indicators and countries included in the analyses. The purpose of the paper is to assess the effect of a global health indicator on growth, the so-called disability-adjusted life year (DALY) that was proposed by the World Bank and the WHO in 1993. Growth convergence equations are run on 159 countries over the 1999-2004's period, where the potential endogeneity of the health indicator is dealt for. The negative effect of poor health on economic growth is not rejected thus reinforcing the importance of achieving MDGs.

Obésité Obesity

45143

INTERNET, RAPPORT

SASSI (F.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Copenhagen. DNK

Obesity and the Economics of Prevention..

L'obésité et l'économie de la prévention.

Paris : OCDE : 2010/09 : 265p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne

This report examines the scale and characteristics of the current obesity epidemic, the respective roles and influences of market forces and governments, and the impact of interventions to tackle obesity. Its report presents for the first time analyses and comparisons of the most detailed data on obesity available from 11 OECD countries. It includes a unique analysis of the health and economic impact of a range of interventions to tackle obesity in 5 countries, carried out jointly by the OECD and the World Health Organization.

Obesity has risen to the top of the public health policy agenda worldwide. Before 1980, rates were generally well below 10%. They have since doubled or tripled in many countries, and in almost half of the OECD, 50% or more of the population is overweight. A key risk factor for numerous chronic diseases, obesity is a major public health concern. There is a popular perception that explanations for the obesity epidemic are simple and solutions within reach. But the data reveal a more complicated picture, one in which even finding objective evidence on the phenomenon is difficult. Policy makers, health professionals and academics all face challenges in understanding the epidemic and devising effective counter strategies. This book contributes to evidence-based policy making by exploring multiple dimensions of the obesity problem. It examines the scale and characteristics of the epidemic, the respective roles and influence of market forces and governments, and the impact of interventions. It outlines an economic approach to the prevention of chronic diseases that provides novel insights relative to a more traditional public health approach

46014

RAPPORT, INTERNET

BOUT (B.)

Sénat. Paris. FRA, Assemblée Nationale. Paris. FRA, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité.

Rapport; n° 3020, rapport; n°158

Paris : Assemblée Nationale, Paris : Sénat : 2010 : 267p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.senat.fr/rap/r10-158/r10-1581.pdf>

Actuellement, la France compte 16,9 pour cent d'adultes obèses, avec une augmentation de la prévalence de l'obésité de 5,9 pour cent par an. 3,5 pour cent des enfants sont obèses, soit 4 fois plus par rapport à 1960. Pourtant, alors que l'obésité constitue une maladie grave à la fois par les complications qu'elle entraîne, les stigmatisations qu'elle induit et les coûts financiers qu'elle implique, elle peine à être

reconnue comme une vraie maladie et est souvent réduite à des lieux communs sans rapport avec la complexité de ses déterminants. L'un des objectifs de ce rapport est donc de mieux connaître les déterminants de l'obésité pour mieux l'appréhender et mettre un terme aux discours simplistes sur cette question. Par ailleurs, il se focalise sur l'organisation et les apports de la recherche en matière de prévention et de traitement de l'obésité. En effet, aujourd'hui, l'obésité est une maladie que l'on ne sait pas guérir par les thérapies traditionnelles. Pourtant, il existe des pistes de recherche prometteuses qui pourraient conduire, à moyen terme, à un traitement efficace. De même, jusqu'à présent, les politiques de prévention se révèlent globalement décevantes. Ce relatif échec s'explique en partie par la difficulté d'élucider les causes de l'obésité qui sont nombreuses et variables en fonction des individus. Mais il provient également de la mise en place de politiques fondées plus sur des a priori « idéologiques » ou résultant de la confrontation d'intérêts contradictoires que sur des résultats scientifiques validés par des expérimentations de terrain. Ce rapport dresse donc un inventaire des données scientifiques à prendre en compte pour mener une politique de prévention plus efficace et propose les orientations stratégiques indispensables pour lutter avec succès contre l'obésité.

Santé des femmes
Woman health

45163

RAPPORT

HENON (D.)

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

La santé des femmes en France.

Paris : Editions des journaux officiels : 2010/09 : 95p.

Cote Irdes : P111/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000510/0000.pdf>

La plus grande longévité des femmes est tempérée par des vulnérabilités spécifiques, le dévelop-

pement de comportements à risque et des inégalités d'accès aux soins. L'intégration professionnelle des femmes produit des effets positifs sur leur santé mais les expositions et nuisances liées à de nombreux emplois féminins demeurent largement invisibles car peu étudiées. Sur chacun de ces thèmes, le Conseil cible les efforts à faire pour améliorer la santé des femmes en mettant l'accent sur la prévention et la lutte contre les inégalités sociales pathogènes, toutes actions qui nécessitent une meilleure prise en compte du genre dans la recherche médicale et les politiques de santé publique (Résumé d'auteur).

Santé et retraite Health and retirement

45281

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

GARCIA GOMEZ (P.), JIMENEZ MARTIN (S.), VALL CASTELLO (J.)

Fundacion de Estudios de Economia Aplicada. (F.E.D.E.A.). Madrid. ESP

Health, disability and pathways into retirement in Spain

Etat de santé, incapacité et passages à la retraite en Espagne

Documento de Trabajo 2010-24

Madrid : FEDEA : 2010/09 : 58p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.fedea.es/pub/Papers/2010/dt2010-24.pdf>

In this paper we analyze the trends in labor force participation and transitions to benefit programs of older workers in relation to health trends as well as recent Social Security reforms. Our preliminary conclusions are pessimistic regarding the effect of health improvements on the labor market attachment of older workers since we show that despite the large improvements in the mortality rates among older individuals in Spain, the employment rates of individuals older than fifty-five remain lower than the ones observed in the late 1970s. Some caution should remain in our conclusions as the evidence on health trends is inconclusive. Regarding the effect of Social

Security reforms, we find that both the 1997 and the 2002 reform decreased the stock into old-age benefits at the cost of an increased share of the participation into disability. Finally, we find that there was a significant increase in the outflow from employment into disability after the 2002 reform.

45152

DOCUMENT DE TRAVAIL

BARNAY (T.), BRIARD (K.)

Travail Emploi Politiques Publiques. (T.E.P.P.). Paris. FRA

Health and Early Retirement: Evidence from French Data for individuals.

Santé et départ prématuré à la retraite : Résultats fondés sur des données françaises individuelles.

TEPP Working Paper ; 2010-7

Paris : TEPP : 2010 : 29p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.tepp.eu/images/stories/wp7-bb-10-tepp-v2.pdf>

Health status during the working life plays a major role in the retirement decision. Significant links between professional paths, retirement age and retirement conditions (disability pension, inability pension, reduced-rate pension, or full rate by age) can be highlighted by logistic models regressions and a typology of the professional careers of the 1940-generation of the French Social Security insured, whose the insurance period is insufficient to fulfill the fullrate pension criterion.

45092

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

LINDEBOOM (M.) , ANDERSEN (H.L)

The Impact of Early Retirement on Health

L'impact de la retraite précoce sur l'état de santé.

New York : Social Science Research Network : 2010 : 36p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1672025

This paper investigates the impact of early retirement on the health after retirement. Although the correlation between retirement and mental health is negative, this is not necessarily a causal impact because retirement may be endogenous to health. We address the endogeneity using two sources of exogenous variation in retirement; the first arises because of a reform of the early retirement scheme, and the second is due to an eligibility discontinuity in age. Our results are based on a large Danish administrative dataset for everyone born 1936-42 (N = 376, 909). We measure health outcomes by purchase of different types of prescription medicine and mortality. Our results support prior findings in the literature: early retirement has no effect on the medicine purchase risk in either short or long run.

about interacting with those with a mental health problem.

Santé mentale
Mental health

46069

RAPPORT, INTERNET

TNS Opinion & Social. Bruxelles. BEL
Commission Européenne. (C.E.). Bruxelles. BEL

Mental health

La santé mentale.

Special Eurobarometer; 345

Bruxelles : Communauté européenne : 2010 : 64p., tabl.
Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf

The main themes addressed in this report are: The state of mental well-being – how well people feel mentally and physically, and what impact has this had on their lives; Level of comfort at work – how secure people feel in their current jobs, whether they feel their skills match their current role and whether they feel they receive adequate recognition/respect for what they do; Care and treatment – what help and treatment people have sought to ameliorate any mental health conditions they have experienced; Perceptions of people with mental illness – how comfortable people feel

Santé et vieillissement
Health and ageing

45343

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

BANKS (J.), ALASTAIR (M.), SMITH (J.P.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

**Attrition and Health in Ageing Studies:
Evidence from ELSA and HRS**

*Attrition et santé dans les études sur le
vieillessement : évidence issue des enquêtes
ELSA et HRS.*

Rand working paper ; 784

Santa Monica : Rand corporation : 2010 :

40p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/pubs/working_papers/2010/RAND_WR784.pdf

In this paper the authors present results of an investigation into observable characteristics associated with attrition in ELSA and the HRS, with a particular focus on whether attrition is systematically related to health outcomes and socioeconomic status (SES). Investigating the links between health and SES is one of the primary goals of the ELSA and HRS, so attrition correlated with these outcomes is a critical concern. They explored some possible reasons for these differences. Survey maturity, mobility, respondent burden, interviewer quality, and differing sampling methods all fail to account for the gap. Differential respondent incentives may play some role, but the impact of respondent incentive is difficult to test. Apparently, cultural differences between the US and Europe population in agreeing to participate and remain in scientific surveys are a more likely explanation.

Toxicomanie Drug addiction

45541

RAPPORT

Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. (O.E.D.T.). Lisbonne. POR

Etat du phénomène de la drogue en Europe : Rapport annuel 2010.

Luxembourg : Office des publications des Communautés européennes : 2010 : 114p., graph. Cote Irdes : B6954

http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/05_international/01_UE/01_ue_en_action/pdf/OEDT_rapport_2010.pdf

Le présent rapport propose une évaluation actualisée et détaillée du phénomène de la drogue en Europe. Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'Office européen des drogues et des toxicomanies (Oedt) par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats, la Croatie et la Turquie sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2008 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée.

44794

OUVRAGE, INTERNET

GANDILHON (M.), LAHAIE (E.), CHALUMEAU (M.), COQUELIN (A.), TOUFIK (A.)

CADET-TAIROU (A.) / resp.

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

Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND.

Paris : OFDT : 2010/01 : 281p., tabl., stat., graph., ann. Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf>

La mission du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place en 1999, est d'observer les tendances récentes et

de détecter les phénomènes émergents en matière d'usages de drogues illicites afin de prodiguer des éléments de connaissances précis aux décideurs politiques comme aux personnes, usagers et professionnels, intervenant dans le champ de la toxicomanie. Pour ce faire le dispositif s'appuie sur un réseau de sept sites situés en France métropolitaine (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) chargés de coordonner l'investigation et la collecte de données dans les espaces sociaux (urbain et festif) les plus susceptibles d'apporter l'information recherchée. Ce neuvième exercice présente une synthèse des résultats des observations réalisées pendant les années 2007 et 2008 ainsi que les premières données à disposition portant sur l'année 2009. Deux grands volets structurent ce rapport : une partie transversale qui s'intéresse aux différents groupes d'usagers, aux contextes et aux modes d'usage ; et une partie centrée plus particulièrement sur les grandes familles de produits psychotropes (opiacés, stimulants, hallucinogènes, médicaments détournés). A côté des tendances de fond enregistrées depuis plusieurs années, comme la continuation de la diffusion de la cocaïne ou la désaffection pour l'ecstasy sous sa forme comprimé, plusieurs phénomènes méritent une attention particulière : la diversification sociale croissante des populations usagères de substances illicites ; les prises de risques au sein des populations jeunes les plus précarisées ; la confirmation d'un nouveau cycle de diffusion de l'héroïne après des années de déclin de l'usage consécutif à l'introduction des traitements de substitution (4e couverture).

Travail et santé Occupational health

45349

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANDREASSEN (S.), KORNSTADT (T.)

University of Turin. Department of Economics. Turin. ITA

What determines transitions to sick leave?

Qu'est-ce qui détermine les congés maladie ?

Turin : Université de Turin : 2010 : 13p., tabl., annexes.
Cote Irdes : En ligne
http://www.de.unito.it/web/member/segreteria/WP/2010/12_WP_Andreassen.pdf

The paper discusses some of the possible determinants of sick leave. The underlying medical health of workers is of course important, but other factors also determine if they manage to function at work. For example the degree to which workers are willing to endure discomfort at work and the demands for efficiency at work can be important. Also of importance is the ease with which workers can change jobs and whether increases in employment bring in marginal, less healthy, workers. Finally, one must take into consideration the ability of firms to accommodate workers with health problems, the age of the work force and the situation workers face at home. As an illustration, we discuss how these factors have influenced married women in ages 35 to 44 using a multinomial model. The main finding is that changes in wages has had a very strong effect on **transitions to sick leave in the 90's. In our estimation they explain almost all the change in the group.**

45150
INTERNET , OUVRAGE

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

Sickness, Disability and Work : Breaking the barriers : Canada. Opportunities for collaboration.

Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles : Canada. Des possibilités de collaboration.

Paris : OCDE : 2010 : 95p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.oecd.org/dataoecd/16/11/46093927.pdf>

Trop de travailleurs quittent définitivement le marché du travail pour des raisons de santé ou à **cause d'une incapacité** et rares sont les personnes qui conservent un emploi lorsque leur capacité de **travail est réduite. C'est là une tragédie sociale et économique commune à la quasi-totalité des pays de l'OCDE, qui est à l'origine d'un paradoxe apparent méritant explication : alors qu'en**

moyenne la santé s'améliore, pourquoi de nombreux individus en âge de travailler quittent-ils la population active pour vivre de leurs prestations de maladie de longue durée ou **d'invalidité** ? Ce rapport, le dernier de la série de **l'OCDE intitulée Maladie, invalidité et travail** : surmonter les obstacles, fait la synthèse des conclusions du projet et étudie les facteurs qui peuvent expliquer ce paradoxe. Il met en lumière le rôle des institutions en place et des politiques **mises en œuvre et conclut qu'il est essentiel pour les principaux acteurs – travailleurs, employeurs, médecins, organismes publics et prestataires de services – de rehausser les attentes et d'améliorer les incitations. A partir d'un examen des bonnes et mauvaises pratiques observées dans les pays de l'OCDE, le rapport suggère qu'une série de réformes de fond s'impose afin de promouvoir l'emploi des personnes atteintes de problèmes de santé. Le rapport examine plusieurs options d'arbitrage essentiels entre des politiques de diminution du nombre de nouveaux bénéficiaires du régime d'invalidité et d'augmentation du nombre de sorties du régime, de maintien dans l'emploi ou de recrutement de personnes souffrant de problèmes de santé. Il s'interroge sur la nécessité de dissocier chômage et invalidité en tant qu'aléas distincts, souligne combien il importe de disposer d'une meilleure base de données d'observation et insiste sur les difficultés de mise en œuvre des politiques retenues.**

45134
INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
BOKENBLUM (M.), EKBLAD (K.)
Örebro University. Swedish Business School.
Örebro. SWE

Working Conditions, Absence and Gender - a Multilevel Study.

Conditions de travail, absence et genre. Une étude multiniveau.

Working Paper 10/2010
Örebro : Örebro University : 2010 : 29p., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
<http://www.oru.se/PageFiles/13172/WP%202010/WP%2010%202010.pdf>

In this paper we use data that combines employment records with employee survey responses to study to what extent psychosocial

working conditions, measured at the work group level, relate to individual short-term and long-term sick leave. In order to take inter-dependencies of workers and work groups into consideration we use multilevel modeling as our modeling strategy. Our results suggest that in order to reduce the number of spells of short-term sick leave (shirking), employers should increase **the worker's job autonomy. This is particularly important for male workers.** In addition, increasing work group cohesion is important in order to reduce the number of women being on long-term sick leave.

45130
INTERNET , DOCUMENT DE TRAVAIL
EKBLAD (K.) , BOKENBLOM (M.)
Orebro University. Swedish Business School.
Örebro. SWE

Sickness Absence and Local Cultures.

Arrêt maladie et cultures locales.

Orebro : Orebro University : 2010 : 22p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.oru.se/PageFiles/13172/WP%202010/WP%2011%202010.pdf>

Sickness absence has been found to vary substantially across geographical areas. There are large differences between different countries but also between different regions within a particular country. In the literature some of these observed differentials have been suggested to stem from differences in local norms with regard to the legitimacy of living off benefits. The aim of our study is to investigate the effect of geographical and presumed cultural context on sickness absence. In order to identify this effect we compare changes in sickness related absence for individuals who move from one Swedish region to another with those occurring when individuals move within Swedish regions. Our results indicate that the region of residence is important to the individual sickness related absence. Moreover, we cannot rule out the possibility that the observed patterns are caused by local cultures regarding sickness absence and the existence of a so called "cultural illness".

45118
OUVRAGE
LERGERON (P.)

Le stress au travail.

Paris : Editions Odile Jacob : 2003 : 391p., tabl.
Cote Irdes : c, DG
<http://www.odilejacob.fr/0207/1558/Stress-au-travail.html>

Le stress prend aujourd'hui une multitude de formes. Souffrance psychologique, maladies psychosomatiques, absentéisme, baisse du rendement dans les entreprises: la facture est lourde. Comment le stress est-il devenu si destructeur? Pourquoi cette fonction si utile à notre organisme est-elle inadaptée aux problèmes de notre quotidien professionnel? **Afin d'éviter que le travail ne nous entraîne vers la dépression ou l'épuisement, nous pouvons développer des stratégies efficaces, pour faire du stress l'allié dont nous avons tous besoin.** Patrick Légeron est psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne et dirige un cabinet de conseil aux entreprises sur les problèmes de stress (4e de couverture).

45117
OUVRAGE
STEILLER (D.), SADOWSKY (J.), ROCHE (L.)

Eloge du bien-être au travail.

Paris : Presses Universitaires de France : 2010 : 104p.
Cote Irdes : c, DG

Comment peut-on en arriver à se suicider à cause des conditions de travail? Comment redonner du sens au travail, individuellement et collectivement? Comment réussir à **passer de l'entreprise, lieu de souffrance et de profits à court terme, à l'entreprise, lieu de bien-être et de performance durable?** Et si le bien-être était perçu différemment? **Si, au lieu de n'y voir qu'une reproduction idéalisée d'un paradis perdu, nous pouvions y voir la capacité plus réelle de vivre sereinement dans le chaos journalier? Si le bien-être était moins dans l'obtention d'un « toujours plus » que dans notre capacité à faire face aux situations avec ce qui est à notre disposition? À partir de l'analyse des difficultés et des souffrances de la vie professionnelle, de la compréhension du mécanisme selon lequel des hommes et des femmes peuvent en arriver à se donner la mort, les auteurs montrent qu'il est**

possible de mettre en place une nouvelle façon de **gérer les dysfonctionnements et d'inventer un** nouveau type de management. Ce type de management, garant des conditions de bien-être et de performance, est dénommé slow management (4e de couverture).

45102

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

GEYER (J.), MYCK (M.)

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

DEU

Poorer Health – Shorter Hours? Health and Flexibility of Hours of Work

Un état de santé plus dégradé, des journées de travail plus courtes ?

IZA Discussion Paper ; 5169

Bonn : IZA : 2010/09 : 25p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://ftp.iza.org/dp5169.pdf>

We analyse the role of health in determining the difference between desired and actual hours of work in a sample of German men using the Socio-Economic Panel Data for years 1996-2007. The effects of both self-assessed health and legal disability status are examined. About 60% of employees report working more than they would wish with the mean difference of -3.9 hours/week. We estimate static and dynamic model specifications allowing for auto-regressive nature of the dependent variable and testing for the role of lagged health status. Important differences are found between east and west German Länder. In the west we find statistically significant role of general health measures in determining the disequilibrium. Employees in bad health want to work on average by about 0.4 hour/week less according to the static specification, and by about 1 hour/week less if dynamics of health and of the disequilibrium are taken into account. This is respectively 10% and 25% of the mean difference. We find no effects of legal disability status on the disequilibrium which we interpret as a reflection of stronger legal position of disabled employees. In both east and west we find significant state dependence in the hours disequilibrium.

Personnes âgées / Elderly

Caisse de solidarité pour l'autonomie National Solidary Fund for Autonomy

46029
RAPPORT

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

C.N.S.A. Chiffres clés 2010.

Paris : CNSA : 2010 : (12p.), fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_ChiffresCles2010_24-9.pdf

Ce document présente un bilan statistique de l'activité de la Caisse de solidarité pour l'autonomie pour l'année 2010 : budget, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie du secteur médico-social et l'Objectif Général des Dépenses, les recettes propres à la Caisse Nationale de Solidarité Active, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, la prestation de compensation du handicap, l'activité des maisons départementales des personnes handicapées, les établissements et services médico-sociaux, l'aide à l'investissement dans le secteur social, modernisation et professionnalisation de l'aide à domicile et des métiers du secteur médico-social, la recherche et l'innovation, les perspectives à long terme.

Consommation et retraite Consumption and retirement

45395
DOCUMENT DE TRAVAIL

GUSTMAN (A.L.) , STEINMEIER (T.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Policy Effects in Hyperbolic vs. Exponential Models of Consumption and Retirement.

Effets politiques des modèles hyperboliques versus les modèles exponentiels de consommation et de retraite.

NBER Working Paper : 16503
Cambridge : NBER : 2010/10 : 43p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : C, En ligne
www.nber.org/papers/w16503

This paper constructs a structural retirement model with hyperbolic preferences and uses it to estimate the effect of several potential policy changes. Estimated effects of policies are compared under hyperbolic and standard exponential preferences. Sophisticated hyperbolic discounters may accumulate substantial amounts of wealth for retirement. We find it is frequently difficult to distinguish empirically between models with the two types of preferences on the basis of asset accumulation paths or consumption paths around the period of retirement. The simulations also suggest that, despite the much higher initial time preference rate, individuals with hyperbolic preferences may actually value a real annuity more than individuals with exponential preferences who have accumulated roughly equal amounts of assets. This appears to be especially true for individuals with relatively high time preference rates or who have low assets for whatever reason. This affects the tradeoff between current benefits and future benefits on which many of the retirement incentives of the Social Security system rest. Simulations involving increasing the early entitlement age and increasing the delayed retirement credit do not show a great deal of difference whether exponential or hyperbolic preferences are used, but simulations for eliminating the earnings test show a non-trivially greater effect when exponential preferences are used.

Politique de la vieillesse
Ageing policy

45404

RAPPORT

GODOT (C.), WISNIA-WEILL (V.), SAUNERON (S.), OULLIER (O.), KLEIN (T.), RENAUDIE (O.), COLLOMBET (A.), GIMBERT (V.), BARBE (C.), SCHAFF (C.) /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 : la documentation française, Paris : CAS : 2010/10 : 306p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4120

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

Le vieillissement de la population française s'accélère. Essentiellement lié à la montée en âge des générations nombreuses du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie, il transforme en profondeur la société, modifie l'économie des relations intergénérationnelles et peut être porteur d'inégalités fortes. Comment organiser une société dans laquelle les individus vivront et seront actifs plus longtemps ? Telle est la question au cœur de ce rapport, qui met en lumière les enjeux du vieillissement pour l'action publique dans des domaines divers mais aussi intrèquement liés : santé, sécurité, bien-être, rapports inter générationnels, logement, emploi... Le rapport propose des pistes de réflexion et d'action.

Prestations dépendance
Dependency allowances

45110

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GEOGANTZI (A.E.)

Catholic University of Leuven. Institute of Social Law. Leuven. BEL

The Impact of the crisis on cash-for-care scheme for dependent elderly. A comparative study of France, Italy and England (2010)

L'impact de la crise sur le système des prestations en espèces pour les personnes âgées dépendantes. Une étude comparée entre la France, l'Italie et l'Angleterre.

Lewen : Catholic University of Leuven : 2007/07 : 46p., tabl, fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ageplatform.eu/images/stories/Nena_Master_Paper.pdf

Ce document examine les répercussions de la crise économique et financière sur les programmes de soins de longue durée offerts aux personnes âgées. L'auteur s'attarde plus particulièrement aux cas de l'Italie, de la France et de l'Angleterre, en mettant l'accent sur la prestation aux aînés fragiles et à leurs aidants informels

45495

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

HANCOCK (R.), PUDNEY (S.)

Institute for Social and Economic Research. (I.S.E.R.). Colchester. GBR

The distributional impact of reforms to disability benefits for older people in the UK

L'effet redistributif des réformes sur les prestations d'incapacité pour les personnes âgées au Royaume-Uni.

ISER Working Paper Series; 2010-35

Colchester : ISER : 2010/11 : 25p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iser.essex.ac.uk/publications/working-papers/iser/2010-35.pdf>

The UK Attendance Allowance (AA) and Disability Living Allowance (DLA) are non means-tested benefits paid to many disabled people aged 65+. They may also increase entitlements to means-tested benefits through the Severe Disability Premium (SDP). We investigate proposed reforms involving withdrawal of AA/DLA. Despite their present non-means-tested nature, we show that withdrawal would affect mainly low-income people, whose losses could be mitigated if SDP were retained at its current or a higher level. We also show the importance of the method of

describing distributional impacts and that use of inappropriate income definitions in official reports has overstated recipients a capacity to absorb the loss of these benefits.

Soins de longue durée Long term care

45412

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

KEESE (M.), MENG (A.), SCHNABEL (R.)
Ruhr-Universität Bochum (R.U.B.). Department
of Economics. Bochum. DEU

Are You Well Prepared for Long-term Care? – Assessing Financial Gaps in Private German Care Provision.

*Etes-vous bien préparés aux soins de longue
durée ? Evaluation des écarts financiers dans
l'offre de soins privés en Allemagne.*

Ruhr Economic Papers; 203

Bochum : Ruhr-Universität Bochum : 2010 : 29p., tabl.,
fig.

Cote Irdes : En ligne

http://repec.rwi-essen.de/files/REP_10_203.pdf

The development of expenditure for care services is one of the most intensively debated topics in public. However, studies calculating financial provision gaps only focus on the macro-level implications for the compulsory care insurance. In contrast, this paper examines the individuals' micro-level perspective. We use survey as well as regional and national statistical data to calculate expected individual costs of long-term care on a very detailed care arrangement and care level basis. Afterwards, we compare these costs with the individuals' total wealth. In our most conservative policy scenario, our results show that about a third of statutorily insured individuals will have to face a financial care provision gap. Among homeowners, an even higher share will have to liquidate the main residence. The privately insured are affected to a somewhat lower extent. In both groups, the situation will become much more severe if the development of public transfers does not keep up with future increases of long-

term care costs. Furthermore, regression analyses show that provision gaps are more frequent among statutorily insured individuals, females, and individuals in single households.

45280

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

BOLANCE (C.), ALEMANY (R.), GUILLEN (M.)
University of Barcelona. Research Institute of
Applied Economics. Barcelona. ESP

Prediction of the economic cost of individual long-term care in the Spanish population.

*Prévision des coûts des soins de longue durée
pour un individu dans la population espagnole.*

Working Paper 2010/11

Barcelone : Université de Barcelone : 2010/09 : 24p.,
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ub.edu/irea/working_papers/2010/201011.
pdf](http://www.ub.edu/irea/working_papers/2010/201011.pdf)

Pensions together with savings and investments during active life are key elements of retirement planning. Motivation for personal choices about the standard of living, bequest and the replacement ratio of pension with respect to last salary income must be considered. This research contributes to the financial planning by helping to quantify long-term care economic needs. We estimate life expectancy from retirement age onwards. The economic cost of care per unit of service is linked to the expected time of needed care and the intensity of required services. The expected individual cost of long-term care from an onset of dependence is estimated separately for men and women. Assumptions on the mortality of the dependent people compared to the general population are introduced. Parameters defining eligibility for various forms of coverage by the universal public social care of the welfare system are addressed. The impact of the intensity of social services on individual predictions is assessed, and a partial coverage by standard private insurance products is also explored. Data were collected by the Spanish Institute of Statistics in two surveys conducted on the general Spanish population in 1999 and in 2008. Official mortality records and life table trends were used to create realistic scenarios for longevity. We find empirical

evidence that the public long-term care system in Spain effectively mitigates the risk of incurring huge lifetime costs. We also find that the most vulnerable categories are citizens with moderate disabilities that do not qualify to obtain public social care support. In the Spanish case, the trends between 1999 and 2008 need to be further explored.

45253

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

PESTIEAU (P.), PONTHERE (G.)

Paris School of Economics (P.S.E.). Paris. FRA

Long term care insurance puzzle.

Le casse-tête de l'assurance pour les soins de longue durée.

Paris : PSE : 2010 : 17p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.pse.ens.fr/document/wp201014.pdf>

The purpose of this paper is to examine the alternative explanatory factors of the so-called long term care insurance puzzle, namely the fact that so few people purchase a long term care insurance whereas this would seem to be a rational conduct given the high probability of dependence and the high costs of long term care. For that purpose, we survey various theoretical and empirical studies of the demand and supply of long term care insurance. We discuss the vicious circle in which the long term care insurance market is stuck: that market is thin because most people find the existing insurance products too expensive, and, at the same time, the products supplied by insurance companies are too expensive because of the thinness of the market. Moreover, we also show that, whereas some explanations of the puzzle involve a perfect rationality of agents on the LTC insurance market, others rely, on the contrary, on various behavioral imperfections.

Soins informels

Informal care

45249

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CRESPO (L.), MIRA (P.)

Centro de Estudios de Monetarios y Financieros. (C.E.M.F.I.). Madrid. ESP

Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women.

Soutien informel aux parents âgés et statut de l'emploi des femmes d'âge mûr en Europe

CEMFI Working Paper No. 1007

Madrid : Centro de Estudios de Monetarios y Financieros : 2010 : 50p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://ideas.repec.org/p/cmfi/wpaper/wp2010_1007.html

We study the prevalence of informal caregiving to elderly parents by their mature daughters in Europe and the effect of intense (daily) caregiving and parental health on the employment status of the daughters. We group the data from the first two waves of SHARE into three country pools (North, Central and South) which strongly differ in the availability of public formal care services and female labour market attachment. We use a time allocation model to provide a link to an empirical IV-treatment effects framework and to interpret parameters of interest and differences in results across country pools and subgroups of daughters. We estimate the average effect of parental disability on employment and daily caregiving choices of daughters and the ratio of these effects which is a Local Average Treatment effect of daily care on labour supply under exclusion restrictions. We find that there is a clear and robust North-South gradient in the (positive) effect of parental ill-health on the probability of daily care-giving. The aggregate loss of employment that can be attributed to daily informal caregiving seems negligible in northern and central European countries but not in southern countries. Large and significant impacts are found for particular combinations of daughter characteristics and parental disability conditions. The effects linked to longitudinal variation in the health of parents are stronger than those linked to cross-sectional variation

Viellissement et travail
Ageing and work

45391

OUVRAGE

CZAJA (S.J.) / éd., SHARIT (J.)

Ageing and work. Issues and implications in a changing landscape.

Viellissement et travail. Problématiques et implication dans un paysage changeant.

Baltimore : The Johns Hopkins University Press :

2009 : 432p., tabl., fig., index

Cote Irdes : A4116

Both jobs and the workforce have changed dramatically in recent years. Manufacturing has given way to a technology—driven, information—based workplace. People are working until later in life and the pool of workers is growing more diverse. Flexible hours and telecommuting are increasingly common. This volume addresses the challenges confronting an aging labor force as it deals with profound shifts in employment and organizations and what these changes mean for society. Drawing from the varied fields of gerontology, psychology, public policy, occupational health and safety, human factors engineering, and business, the contributors summarize what is known about aging and employment, discuss likely future issues, and raise specific questions for researchers and policy makers to address to prepare places of employment and the workforce for a vastly different tomorrow. The first section explains employment and demographic trends from an academic perspective and includes information about altered work patterns among older employees. The second section provides both public policy and business—oriented views on how to better integrate aging employees into the workplace. In the third section, the contributors explore how technology, new employment practices, and entrepreneurship play into the new and evolving nature of work. Section four examines employers' expectations for older employees, and the fifth section assesses current ergonomic standards and the adjustments

necessary to accommodate an aging labor pool (4e de couverture).

Inégalités de santé / Health inequalities

Accès aux soins Healthcare accessibility

46059

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BAGO D'UVA (T.), LINDEBOOM (M.),
O'DONNELL (O.), VAN DOORSLAER (É.)
Tinbergen Institute. Amsterdam. NLD

Education-related Inequity in Health Care with Heterogeneous Reporting of Health

*Inégalités des soins de santé liées à l'éducation
avec des déclarations d'état de santé
hétérogènes.*

Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI 2010-122/3
Amsterdam : Tinbergen Institute. : 2010/12 : 26p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/10122.pdf>

Reliance on self-rated health to proxy medical need can bias estimation of education-related inequity in health care utilisation. We correct this bias both by instrumenting self-rated health with objective health indicators and by purging self-rated health of reporting heterogeneity identified from health vignettes. Using data on elderly Europeans, we find that instrumenting self-rated health shifts the distribution of doctor visits in the direction of inequality favouring the better educated. There is a further, and typically larger, shift the same direction when correction is made for the tendency of the better educated to rate their health more negatively.

45367

CHAPITRE

LOMBRAIL (P.)

Groupe de Concertation entre Académies des
Sciences de la Vie et de la Santé. (G.C.A.S.V.S.). sl.
FRA

Inégalités de santé et prévention - Le rôle de l'accès aux soins

In : La prévention en question (s). Prévenir, c'est
protéger son capital santé.
Cachan : Editions Médicales Internationales : 2009 :
81-90
Cote Irdes : A4104

Notre système de santé est réputé accessible à tous, notamment depuis l'avènement de la Couverture maladie universelle. Pour autant, cette dernière n'a pas gommé l'ensemble des obstacles à des soins de qualité, notamment préventifs. Nombre de facteurs limitent l'accès primaire (l'entrée dans le système) comme secondaire (la façon dont le système de soins soigne ensuite) et on peut les ranger schématiquement dans deux catégories : les obstacles construits par les règlements ou recommandations professionnelles et les obstacles passifs qui produisent des inégalités d'accès par omission du simple fait de l'inertie du fonctionnement en routine du système tel que l'est : leur influence se module en fonction des actes de prévention considérés. Ces obstacles opèrent au niveau de la clinique individuelle, du fonctionnement de nos institutions et plus généralement du fait de la conception du système dans son ensemble. Ces différents niveaux suggèrent différentes stratégies d'action. Au niveau clinique, ceci suppose probablement une place plus grande accordée aux soins préventifs, malgré leur difficulté de réalisation quand ils s'adressent à des publics vulnérables, tout comme au développement des compétences d'autosoins des personnes malades elles-mêmes (Tiré de l'introduction).

45310

RAPPORT

Médecins du Monde. (M.D.M.). Paris. FRA

Rapport 2009 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde.

Paris : MDM : 2010/10 : 226p.
Cote Irdes : B6957
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demu-nis-en-2010>

Les centres de Médecins du Monde ne désemplissent pas. En 2009, l'ONG a reçu en consultations plus de 25 800 patients dans ses centres de soins, soit 17 % de plus qu'en 2007. Selon Médecins du Monde, l'augmentation du nombre de patients s'explique par la complexification des démarches administratives

(demandes de pièces abusives, durcissement des pratiques, renforcement des contrôles...) qui **restreignent l'accès aux soins et découragent les personnes qui y ont droit.** Dans son rapport annuel publié à l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère, l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France constate un doublement des retards aux soins entre 2007 et 2009 de 11 à 22 %, qui entraîne dans **de nombreux cas une aggravation de l'état de santé.** Autre donnée observée par l'ONG : **l'augmentation de 30 % du nombre d'enfants et d'adolescents, qui sont de plus en plus nombreux à être issus des familles de demandeurs d'asiles.** Alors que 84 % des personnes reçues n'ont aucune couverture maladie, Médecins du Monde plaide pour **l'inclusion de l'Aide médicale d'Etat (AME)** dans la CMU, afin de créer un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France et vivant sous le seuil de pauvreté. En effet, divers projets portés par le gouvernement : **le projet de loi sur l'immigration actuellement en cours de discussion à l'Assemblée nationale et le projet de loi de finances viendront aggraver cette situation s'ils sont votés en l'état** (limitations de droits au séjour pour des raisons médicales, restrictions de l'AME). **Sans AME, les patients ne pourront faire soigner des pathologies simples qui peuvent dégénérer en complications graves et coûteuses.**

45129

DOCUMENT DE TRAVAIL

CHANDRA (A.), STAIGER (D.O.)
National Bureau of Economic Research.
(N.B.E.R.). Cambridge MA. USA

Identifying Provider Prejudice in Healthcare

Identification des préjugés provenant des fournisseurs de soins de santé.

NBER Working Paper Series ; 16382
Cambridge : NBER : 2010/09 : 48p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : C, En ligne
<http://papers.nber.org/papers/w16382>

We use simple economic insights to develop a framework for distinguishing between prejudice and statistical discrimination using observational data. We focus our inquiry on the enormous literature in healthcare where treatment

disparities by race and gender are not explained by access, preferences, or severity. But treatment disparities, by themselves, cannot distinguish between two competing views of provider behavior. Physicians may consciously or unconsciously withhold treatment from minority groups despite similar benefits (prejudice) or because race and gender are associated with lower benefit from treatment (statistical discrimination). We demonstrate that these two views can only be distinguished using data on patient outcomes: for patients with the same propensity to be treated, prejudice implies a higher return from treatment for treated minorities, while statistical discrimination implies that returns are equalized. Using data on heart attack treatments, we do not find empirical support for prejudice-based explanations. Despite receiving less treatment, women and blacks receive slightly lower benefits from treatment, perhaps due to higher stroke risk, delays in seeking care, and providers over-treating minorities due to equity and liability concerns.

Discrimination ***Discrimination***

45589

RAPPORT, INTERNET

TNS Opinion & Social. Bruxelles. BEL
Commission Européenne. (C.E.). Direction
Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales et de
l'Egalité des Chances. Bruxelles. BEL

Discrimination dans l'UE en 2009.

Special Eurobarometer; 317
Bruxelles : Communauté européenne : 2010 : 70p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_317_fr.pdf

Cette étude présente les résultats d'une enquête sur les perceptions, attitudes, connaissances et prise de conscience en matière de discrimination et d'inégalité dans l'Union Européenne et les pays candidats en 2009. Les six formes suivantes de discrimination prohibées par la législation dans l'UE sont examinées dans le rapport : sexe, origine

ethnique, religion ou convictions, âge, handicap et orientation sexuelle.

Exclusion sociale

Social exclusion

45490

RAPPORT , INTERNET

Commission Européenne. (C.E.). Luxembourg.
LUX

Social participation and social isolation

Participation sociale et isolement social.

Luxembourg : Office des Publications de l'Union Européenne : 2010/11 : 42p., tabl., graph., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-014/EN/KS-RA-10-014-EN.PDF

There is little variation in the total level of social contacts: over three quarters of the population meet relatives or friends at least once a month in all the countries. There are major differences with regard to the intensity of these contacts. The Mediterranean countries tend to be among the most 'social', especially Cyprus, Portugal and Greece, where about 40% or more meet friends on a daily basis. Friendship ties appear to be nurtured more than family ones: in the majority of European countries, people are more likely to maintain close contact with friends than with relatives. A number of former Communist countries tend to have a relatively small politically active population. People with more social engagements tend to report higher levels of happiness or life satisfaction. In 2006, 7% of EU citizens were found to be socially isolated: never meeting friends or relatives, or not being able to receive help if needed. Social isolation increases in old age and it is higher among those who are at risk of poverty.

Immigrants

Immigrant

45346

CHAPITRE

HAMEL (C.), MOISY (M.)

L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins.

In : Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France. Premiers Résultats.

Document de travail; 168

Paris : Ined : 2010 : 77-84., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/documents_travail/

Si les dimensions du genre et des inégalités de revenu sont de plus en plus systématiquement prises en compte dans les études récentes sur la santé des immigrés, les critères de nationalité, pays de naissance et origine apparaissent souvent manquants, qu'ils soient indisponibles ou non présentés. L'enquête Trajectoires et Origines, de par son objectif premier d'étudier la diversité des populations en France, de par les données qu'elle renseigne sur le parcours migratoire et les conditions de vie actuelles dans différentes sphères du quotidien et de par la taille de son échantillon, permet d'apporter un éclairage sur la santé des immigrés et natifs d'un DOM. Ce chapitre présente les premiers résultats sur la santé perçue des immigrés et natifs d'un Département d'Outre-Mer, âgés de 18 à 60 ans, en France. Les natifs d'un DOM sont intégrés aux analyses multivariées au titre de leur expérience d'une grande mobilité géographique et de ses effets possibles sur la santé perçue. à âge identique, les hommes immigrés ont une probabilité supérieure de 30 % de déclarer un état de santé altéré comparés aux hommes de la population majoritaire. Pour les femmes immigrées, cette probabilité s'accroît de 80 %. Être chômeur ou inactif, disposer de faibles revenus et d'un niveau d'études inférieur au baccalauréat apparaissent parmi les facteurs explicatifs les plus significatifs pour expliquer les différences de perception de santé entre immigrés et population majoritaire. Si l'on prend en compte le pays d'origine, ce sont les immigrés de Turquie, du Maghreb et du Portugal qui se déclarent le

plus souvent en mauvaise santé. À âge et caractéristiques socio-économiques identiques, les hommes et les femmes immigrés présents sur le territoire métropolitain depuis plus de trente ans se déclarent également en plus mauvaise santé ce qui est compatible avec l'hypothèse souvent émise de l'effet d'une dégradation de l'état de santé sur la terre d'accueil due à une situation sociale plus défavorable.

45443

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

PRUS (S.G.), TFAILY (R.), LIN (Z.)
Social and Economic Dimensions of an Aging
Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

***Comparing Racial and Immigrant
Health Status and Health Care Access in
Later Life in Canada and the United
States***

*Comparer l'origine ethnique des immigrants,
leur état de santé et leur accès aux soins plus
tard au cours de la vie au Canada et aux Etats-
Unis.*

SEDAP Research Paper ; n°280

Hamilton : SEDAP : 2010/10 : 13p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap280.pdf>

Little comparative research exists on health experiences and conditions of minority groups in Canada and the United States, despite both countries having a racially diverse population with a significant proportion of immigrants. This article explores race and immigrant disparities in health and health care access across the two countries. The study focus was on middle and old age given the change and increasing diversity in health and health care policy, such as Medicare. Logistic regression analysis of data from the 2002–2003 Joint Canada/United States Survey of Health shows that the joint effect of race and nativity on health outcomes – health differences between native and foreign-born Whites and non - Whites – is largely insignificant in Canada but considerable in the U.S. Non-White native and foreign-born Americans within both 45-to-64 and 65-and-over age groups experience significant disadvantage in health status and access to care, irrespective of health

insurance coverage, demographic, socio-economic, and lifestyle factors.

Indicateur de développement humain
Human development index

45439

RAPPORT

Programme des Nations Unies pour le
Développement. (P.N.U.D.). New York. USA

***Rapport mondial sur le développement
humain 2010. La vraie richesse des
nations : les chemins du développement
humain.***

New York : United Nations Publications : 2010 : 254p.,
tabl., graph., index

Cote Irdes : En ligne

http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_FR_Complete_reprint.pdf

« Les personnes sont la vraie richesse d'une nation. » Par ces mots, le Rapport sur le développement humain de 1990 se fit le précurseur d'une approche nouvelle du développement. Considérer que le développement doit avoir pour objectif de créer un environnement permettant aux populations de vivre longtemps, en bonne santé et dans un cadre créatif va aujourd'hui de soi. Or, il n'en fut pas toujours ainsi ! L'un des principaux objectifs du Rapport, au cours des 20 dernières années, a été d'insister sur le fait que le développement est avant tout et fondamentalement une question de personnes. Les 20 dernières années ont vu des progrès substantiels dans bien des aspects du développement humain. La plupart des gens sont aujourd'hui en meilleure santé, vivent plus longtemps, sont mieux éduqués et ont un plus large accès aux biens et aux services. Pourtant, tout n'a pas été positif. Ces années ont aussi été marquées par un accroissement des inégalités - entre pays comme en leur sein - ainsi que par l'émergence de modèles de production et de consommation qui, de manière croissante, sont apparus insoutenables. Les progrès ont été variables et les populations de certaines régions - comme l'Afrique australe et l'ancienne Union soviétique - ont subi des périodes de recul,

notamment dans le domaine de la santé. De nouvelles vulnérabilités requièrent des politiques publiques innovantes pour faire face au risque et aux inégalités tout en exploitant les forces dynamiques du marché pour le bénéfice de tous. Ces problèmes appellent de nouveaux outils. Ce rapport introduit trois mesures dans la famille d'indices du Rapport - l'indice de développement humain ajusté aux inégalités, l'indice d'inégalité de genre et l'indice de pauvreté multi-dimensionnelle. Ces mesures de pointe incorporent des avancées récentes de la théorie et de la mesure et affirment la centralité de l'inégalité et de la pauvreté dans le cadre d'analyse du développement humain.

Inégalités sociales de santé Social health inequalities

46072

OUVRAGE, INTERNET

POTVIN (L.) / éd. , MOQUET (M.J.) / éd. , JONES (C.M.) / éd.

Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

Réduire les inégalités sociales en santé.

Saint Denis : INPES : 2010 : 379p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays d'Europe occidentale dont la France. Cet ouvrage est prioritairement destiné aux professionnels confrontés à ces inégalités, qu'ils travaillent dans la santé, l'éducation, le social ou dans tout autre domaine. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, il a été élaboré par un comité éditorial associant très largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Guide d'aide à l'action rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités, son objectif est de mettre à

disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets.

46066

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

JUSOT (F.) , TUBEUF (S.) , TRANNOY (A.)

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

Inequality of Opportunities in Health in Europe: Why So Much Difference Across Countries?

Inégalités des chances en santé en Europe : pourquoi tant de différences selon les pays ?

HEDG Working Paper 10/26

York : HEDG : 2010/10 : 20p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/10_26.pdf

Among inequalities in health, those which are explained by circumstances during childhood or parents' characteristics are recognized as inequalities of opportunities in health and are considered as the most unfair. Tackling health inequalities in later life and improving the underlying socioeconomic determinants for older people is at the core of the European Union healthy-ageing strategy. We use the 2004 Survey on Health Ageing and Retirement in Europe and examine the influence of social and family background on the probability of reporting a good self-assessed health in adulthood using logistic models in ten European countries. The comparison of the odds ratios associated with family background without and with adjustment for individual educational level and occupation allows assessing the direct influence of family background and its influence through the determination of individual social status. Using the Gini index, we evaluate the magnitude of inequalities of opportunities in health, regardless of the mechanism of transmission and consider it in comparison with several indicators of economic and sanitary conditions. Inequalities of opportunity are more marked in Mediterranean and Germanic countries than in Nordic and Benelux countries. For instance, they are twice more important in Spain than in Sweden. Whereas they are mainly explained by social

reproduction in most countries a direct effect of fathers' occupation on adult health remains in Belgium, Germany, Italy and Spain. There are country-specific protective social backgrounds: son of agricultural workers in Belgium, and son of technicians or fathers in armed forces in Spain. Parents' longevity has a significant protective effect on adult health. Differences in inequalities of opportunities in health between European countries emphasize the importance of policies reducing either social reproduction or intergenerational reproduction of health.

45123

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

GALAMA (T.), VAN KIPPERSLUIS (H.)
Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

A Theory of Socioeconomic Disparities in Health over the Life Cycle.

Une théorie des inégalités socioéconomiques de santé tout au long de la vie.

Rand working paper ; 773

Santa Monica : Rand corporation : 2010 : 49p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/pubs/working_papers/2010/RAND_WR773.pdf

Understanding of the substantial disparity in health between low and high socioeconomic status (SES) groups is hampered by the lack of a sufficiently comprehensive theoretical framework to interpret empirical facts and to predict yet untested relations. The authors present a life-cycle model that incorporates multiple mechanisms explaining (jointly) a large part of the observed disparities in health by SES. In their model, lifestyle factors, working conditions, retirement, living conditions and curative care are mechanisms through which SES, health and mortality are related. Their model predicts a widening and possibly a subsequent narrowing with age of the gradient in health by SES.

45138

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

ALLANSON (P.)

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

Longitudinal analysis of income-related health inequality: welfare foundations and alternative measures.

Analyse longitudinale des inégalités de santé liées au revenu : les fondations de l'Etat providence et les mesures alternatives.

Dundee Discussion Papers ; No. 240

Dundee : University of Dundee : 2010/08 : 30p.,fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.dundee.ac.uk/econman/discussion/DDPE_240.pdf

This paper elaborates the approach to the longitudinal analysis of income-related health inequalities first proposed in Allanson, Gerdtham and Petrie (2010). In particular, the paper establishes the normative basis of their mobility indices by embedding their decomposition of the change in the health concentration index within a broader analysis of the change in "health achievement" or wellbeing. The paper further shows that their decomposition procedure can also be used to analyse the change in a range of other commonly-used income related health inequality measures, including the generalised concentration index and the relative inequality index. We illustrate our work by extending their investigation of mobility in the General Health Questionnaire measure of psychological wellbeing over the first nine waves of the British Household Panel Survey from 1991 to 1999.

45258

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

NORDIN (M.) , GERDTHAM (U.G.)

Lund University. Department of Economics.

Lund. SWE

Why a positive link between age and income-related health inequality ?

Pourquoi existe t-il une corrélation positive entre les inégalités liées à l'âge et celle liées au revenu ?

Lund : Lund University : 2010 : 29p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.nek.lu.se/publications/workpap/Papers/WP10_12.pdf

This study uses Swedish data to analyze why the SES-health gradient increases with ageing. Since different measures of SES and health capture different aspects, we use this information to

explore the age increase in health inequality and to discriminate between three types of explanations, namely: i) age increase in the causal SES effect; ii) reversed health effect on SES, and iii) lifecycle variation in the measurement errors in SES and health. Thus, our analysis points in the direction that the age increase in health inequality is primarily caused by a reversed causality going from health to annual income, and the probable mechanism is health affecting the labour supply of the individual. In addition the study report that the age variation in health inequality seem to have increased over time, and during the 1980th the age variation was rather limited. The evidence in our study is not conclusive, but all evidence documented agrees and supports this conclusion.

45359

RAPPORT , INTERNET

Commission Européenne. (C.E.). Luxembourg.
LUX

Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU-SILC.

Analyse des déterminants socioéconomiques de l'état de santé en Europe : nouvelles évidences provenant de EU-SILC

Luxembourg : Office des Publications de l'Union Européenne : 2010/11 : 45p., tabl., graph., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-016/EN/KS-RA-10-016-EN.PDF

Le présent document présente une analyse des inégalités en termes de limitations dans les activités quotidiennes liées à l'état de santé, en s'appuyant sur les données longitudinales de l'European Union Statistics on Income and Living Conditions pour les vagues 2005 à 2007 dans 20 États membres de l'Union Européenne pour lesquels des données sont disponibles. Ces inégalités ont été mesurées en utilisant une approche basée sur les indices de concentration. Nous avons complété l'analyse par une analyse par décomposition des indices de concentration afin de différencier les principales causes des inégalités liées au revenu en matière de santé. Nous avons mis en évidence des inégalités liées au revenu dans tous les pays étudiés, bien qu'ils affichent une évolution hétérogène. L'ana-

lyse de régression montre que les facteurs démographiques comme l'âge et le sexe influent sur la déclaration de limitations dues à l'état de santé. En outre, des facteurs tels que la situation au regard de l'emploi, l'éducation et différents indicateurs d'exclusion sociale jouent un rôle très important dans la perception des limitations liées à la santé dans les activités quotidiennes, comme le montrent les résultats de l'analyse de régression et de l'analyse par décomposition. Les limites de cette étude sont plus amplement abordées dans un document de travail méthodologique (Hernández-Quevedo et al, 2010).

45360

RAPPORT , INTERNET

Commission Européenne. (C.E.). Luxembourg.
LUX

Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data.

Problèmes méthodologiques dans l'analyse des déterminants socioéconomiques de l'état de santé mesurés via les données EU-SILC.

Luxembourg : Office des Publications de l'Union Européenne : 2010/11 : 35p., tabl., graph., fig., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-017/EN/KS-RA-10-017-EN.PDF

Les inégalités liées à la santé entre les divers groupes socio-économiques constituent des préoccupations de santé et d'ordre public dans tous les pays. Grâce aux disciplines que sont l'épidémiologie et l'économie, nous disposons d'outils méthodologiques très fiables pour mesurer les inégalités de santé à travers les différents pays. L'étude de ces inégalités génère toutefois de nombreux problèmes méthodologiques. Dans cet article, nous étudions le biais de déclaration potentiel et les méthodes alternatives incluses dans d'autres enquêtes de santé afin d'y remédier. Nous opérons ensuite une distinction entre l'indice de concentration à court terme et à long terme, en nous fondant sur les données longitudinales figurant dans l'EU-SILC. Nous examinons également l'indice de concentration corrigé proposé par Erreygers (2009) pour pallier les insuffisances du « vieil » indice de concentration. Enfin, nous concluons par une

analyse des besoins non satisfaits en termes d'examen ou de traitement médical et dentaire et de leurs principales causes, à l'aide des données disponibles dans l'European Union Statistics on Income and Living Conditions.

claiming behavior and suggest that changes in behavior could drive the observed downward trend in take-up rates during the post-recession period. We discuss the poverty implications of our results.

Non-recours Non-take-up

45947

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

BARGAIN (O.) , IMMERVOLL (H.) , VIITAMAKI (H.)

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

No Claim, No Pain: Measuring the Non-Take-up of Social Assistance Using Register Data

Pas de demande de prestations sociales, pas de douleur : mesure du non recours à l'assistance sociale par l'utilisation de données de registre.

IZA Discussion Paper ; 5355

Bonn : IZA : 2010 : 22p., tabl., fig.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://ftp.iza.org/dp5355.pdf>

The main objectives of social assistance benefits, including poverty alleviation and labor-market or social reintegration, can be seriously compromised if support is difficult to access. While recent studies point to high non-take-up rates, existing evidence does not make full use of the information recorded by benefit agencies. Most studies have to rely on interview-based data, with misreporting and measurement errors affecting the variables needed to establish both benefit receipt and benefit entitlement. In this paper, we exploit a unique combination of Finnish administrative data and eligibility simulations based on the tax-benefit calculator of the Finnish authorities, carefully investigating the measurement issues that remain. We find rates of non-take-up that are both substantial and robust: 40% to 50% of those eligible do not claim. Using repeated cross-section estimations for years 1996-2003, we identify a set of stable determinants of

Pauvreté Poverty

45402

RAPPORT

Secours Catholique. Paris. FRA, Fondation d'Entreprise Crédit Coopératif. Paris. FRA

Statistiques d'accueil 2009. Ressources, crise et pauvreté.

Paris : Secours Catholique : 2010/11 : 80p.

Cote Irdes : B6945

http://www.secours-catholique.org/IMG/pdf/Statistiques-accueil-2009-rapport_1.pdf

Ce rapport sur la pauvreté pour l'année 2009 : « Ressources, crise et pauvreté » publié par le Secours Catholique propose une étude statistique annuelle sur l'évolution de la pauvreté en France prenant en compte la situation de 1 480 000 personnes accueillies par l'association durant 12 mois. Cette année, l'étude analyse plus particulièrement les ressources des personnes et dresse une « photographie » globale de la pauvreté via 1000 budgets de ménages rencontrés. Cette enquête spécifique est centrée sur des personnes qui ne sont pas en grande exclusion mais qui ont des ressources financières limitées.

Pauvreté et croissance
Poverty and growth

45350

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRIMM (M.)

Institute of Social Studies. (I.S.S.). La Hague. DEU

Does inequality in health impede growth?

Les inégalités de santé entravent-elles la croissance ?

La Hague : Institute of Social Studies. : 2010 : 28p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/19426/wp501.pdf>

This paper investigates the effects of inequality in health on economic growth in low and middle income countries. The empirical part of the paper uses an original cross-national panel data set covering 62 low and middle income countries over the period 1985 to 2007. I find a substantial and relatively robust negative effect of health inequality on income levels and income growth controlling for life expectancy, country and time fixed-effects and a large number of other effects that have been shown to matter for growth. The effect also holds if health inequality is instrumented to circumvent a potential problem of reverse causality. Hence, increasing access to health care for the poor can make a substantial contribution to economic growth not only through its effect on life expectancy but also through its effect on reduced health inequality.

Promotion de la santé
Health promotion

45263

DOSSIER DOCUMENTAIRE , INTERNET

DOUMONT (D.), FEULIEN (C.)

Université Catholique de Louvain. (U.C.L.). Unité

RESO - Education pour la Santé. Louvain. BEL

Conseil Supérieur de Promotion de la Santé de la Communauté Française de Belgique. Bruxelles.

BEL

En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention.

Série de dossiers techniques ; 10-61

Louvain : Université de Louvain : 2010/09 : 20p., tabl., graph.

Cote Irdes : en ligne

http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans un rapport récent (2008) de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, rappelle que les « inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique ». La réduction des inégalités sociales de santé devient d'ailleurs progressivement une question « politique » pour de nombreux pays. Alors que certains pays européens entament une réflexion concernant la **lutte contre les inégalités, d'autres plus avancés ont déjà mis en place des plans stratégiques et des plans d'actions afin de réduire ces « écarts de santé »**. En Belgique, les politiques de santé mises en place ont longtemps insisté sur la disponibilité et l'accessibilité aux soins. Et force est de constater que les hommes les plus défavorisés meurent encore 5 ans plus tôt que ceux disposant d'un niveau socio-économique plus élevé. En Belgique, la réduction des inégalités devant la santé est une finalité du Plan Communautaire Opérationnel (PCO). **Il y est dit qu'il convient que « les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables »**. C'est pourquoi un groupe de travail au sein du Conseil supérieur de promotion de la Santé a été constitué. Il a pour objectif de mettre en évidence les réponses que la promotion de la santé peut apporter pour réduire les inégalités et/ ou éviter de les accentuer. Ainsi, il a notamment chargé le RESO de réaliser un dossier technique sur cette **thématique, afin d'identifier les divers dispositifs existants actuellement en région wallonne et à Bruxelles, visant à réduire les inégalités**. Il souhaite aussi identifier les leviers que la promotion de la santé peut actionner, en **distinguant les différents niveaux d'intervention**. **Le présent dossier technique s'attachera à définir les différents concepts ouverts par la thématique des inégalités de santé et à expliciter les raisons de**

la perpétuation de celles-ci. Il dressera ensuite un inventaire non exhaustif des programmes mis en place en Belgique, et dans trois pays avoisinants : les Pays-Bas, la Suède et l'Angleterre. Un second dossier sera ensuite consacré aux actions locales de terrain mises en place en Communauté française, ayant pour objectif la réduction des inégalités de santé.

Géographie de la santé / Geography of health

Aménagement du territoire Area planning

45397

RAPPORT

AYNAUD (O.)

Conseil Economique et Social Régional Ile-de-France. (C.E.S.R.). Paris. FRA

Territorialité et offre de soins - Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de- France.

Paris : CESR Ile-de-France : 2010 : 126p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cesr-iledefrance.fr/documents/rapport_pdf/rapport/09_sant_territorialite/rapport-professionnels-sante-anticiper-risque-penurie.pdf

Dans le prolongement du rapport sur les inégalités sociales de santé présenté par Guy Atlan en septembre 2007, le Conseil économique et social régional (CESR) d'Ile-de-France a souhaité apporter une nouvelle contribution pour définir une prospective stratégique de la politique régionale de santé, centrée sur les territoires et l'offre de soins. L'objectif de ce rapport est de donner des éclairages nouveaux sur ce thème « santé et territoires ». Dans les principes fondateurs du système de santé, les questions de soins, de prévention et d'accès aux soins sont essentielles. Ces questions sont liées à l'aménagement du territoire, à la cohésion sociale et à l'organisation du système de santé, dans un contexte de profond renouvellement de l'organisation régionale de santé, suite à la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) et à la création de l'agence régionale de santé (ARS)

Clusters géographiques Geographical clusters

45414

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

KOIZUMI (N.), ROTHBARD (A.) , AMIT (P.)

George Mason University. School of Public Policy. Arlington. USA

Assessing Geographical Clustering of Outpatient Psychiatric: Service Utilization in Philadelphia.

*Evaluer les clusters géographiques des patients
psychiatriques non hospitalisés : l'utilisation
des services à Philadelphie.*

GMU School of Public Policy Research Paper No. 2010-27

Arlington : George Mason University : 2010 : 12p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1692968

This study explores a local K-function estimation as a method to identify the spatial clusters of service users of outpatient psychiatric programs in Philadelphia. GIS maps were created to visualize and evaluate the results of K-function analysis. The Medicaid eligible population was used as the control group. The study validated factual information provided in a recent policy brief that reports lower service utilization among African Americans. The subsequent map analysis also indicated that the proximity to service providers and racial composition of the census tract that an eligible individual lives could also affect the decision to be a service user. Specifically, the study found that African Americans living in Caucasian neighborhoods were more likely to be service users while African Americans living in African American neighborhoods were less likely to use services

Disparités régionales
Regional disparities

45384

OUVRAGE

TRUGEON (A.), FONTAINE (D.), LEMERY (B.),
MICHELOT (F.)

***Inégalités socio-sanitaires en France :
de la région au canton.***

Paris : Elsevier Masson : 2010 : 259, tabl., fig., carte,
ann.

Cote Irdes : A3503 (2010)

<http://www.elsevier-masson.fr/livres-inegalites-socio-sanitaires-en-france-p-6952.html>

Fruit d'une démarche menée depuis une vingtaine d'années par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), cette deuxième édition a pour objet d'offrir une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de ses déterminants et d'en mesurer les évolutions, aux niveaux régional et cantonal. L'ouvrage fournit une analyse détaillée puis synthétique des disparités et inégalités socio-sanitaires en France hexagonale et dans les Départements d'Outre-Mer. Il est illustré par soixante cartes présentées par canton sur les données disponibles les plus récentes. L'observation menée à ce niveau géographique donne une vision précise des variations spatiales au sein des régions, mais aussi des similitudes au-delà des découpages administratifs. La mesure de certaines évolutions au cours de la dernière décennie et une partition de la France en sept classes de cantons complètent l'état des lieux à travers quarante autres cartes. Cet abrégé constitue un outil d'aide à la décision précieux pour la définition de politiques adaptées aux besoins des populations, une base de discussion pour les acteurs de santé au sens large, tant décideurs que professionnels et représentants des usagers (4e de couverture).

Soins de santé primaires / Primary health care

Démographie médicale Medical demography

45504

RAPPORT

HUBERT (E.)

Présidence de la République. Mission de Concertation sur la Médecine de Proximité. Paris. FRA

Rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité.

Paris : La documentation française : 2010 : 186p.

Cote Irdes : B6948

http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104_000622/0000.pdf

Mme Elisabeth Hubert, ancien ministre, a été chargée par le Président de la République d'une mission portant sur la médecine de proximité, autour de trois objectifs : relancer le dialogue avec les médecins libéraux, permettre un très large échange avec les professionnels concernés et apporter des réponses aux évolutions structurelles que connaît la médecine ambulatoire depuis de nombreuses années. Sur la base de nombreuses rencontres et de déplacements sur le terrain, l'auteur présente un état des lieux des conditions d'exercice de la médecine de proximité et propose un ensemble de mesures : simplification des conditions d'exercice, modernisation des systèmes d'information, appui à l'exercice regroupé des professionnels, valorisation de la formation initiale de médecine générale, aide à l'installation dans les zones sous-médicalisées.

45497

RAPPORT

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

Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers.

Paris : CISS : 2010/11 : 43p.+annexes

Cote Irdes : en ligne

http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1_01.pdf,
http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/101117_ANNEXES_DesertsMedicaux_Cahier2_01.pdf

L'enquête réalisée par le Ciss, la Fnath et l'Unaf a consisté, cette année, à rassembler le plus grand nombre d'éléments disponibles sur la démographie médicale, la répartition des médecins sur le territoire, l'évolution prévisible de ces installations et a également porté sur les aides à l'installation et au maintien mises en place par l'Assurance maladie en direction des médecins afin de les inciter à s'installer ou à se maintenir sur les zones réputées « sous denses » par les ex-Missions régionales de santé. Les données exploitées dans ce dossier proviennent à la fois de celles qui ont fait l'objet d'une publication, en 2010, du Conseil national de l'Ordre des médecins, sous la forme d'atlas régionaux, et de celles qui nous ont été transmises par la cinquantaine de Cpm (sur cent) qui ont donné suite aux requêtes formulées par nos représentants présents au sein de leurs conseils. Le Ciss, la Fnath et l'Unaf souhaitent ainsi exprimer les inquiétudes des usagers qui, pour nombre d'entre eux, sont confrontés au péril de l'éloignement de la médecine de premier recours. (Extrait de la synthèse).

45464

RAPPORT, INTERNET

LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.)

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

Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2010.

Etude ; 43

Paris : CNOM : 2010/11 : 166p., tabl., fig., cartes.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas%20National%20CNOM%202010.pdf>

Cet Atlas de la démographie médicale 2010 présente une cartographie du corps médical français en 2010, réalisé à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au 1er janvier 2010. Cette année, les indicateurs montrent un écart croissant entre les médecins entrants et sortants, soulevant

des inquiétudes quant au renouvellement des effectifs des professionnels de santé. Parallèlement, le désintérêt pour l'exercice libéral se confirme, malgré l'évolution du nombre de médecins de nationalité européenne et extra-européenne inscrits au Tableau de l'Ordre. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de médecins remplaçants illustre les craintes et les attentes des nouvelles générations dans le choix de ce mode d'exercice.

Etudes médicales Medical training

45217
OUVRAGE

AUBIN (C.) , DANIEL (C.) , SCHAETZEL (F.) ,
BILLON (A.) , BLEMONT (P.) , ELIOT (A.) ,
VEYRET (J.) , BIZOT (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale de
l'Administration de l'Education Nationale et de la
Recherche. Paris. FRA

Le post-internat : constats et propositions : rapport : annexes.

Paris : Inspection générale des affaires sociales : 2010 :
2vol. (82 ; 154p.)
Cote Irdes : C, B6926/1-2
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104-000383/0000.pdf>

Plusieurs réformes ont affecté, dans la période récente, les études médicales : augmentation du nombre de candidats depuis le début des années 2000, création des examens classants nationaux (ECN) pour accéder à l'internat en 2004, incluant la spécialité de médecine générale pour laquelle a été mis en place un diplôme d'études spécialisées, création d'une filière universitaire de médecine générale en 2008. Conjuguées aux évolutions de la démographie médicale, ces réformes se répercutent aujourd'hui sur ce qu'il est convenu d'appeler le post-internat. Après avoir défini les contours du post-internat, puis analysé les difficultés et les tensions à venir, la mission a considéré que seule une réforme d'envergure était

en mesure de répondre aux défis actuels. Des mesures d'urgence n'en demeurent pas moins nécessaires pour répondre à des tensions accrues qui vont se manifester dès la rentrée 2010-2011, alors que la réforme ne peut être d'application immédiate.

Innovations Innovation

45478
RAPPORT , INTERNET

Canadian Health Services Research Foundation.
(C.H.S.R.F.). Ottawa ON. CAN, Fondation
Canadienne de la Recherche sur les Services de
Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa ON. CAN

Casebook of Primary Healthcare Innovations.

*Recueil d'innovations en matière de soins de
santé primaires.*

Ottawa : Canadian Health Services Research
Foundation. : 2010 : 47p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.chsrf.ca/PickingUpthePace/pdfs/Casebook/CasebookOfPrimaryHealthcareInnovations.pdf>

After almost three decades in the doldrums, primary healthcare renewal has accelerated dramatically in Canada since 2000. However, progress has been uneven across the country, with some jurisdictions striding boldly forward while others have been more tentative in undertaking reform. Although innovation in primary healthcare is occurring in every province and territory, what sets the past decade apart is the implementation and scaling up of innovations in the organization, funding and delivery of primary healthcare to the system level in several provinces. This casebook documents many of the innovations being implemented across Canada.

Histoire professionnelle
Career mobility

45352

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

SIVEY (P.) , SCOTT (A.) , WITT (J.)

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

Why Junior Doctors Don't Want to Become General Practitioners: A Discrete Choice Experiment from the MABEL Longitudinal Study of Doctors.

Pourquoi les jeunes médecins ne veulent-ils pas devenir médecins généralistes : une expérimentation à choix discret issue de l'enquête longitudinale MABEL sur les médecins.

Melbourne Institute Working; 17/10

Melbourne : Melbourne Institute of Applied economics and social research : 2010 : 33p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://melbourneinstitute.com/wp/wp2010n17.pdf>

A number of studies suggest there is an over-supply of specialists and an under-supply of GPs in many developed countries. Previous econometric studies of specialty choice from the US suggest that a number of factors play a role, including expected future earnings, educational debt, and having predictable working hours. Given endogeneity issues in revealed preference studies, a stated-preference approach is warranted. This paper presents results from a discrete-choice experiment completed by a sample of 532 junior doctors in 2008 before they choose a specialty training program. This was conducted as part of the first wave of the MABEL (Medicine in Australia: Balancing Employment and Life) longitudinal survey of doctors. We include key job attributes such as future earnings and hours worked, but also allow the choice to be influenced by academic research opportunities, continuity of care and the amount of procedural work. Interactions of attributes with doctor characteristics, including gender, educational debt, and personality traits are also examined. We find the income/working hours trade-offs estimated from our discrete choice model are close to the actual wages of senior specialists, but much higher than

those of senior GPs. In a policy simulation we find that increasing GPs' earnings by \$50,000, increasing opportunities for procedural or academic work can increase the number of junior doctors choosing General Practice by between 8 and 16 percentage points, approximately 212 to 376 junior doctors per year. The results can inform policymakers looking to address unbalanced supply of doctors across specialties.

Maisons de santé
Medical care group practice

46023

RAPPORT , INTERNET

National Committee for Quality Assurance. (N.C.Q.A.). Washington DC. USA

Standards and Guidelines for Physician Practice Connections— Patient-Centered Medical Home (PPC-PCMH).

Normes et recommandations pour la pratique médicale en réseau - les maisons de santé centrées sur le patient.

Washington DC : National Committee for Quality Assurance : 2008 : 68p.+annexes, tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ncqa.org/tabid/631/Default.aspx>

NCQA's Physician Practice Connections- Patient-Centered Medical Home (PPC-PCMH) program assesses whether physician practices are functioning as medical homes. Building on the joint principles developed by the primary care specialty societies, the PPC-PCMH standards emphasize the use of systematic, patient-centered, coordinated care management processes. The Patient Centered Medical Home is a health care setting that facilitates partnerships between individual patients, and their personal physicians, and when appropriate, the patient's family. Care is facilitated by registries, information technology, health information exchange and other means to assure that patients get the indicated care when and where they need and want it in a culturally and linguistically appropriate manner. There are nine PPC standards, including 10 must pass

elements, which can result in one of three levels of recognition.

45379

OUVRAGE

DE HAAS (P.)

Monter et faire vivre une maison de santé.

Brignais : Le coudrier éditions : 2010 : 173p., tabl., photos

Cote Irdes : A4106

http://www.lecoudrier.fr/files/products/pdf_1.pdf

Ce livre présente des expériences réussies de maison de santé et apporte des recommandations pratiques aux porteurs de projets et à leurs partenaires.. Il est bâti en deux grandes parties qui se répondent. La première présente cinq expériences montrant la diversité des réalisations suivant les milieux et le contexte local. La deuxième décrit les 6 briques à assembler pour bâtir une maison de santé (approche territoriale, dynamique d'équipe, projet de santé et projet professionnel, aspects juridiques, immobilier et financement) ainsi que les obstacles à éviter. Elle traite ensuite du fonctionnement au quotidien et donne des conseils pratiques aux professionnels exerçant au sein d'une maison de santé. Enfin, à une époque où le système de santé ambulatoire est en mutation, l'auteur dresse les perspectives de ce nouveau mode d'organisation des soins de premier recours (Résumé de l'éditeur).

Organisation des soins
Primary care organization

45278

RAPPORT , INTERNET

MOFFAT (J.) , RAPOPORT (J.) , BELL (N.)

Institute of Health Economics. (I.H.E.).

Edmonton. CAN

Primary Care Economics.

Economie des soins primaires.

Edmonton : Institute of Health Economics : 2010/09 : 30p., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ihe.ca/documents/Primary%20Care%20Economics%20Final%20Report.pdf>

Primary care is a patient's first and continuing contact with the health care system, with clinical providers, who are usually family doctors. In 2008, Alberta spent \$975 million on primary care for its residents, which amounts to about \$277 per resident. Primary care, as a substantial driver of health care costs, is routinely highlighted as an area which has the potential to greatly improve the health of the population while promoting cost containment. It also has recently been highlighted as an area in need of reorganization, both in Alberta and across Canada. Reforms are underway in many provinces. In Alberta, reforms costing hundreds of millions of dollars – almost half of what we spend – have been proposed or initiated, but whose ultimate achievement, – as in other emerging areas of healthcare, – is encountering fiscal challenges. Reforms of primary care hold promise in influencing health outcomes, especially among the chronically ill, but there is little supporting evidence about what these initiatives will cost. This paper addresses how our primary care resources are currently utilized and what they cost, what are the current funding systems established to support these resources, and what are the economic aspects of suggested reforms. Despite the widespread attention given to primary care, the primary care discussion can benefit from a clearer demarcation between the goals of primary care and the alternative means that can be used to achieve them. The paper builds upon a workshop on primary care economics held at the Institute for Health Economics in June, 2010, which brought together key leaders, experts, and policy makers in primary care.

Pratique médicale
Medical practice

45465

DIPLOMES, INTERNET
GUILLEMAUD (C.)

Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale.

Paris : SFMG : 2010/05 : 72p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/601/fichier_cguillebaud_these_vfde0b2.pdf

L'augmentation du nombre de patients polypathologiques et polymédiqués conduit à des interrogations sur leur prise en charge au quotidien : Comment arbitrer la balance entre bénéfice et risque de la polyprescription ? Quels sont les facteurs qui influencent le praticien dans sa décision de polyprescription ? L'objectif de cette thèse réalisée dans le cadre de l'étude Polychrome menée par la Société française de médecine générale (SFMG) était de distinguer les freins et les leviers à l'optimisation de ce type de prescriptions. Ce travail de recherche qualitatif a été réalisé pour identifier les déterminants sociologiques et comportementaux associés aux ordonnances de polyprescription en médecine générale selon le point de vue des médecins généralistes. L'analyse du ressenti de leur pratique quotidienne a permis de mettre en évidence une nouvelle dimension de cette problématique, ainsi que de proposer des solutions pratiques d'optimisation pour ce type d'ordonnance.

Pratique professionnelle
Professional practice

45151

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

FORTIN (B.) , JACQUEMET (N.) , SHEARER (B.)

Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations. (C.I.R.A.N.O.). Montréal. CAN

Labour Supply, Work Effort and Contract Choice: Theory and Evidence on Physicians

Main-d'oeuvre, effort au travail et choix du contrat : théorie et évidence chez les médecins.

Serie scientifique

Montréal : CIRANO : 2010 : 39p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010s-40.pdf>

We develop and estimate a generalized labour supply model that incorporates work effort into the standard consumption-leisure trade-off. We allow workers a choice between two contracts: a piece rate contract, wherein he is paid per unit of service provided, and a mixed contract, wherein he receives an hourly wage and a reduced piece rate. This setting gives rise to a non-convex budget set and an efficient budget constraint (the upper envelope of contract-specific budget sets). We apply our model to data collected on specialist physicians working in the Province of Quebec (Canada). Our data set contains information on each physician's labour supply and their work effort (clinical services provided per hour worked). It also covers a period of policy reform under which physicians could choose between two compensation systems: the traditional fee-for-service, under which physicians receive a fee for each service provided, and mixed remuneration, under which physicians receive a per diem as well as a reduced fee-for-service. We estimate the model using a discrete choice approach. We use our estimates to simulate elasticities and the effects of ex ante reforms on physician contracts. Our results show that physician services and effort are much more sensitive to contractual changes than is their time spent at work. Our results also suggest that a mandatory reform, forcing all physicians to adopt the mixed remuneration system, would have had substantially larger effects on physician behaviour than those observed under the voluntary reform.

Qualité des soins
Quality of care

46065

INTERNET, DOCUMENT DE TRAVAIL

PIKE (C.)

An Empirical Analysis of the Effects of GP Competition

Une analyse empirique des effets de la concurrence entre médecins généralistes.

MPRA Paper ; 27613

Munich : Munich Personal RepEc Archive : 2010/08 : 49p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://mpra.ub.unimuenchen.de/27613/1/MPRA_paper_27613.pdf

We analyse the relationship between the quality of a GP practice in England and the degree of competition that it faces (as indicated by the number of nearby rival GP practices). We find that those GP practices that are located close to other rival GP practices provide a higher quality of care than that provided by GP practices that lack competitors. This higher level of quality is observed firstly in an indicator of clinical quality (referrals to secondary care for conditions that are treatable within primary care), and secondly in an indicator of patient observed quality (patient satisfaction scores obtained from the national GP patient survey). The association between increased competition and higher quality is found for GP practices located within 500 metres of each other. However it would appear that the magnitude and geographic scope of the relationship are constrained by restrictions upon patient choice. As a result the findings presented here may only reflect a fraction of the potential benefits to patients from increased choice and competition.

Relations médecin – malade
Doctor – Patient relations

45467

FASCICULE, INTERNET

Société Française de Médecine Générale. (S.F.M.G.). Paris. FRA

Le patient et son généraliste "médecin traitant"

Paris : SFMG : 2010 : 13p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quelle que soit l'appellation retenue, ce sont d'abord les différentes fonctions assumées par les médecins généralistes qui les rendent indispensables, indispensables pour les soins quotidiens de chacun, indispensables pour le maintien de toute politique de santé fondée sur l'accessibilité et l'efficacité des soins pour tous, indispensables dans les discours des décideurs des politiques de santé au fur et à mesure de leur raréfaction sinon disparition dans certaines régions ou quartiers. Les jeunes générations de médecins ne choisissent pas ce métier, non pas par manque d'intérêt, mais par manque d'une organisation nationale facilitant cet exercice complexe, prenant et difficile. Le paradoxe du médecin traitant est d'avoir été reconnu par deux lois successives en 2004 et 2009 et de faire le constat persistant de ces difficultés. Chacun a une opinion partielle de « son » médecin traitant (98 % des assurés sociaux ont choisi un médecin généraliste), la vision de ces médecins généralistes, de la spécificité et diversité de leurs rôles est celle de l'iceberg : la partie invisible est la plus importante. C'est ce que tente de décrire cette publication (Extrait de l'éditorial)

Rémunération
Payment

45279

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

THEURL (E.) , WINNER (H.)

University of Salzburg. Department of Economics and Social Sciences. AUT

The male-female gap in physician earnings: Evidence from a public health insurance system.

Les écarts de salaire entre les hommes et les femmes médecins : évidence dans un système public d'assurance maladie.

Working papers in management and economics; 2010-15

Salzburg : University of Salzburg : 2010/09 : 28p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.unisalzburg.at/pls/portal/docs/1/1383223.PDF>

Empirical evidence from U.S. studies suggests that female physicians earn less than their male counterparts, on average. The earnings gap does not disappear when individual and market characteristics are controlled for. This paper investigates whether a gender earnings difference can also be observed in a health care system predominantly financed by public insurance companies. Using a unique data set of physicians' earnings recorded by a public social security agency in an Austrian province between 2000 and 2004, we find a gender gap in average earnings of about 32 percent. A substantial share of this gap (20 to 47 percent) cannot be explained by individual and market characteristics, leaving labor market discrimination as one possible explanation for the observed gender earnings difference of physicians.

45347

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

ALLARD (M.) , JELOVAC (I.) , LEGER (P.T.)

Comité National de la Recherche Scientifique.

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

Physicians self selection of a payment mechanism: Capitation versus fee-for-service

L'auto-sélection du mode de rémunération chez les médecins : la capitation versus le paiement à l'acte.

Working paper; 1024

Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique :

2010/10 : 20p., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/52/33/70/PDF/1024.pdf>

The main question raised in this paper is whether GPs should self select their payment mechanism or not. To answer it, we model GPs' behavior under the most common payment schemes (capitation and fee-for-service) and when GPs can select one among those. Our analysis considers GPs heterogeneity in terms of both ability and sense of professional duty. We conclude that when savings on specialists costs are the main concern of a regulator, GPs should be paid on a fee-for-service basis. Instead, when failures to identify severe conditions are the main concern, then payment self selection by GPs can be optimal.

46058

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

CHANEL (O.) , PARAPONARIS (A.) , PROTIERE (C.) , VENTELOU (B.)

Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille. (G.R.E.Q.A.M.). Aix-Marseille. FRA

Get paid more, work more? Lessons from French physicians' labour supply responses to hypothetical fee increases.

Etre payé plus, travailler plus ? Lessons tirées des réponses formulées par les médecins français à propos d'éventuelles hausses d'honoraires.

Document de Travail du GREQAM; n°2010-52

Marseille : GREQAM : 2010/12 : (7p.)

Cote Irdes : en ligne

http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/54/39/71/PDF/DTGREQAM2010_52.pdf

This paper is devoted to the analysis of the General Practitioners' (GPs) labour supply, specifically focusing on the physicians' labour supply responses to higher compensations. This analysis is mainly aimed at challenging the reality of a 'backward bending' form for the labour supply of GPs. Because GPs' fees only evolve very slowly and are mainly fixed by the National Health

Insurance Fund, we designed a contingent valuation survey in which hypothetical fee increases are randomly submitted to GPs. Empirical evidence from 1,400 French GPs supports the hypothesis of a negative slope for the GPs' labour supply curve. Therefore, increasing the supply of physicians' services through an increase in fees is not a feasible policy.

commissioning and local leadership, competition, incentives and regulation needs to be developed to better support moves towards integration. They also stress the need to involve both clinicians and members of the public in service redesign. Removing the policy barriers to integrated care in England will be of interest to health and social care policy-makers and senior managers, clinicians, senior social care practitioners and others with an interest in NHS and social care reform.

Soins intégrés
Integrated care

45270

FASCICULE

HAM (C.), SMITH (J.)

The Nuffield Trust. Londres. GBR

***Removing the policy barriers to
integrated care in England.***

***Supprimer les barrières politiques concernant
les soins intégrés en Angleterre.***

Londres : The Nuffield Trust : 2010/09 : 18p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/detail.aspx?id=145&PRid=721>

International experience demonstrates that integrating healthcare services can deliver more efficient, patient-focused care. The White Paper, Equity and Excellence: Liberating the NHS, provides an opportunity to develop integrated care systems. In the UK, a number of health and social care organisations are at the forefront of this initiative, but there are several policy barriers to be overcome if these systems are to be adopted more widely. This briefing uses five case studies of health economies in the English NHS and examines how local clinicians and managers are working together to develop more coordinated services. The authors conclude that the reforms outlined in the NHS White Paper, such as handing groups of GPs commissioning responsibilities, accompanied by real budgets, have the potential to deliver more seamless care for patients. However, the experiences of the areas studied – Torbay, Nottingham, Redbridge, Trafford and Cumbria – indicate that policy in areas such as GP

Hôpital - Alternatives / Hospital - Alternatives

Centres hospitaliers universitaires Teaching hospitals

46028

RAPPORT, INTERNET

Réseau CHU. Saint-Michel-en-Brenne. FRA

Réseau CHU : Chiffres-clés 2008-2009.

Saint-Michel-en-Brenne : Réseau CHU : 2010 : 7p.

Cote Irdes : En ligne

http://web.reseau-chu.org/docs/2818/chiffres_cles_reseau_chu_2008_2009.pdf

Ce document présente un bilan statistique de l'activité des CHU pour 2008-2009 : activités de soins, de recherche et d'enseignement. Il donne également des chiffres sur leur effectif, leur budget et leur capacité d'accueil.

Concurrence Competition

45254

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BIJLSMA (M.), KONING (P.), SHESTALOVA (V.), AOURAGH (A.)

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.). La Hague. NLD

The effect of competition on process and outcome quality of hospital care; An empirical analysis for the Netherlands

L'effet de la concurrence sur le processus et la qualité des soins hospitaliers. Une étude empirique pour les Pays-Bas.

CPB Discussion Paper; 157

La Hague : CPB : 2010/09 : 46p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/disc157.pdf>

The paper focuses on the relationship between competition and quality in the Dutch hospital sector. We analyse the period of 2004-2008, in which a healthcare reform took place in the

Netherlands, introducing competition in the healthcare sector. The increased attention to hospital quality and its growing importance in a new institutional environment have resulted in a gradual increase of the voluntary disclosure of quality indicators by Dutch hospitals. We use panel data on Dutch general and academic hospitals in 2004-2008, including both process indicators (e.g., share of operation cancellations on short notice and share of diagnoses within 5 days) and outcome indicators (e.g., mortality rates) of hospital quality. We take the correlation between the disclosure decision and the level of the disclosed quality indicators explicitly into account by estimating a bivariate model. We find that competition explains differences in performance on process indicators, but not on outcome indicators.

Infarctus du myocarde Acute myocardial infarction

45441

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

GRIGNON (M.), SPENCER (B.G.), WANG (L.)
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.). Hamilton. CAN

Is There an Age Pattern in the Treatment of AMI? Evidence from Ontario.

L'âge du patient joue-t-il dans le traitement de l'infarctus du myocarde ? Evidence de l'Ontario.

SEDAP Research Paper ; n°278

Hamilton : SEDAP : 2010/10 : 16p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap278.pdf>

Dans cet article, nous analysons la probabilité pour un patient hospitalisé pour infarctus du myocarde de recevoir des traitements chirurgicaux, puis nous mesurons les changements dans le temps de cette probabilité et cherchons à savoir si l'âge du patient joue sur la

probabilité. Nos estimations, fondées sur des données administratives incluant tous les séjours dans les hôpitaux de soins aigus de l'Ontario pour certaines années entre 1995 et 2005, font état d'un profil par âge marqué et stable dans le temps dans la diffusion de la technologie médicale. Nos résultats montrent que ceci est robuste à l'inclusion de contrôles pour la plus forte fréquence de co-morbidités chez les patients âgés ainsi que pour les effets de pratiques propres aux hôpitaux.

Infections nosocomiales

Healthcare associated infections

46026

RAPPORT, INTERNET

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

Rapport national 2009 sur le tableau de bord des infections nosocomiales.

Paris : DGOS : 2010/11 : 24p., tabl.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport2009-2.pdf>

Dans le cadre de la politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, le Ministère chargé de la santé publie les résultats du tableau de bord 2009. Pour ce tableau de bord, cinq indicateurs sont utilisés : ICALIN qui estime l'engagement des établissements de santé, ICSHA qui est le reflet de la mise en œuvre de l'hygiène des mains, SURVISO qui mesure la surveillance épidémiologique des patients opérés, ICATB qui reflète l'engagement des établissements de santé dans des stratégies d'optimisation des usages d'antibiotiques et SARM, qui reflète l'écologie microbienne pour la bactérie multi-résistante SARM. Un score agrégé résumant les données des quatre premiers indicateurs donne une information simplifiée sur les établissements, avec une classe entre A et E, la classe A distinguant les meilleurs établissements. Pour ce score agrégé, 60% des établissements ont été classés en

catégorie A pour 2009, contre 15% en 2007 et 32% en 2008.

Management hospitalier

Hospital management

45461

OUVRAGE

BELORGEY (N.)

L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public".

Paris : Editions de la Découverte : 2010 : 330p., 24 tabl., ann.

Cote Irdes : A4122

http://www.editionsdecouverte.fr/catalogue/index-L_hopital_sous_pression-9782707164285.html

Depuis des décennies, les pouvoirs publics français s'efforcent de « réformer » l'hôpital, afin notamment d'en mieux « maîtriser » les dépenses. Ils ont de plus en plus recours aux outils du « nouveau management public », cet ensemble d'idées et de pratiques visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, etc. Ces innovations rencontrent l'opposition d'une partie du personnel hospitalier, selon qui elles creuseraient la tombe du système de protection sociale. À l'inverse, leurs promoteurs dénoncent des résistances qui ne pourraient provenir que d'une forme d'attachement à un passé révolu ou de corporatisme ; ces modernisations permettraient au contraire de sauver un système bien mal en point. En quoi consistent donc réellement ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pendant quatre ans, pour répondre à cette question, l'auteur de ce livre a mené une enquête approfondie dans des services de soin, en particulier des services d'urgence, ainsi que dans une agence réformatrice proche du ministère de la santé et dans des cabinets de conseil. Il a ainsi endossé différents rôles : stagiaire dans les services administratifs des hôpitaux, étudiant de passage dans les services de soin, étudiant en gestion ou consultant junior auprès des réformateurs... Au travers d'observations directes,

de l'exploitation inédite de données statistiques et d'une centaine d'entretiens, il livre ici une **vision originale des processus à l'œuvre dans les hôpitaux**. Il montre notamment que l'appropriation par les soignants des nouvelles normes préconisées par les réformateurs dépend beaucoup de la trajectoire professionnelle et sociale de chacun d'eux. Et il révèle quelques effets inattendus des réformes, dans un des services hospitaliers parmi les plus « avancés » sur leur voie (4e de couverture.)

Hôpital militaire Military hospital

45336
RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

Médecins et hôpitaux des armées.

Paris : la documentation française : 2010/10 : 140p.
Cote Irdes : B6940
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000529/0000.pdf>

La Cour des comptes porte un regard d'ensemble sur la façon dont le service de santé des armées s'organise pour assurer sa mission fondamentale et analyse en particulier le recrutement, la formation initiale et la gestion des 1 900 médecins et 4 500 infirmiers militaires. Elle examine la capacité du service de santé des armées à remplir conjointement sa mission régaliennne de défense et sa mission publique de santé. Dans ce rapport, la juridiction porte une appréciation sur le soutien médical apporté aux troupes engagées dans les opérations extérieures, sur son adaptation à l'évolution des conflits, à travers notamment l'examen des capacités de transport des blessés, de la coopération avec les alliés et de l'aide apportée aux populations locales. Elle examine la préparation opérationnelle des médecins présents dans les unités en analysant leur activité de soins et leur implication dans la médecine d'urgence. Enfin, depuis la fin des années 90, une nouvelle stratégie hospitalière a été définie, qui repose sur neuf hôpitaux d'instruction des armées, représentant

au total 2 700 lits, dont l'activité est civile à plus de 90 %. La Cour présente donc dans ce rapport, à la lumière des autres options d'organisation retenues par l'Allemagne ou le Royaume-Uni, le bilan de la participation des hôpitaux militaires au dispositif public de santé et l'impact financier de leur fonctionnement pour le budget de la défense.

Hôpital privé Private hospital

45062
OUVRAGE , DIPLOMES
JEURISSEN (P.)

For-profit hospitals : a comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries.

Hôpitaux à but lucratif : une étude comparative et longitudinale sur le secteur des hôpitaux lucratifs dans quatre pays occidentaux.

Rotterdam : Erasmus Universiteit Rotterdam : 2010 : 17p.+326p., tabl., graph., index
Cote Irdes : A4090

The central purpose of this study is to provide an international comparison and historical explanation of the development of for-profit hospital care. It will seek to answer the following questions. 1) How did for-profit hospital ownership actually develop within the context of different Western health care systems? 2) How can one understand and explain growth (and decline) in for-profit hospitals over the long term? 3) Why does the development of the for-profit hospital sector differ between Western countries? This research will look for plausible answers to these three questions and provide hypotheses for future study. Such work is still uncommon and limited to shorter periods or tends to be somewhat polemical in nature. Scholarly efforts have concentrated on the development of the much larger nonprofit and public hospital sectors or have sought to provide more general overviews. A comparative perspective on the development of

for-profit hospitals is - with the exception of explorative work of Henry Burdett in the nineteenth century (1895) - still lacking to the knowledge of this study.

Organisation hospitalière Hospital organization

44807

OUVRAGE

ZEGGAR (H.), VALLET (G.), TERCERIE (O.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé.

Paris : Inspection générale des affaires sociales, Paris :
La documentation Française : 2010 : 123p., graph.,
tabl., annexes
Cote Irdes : C, B6927
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104_000246/0000.pdf

Ce rapport dresse le bilan de l'organisation en pôles des grands établissements publics de santé et analyse les réalisations, avant la mise en oeuvre des nouvelles dispositions de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », qui poursuivent le mouvement engagé en 2005.

Performance Performance

45135

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

AUGURZKY (B.), SCHMITZ (H.)
Rheinisch-Westfälisches Institut für
Wirtschaftsforschung. (R.W.I.). Essen. DEU

Is there a Future for Small Hospitals in Germany?

*Les petits hôpitaux ont-ils un avenir en
Allemagne ?*

Essen : RWI : 2010/09 : 18p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://repec.rwi-essen.de/files/REP_10_198.pdf

We analyse the financial performance of small German hospitals based on balance sheet data of about 1,000 hospitals in 2007. Measures of financial performance are the earnings before interest, tax, depreciation, and amortisation (EBITDA) and the probability of default (PD). We find that, on average, small hospitals have more financial difficulties than large ones. However, there is considerable heterogeneity among small hospitals. While small private-for-profit hospitals tend to perform very well, small public hospitals face considerable financial problems. Apart from ownership, we find that specialisation, less subsidies in absolute terms, and a higher share of lump-sum subsidies are associated with a better financial performance.

Planification hospitalière Hospital planning

45957

DIPLOMES

MOSCHETTI (K.), ROCHAIX (L.) / dir.
Université de la Méditerranée. Faculté des
Sciences Economiques. Groupement de Recherche
en Economie Quantitative d'Aix-Marseille.
(G.R.E.Q.A.M.). Aix Marseille. FRA

Quelle place pour les préférences des patients dans la régulation du système hospitalier ?

Doctorat ; Sciences économiques.

Aix-Marseille : Université de la Méditerranée : 2005 :

Cote Irdes : B6955

L'objectif de cette thèse est de s'interroger sur les outils de régulation utilisés à l'hôpital pour maîtriser la demande de soins hospitaliers en France. En se démarquant des travaux antérieurs qui portent essentiellement sur l'offre, l'analyse porte sur la place à accorder aux préférences des patients dans la régulation hospitalière dans une double perspective : la mise en place d'une nouvelle tarification des établissements de santé

(T2A) et l'allocation spatiale des ressources hospitalières. La première partie constitue une large revue de la littérature à la fois théorique et empirique, notamment sur le système de paiement prospectif mis en place aux Etats-Unis. La deuxième partie propose une méthode économétrique originale pour estimer l'élasticité de la demande en qualité des patients. La troisième partie porte sur les choix d'allocation/localisation des soins hospitaliers traités par le recours à des modèles de simulation multi-agents (SMA).

Réforme hospitalière

Reform

45421

REPERTOIRE , INTERNET

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

La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre.

Paris : Ministère chargé de la Santé ; Paris : ANAP : 2010 : 162p.

Cote Irdes : En ligne

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

Ce guide vise à permettre aux professionnels concernés de comprendre les volets de la loi relatifs à l'hôpital et aux ARS qui ont déjà fait l'objet de plus de 90 décrets et arrêtés d'application. Il regroupe 47 fiches pédagogiques, réparties dans trois chapitres portant sur l'organisation interne de l'hôpital, les apports de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) dans le système de santé régional et l'organisation de l'offre de soins, la coopération entre établissements de santé.

Soins de long terme

Long term care

46027

RAPPORT , INTERNET

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

Long-Term Care Hospitals: Differences in Their Oversight Compared to Other Types of Hospitals and Nursing Homes.

Les hôpitaux de soins de long terme: Une surveillance différente comparée à celle en usage dans les autres types d'hôpitaux ou les maisons de retraite.

Washington : GAO : 2010 : 48p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gao.gov/new.items/d11130r.pdf>

This briefing focuses on the oversight of long term care hospital (LTCHs) and how it differs from the oversight at other types of hospitals and nursing homes.

Tarification hospitalière

Hospital payment system

45330

RAPPORT

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

Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2010 : 86p., tabl.

Cote Irdes : B6933

<http://martaa.free.fr/uploads/5052ea86-59ad-b688.pdf>

Le financement par une dotation nationale des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation des établissements hospitaliers (Migac) est indissociable de la construction du modèle de financement par la tarification à l'activité (T2A). La dotation est fixée dans le cadre

de l'Ondam (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie). Les missions des établissements de santé ont été redéfinies dans la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). D'après les résultats du rapport 2010, la dotation Migac finance 51 missions d'intérêt général. Les 6 missions les plus lourdes économiquement sont les Ucsa (Unités de consultation de soins ambulatoires), les équipes mobiles de soins palliatifs ou Emsp, les Centres de Coordination en cancérologie, les Pass (Permanences d'accueil et d'accès aux soins) et les actions d'éducation thérapeutique ou ETP. En 2010, la dotation nationale de financement des MIGAC s'élève à 8,142 milliards d'euros, soit une progression de 5.8 % par rapport à la dotation 2009.

45327
RAPPORT

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

Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2010 : 55p., tabl.
Cote Irdes : B6931
<http://martaa.free.fr/uploads/58a51c61-3a36-c643.pdf>

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) donne mission au Gouvernement de présenter chaque année, avant le 15 septembre, un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre des établissements publics et privés. Le financement des hôpitaux a été modifié par l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003. Ce rapport rappelle, tout d'abord, la méthode de fixation des tarifs. Puis, il décrit les adaptations du modèle, son intégration dans la gestion du risque et son extension au-delà du champ MCO (Médecine chirurgie obstétrique) aux anciens hôpitaux locaux, aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et aux activités psychiatriques.

45329
RAPPORT

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

Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire.

Paris : Ministère chargé de la Santé : 2010 : 59p., tabl.
Cote Irdes : B6932
<http://martaa.free.fr/uploads/58a51c61-ba04-c9ee.pdf>

La convergence tarifaire dans le financement des hôpitaux du secteur public et du secteur privé était définie dans la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003, mais elle est loin d'être effective. Le rapport 2010 montre que l'écart entre le tarif moyen des hôpitaux et celui des cliniques a été réduit de plus de deux points en 2010, dans le cadre de la mise en oeuvre de la convergence intersectorielle ciblée sur 35 GHM débutée en 2010, pour s'établir à 24 %. L'écart avait été réduit de trois points entre 2006 et 2008, puis de 10 points entre 2008 et 2009 en raison de la mise en place de la version 11 et du changement de périmètre des tarifs lié au transfert vers l'enveloppe des Migac (missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation) de la permanence des soins hospitalière et de la prise en charge des patients précaires. Le rapport souligne aussi que certains tarifs du secteur public sont inférieurs à ceux du secteur privé pour 242 groupes homogènes de séjours. La date d'achèvement de la convergence intersectorielle a été repoussée à 2018 dans la LFSS pour 2010. Le rapport indique néanmoins que le dispositif de convergence ciblée entamé il y a six mois doit être poursuivi afin d'affiner le modèle de convergence intersectorielle. Enfin, la convergence intrasectorielle, qui doit s'achever en 2012, a bien avancé dans les deux secteurs en 2010.

Professions de santé / Health professions

Migration du personnel de santé *Health workers migration*

45055

RAPPORT, INTERNET

DUSSAULT (G.), FRONTEIRA (I.), CABRAL (J.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK

Migration of health personnel in the WHO European region.

*Migration du personnel de santé dans la
région européenne de l'OMS.*

Copenhague : OMS -Bureau Régional de l'Europe :
2010 : 45p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf

Ce rapport rassemble les informations disponibles sur les flux migratoires concernant le personnel de santé et analyse les limites auxquelles il est confronté. Il passe en revue la littérature traitant des différents types de migration du personnel de santé, des éléments associés à la décision de migrer et du choix de la destination.

45539

RAPPORT

JACCARD RUEDIN (H.), WIDMER (M.)
Observatoire Suisse de la Santé. (Obsan).
Neuchâtel. CHE

L'immigration du personnel de santé vers la Suisse.

Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé : 2010 : 95p.,
tabl., graph., fig., ann.

Cote Irdes : B6953

Le présent rapport, réalisé par l'Observatoire de la santé (Obsan), fournit une description de l'immigration des professionnels de la santé en Suisse d'un point de vue statistique. Il s'agit là d'un préalable à tout travail sur ce thème. Il rendra possible la participation active de la Suisse à l'élaboration de directives internationales pour la récolte de données statistiques. D'autres rapports complètent cette analyse. Le second

rapport a été réalisé par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et fournit une analyse qualitative des points de vue des employeurs et des employés immigrants. Enfin, le troisième rapport, réalisé par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), documente les pratiques de coopération internationale de la Suisse qui visent à renforcer les politiques de ressources humaines en santé de pays défavorisés. Ces deux derniers rapports tirent le constat que même si la Suisse agit de façon à diminuer son degré de dépendance envers les professionnels formés à l'étranger, il paraît inévitable qu'elle continuera de recourir à moyen terme à l'immigration pour compléter ses effectifs, notamment en raison de la durée de formation des professionnels de la santé. Ces documents insistent toutefois sur l'importance du principe défini par le Code de pratique de l'OMS selon lequel les systèmes de santé tant des pays d'origine que des pays de destination devraient retirer des avantages des migrations internationales des personnels de santé. Ces trois rapports sont disponibles sur le site Internet de l'administration fédérale et de la CDS. Un document de synthèse reprenant les principales conclusions des trois recherches est également accessible.

Médicaments / Pharmaceuticals

Chimiothérapie Chemotherapy

45284
RAPPORT

MOURLAT (B.), GATHION (S.), NOWAK (F.),
HOOG LABOURET (N.)
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne
Billancourt. FRA

Situation de la chimiothérapie des cancers en 2010.

Boulogne-Billancourt : Inca : 2010/09 : 38p.
Cote Irdes : B6936

Ce rapport qui s'inscrit dans le cadre des mesures du Plan cancer 2009-2013 recense et analyse les évolutions récentes de la pratique de la chimiothérapie des cancers en France. Ce document est destiné à favoriser une vision partagée de la situation de cette pratique de soins dans le contexte de l'évolution des besoins, des pratiques, des coûts et de l'espoir légitime porté par le flux d'innovations offertes aux patients traités pour ces affections. Ce document se réfère non seulement à la pratique de la chimiothérapie intraveineuse dans les établissements de santé, mais souligne les évolutions rapides de la chimiothérapie orale prescrite par les spécialistes de ces établissements et prise à domicile. Les données économiques et de pratique analysées sont centrées sur l'usage de certaines molécules, traçantes de pratiques innovantes, largement accessibles en France, sous réserve de respecter les « référentiels de bon usage » produits par l'Institut National du Cancer et l'Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé.

Copaiements Co-payment

45097
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
SKIPPER (N.)

Aarhus School of Business. Department of
Economics. Aarhus. DNK

On Utilization and Stockpiling of Prescription Drugs When Co-Payments Increase: Heterogeneity Across Types of Drugs

*A propos de l'utilisation et du stockage des
médicaments lorsque les copaiements
augmentent. Hétérogénéité selon le type de
médicaments.*

Aarhus University School of Economics Working Paper
No. 2010-12

Aarhus : Aarhus University School of Economics :
2010/01 : 44p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne

http://www.econ.ku.dk/cie/dp/dp_2010/2010-01.pdf/

This paper investigates prescription drug utilization changes following an exogenous shift in consumer co-payment caused by a reform in the Danish subsidy scheme for the general public. Two different types of medication are considered – insulin for treatment of the chronic condition diabetes and penicillin for treatment of non-chronic conditions. Using purchasing records for a 20% random sample of the Danish population, I show that increasing co-payments lower the utilization of both drugs. I demonstrate that individuals treated with drugs for chronic conditions react to the policy change by stockpiling on their medications. This has implications for other papers in the literature that use variation in subsidy rates over time to estimate the price elasticity of demand. This is not the case for penicillin however, where price elasticities are estimated to be in the -.18 – -.35 range. Further, I find that the lower part of the income distribution is more price responsive.

Etude prospective
Forecast study

45312

RAPPORT, INTERNET

ATTALI (J.) / prés.

Commission pour la Libération de la Croissance Française. Paris. FRA

Une ambition pour dix ans : un projet pour la France.

Paris : La documentation française : 2010 : 273p., ann., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000541/>

Installée en août 2007, la Commission présidée par Jacques Attali avait pour objectif « d'examiner les conditions d'une libération de la croissance française ». Ce rapport fait suite au premier rapport rendu public en janvier 2008. Il propose une stratégie à dix ans. Cette stratégie identifie deux urgences : le redressement des finances publiques (le déficit public doit être rapidement ramené à 3 % du PIB et la dette publique doit être réduite en 2020 à un montant voisin de 60 % du PIB) et l'emploi (baisser le taux de chômage global à 4,5 % ; « débloquer » l'accès des jeunes à l'emploi ; réduire le dualisme du marché de l'emploi entre CDI et CDD). Elle définit également deux priorités à long terme : l'éducation et la gestion des grands secteurs de croissance, dont l'environnement, les ressources naturelles et les grandes infrastructures. La proposition n° 6 concerne l'amélioration de l'efficacité et de l'équité du système de santé français. Il est proposé : - de mettre en place une participation financière plafonnée pour les patients en ALD (Affections de longue durée) sous condition de ressources et une plus grande précision **des critères médicaux d'admission de toutes les ALD** ; de dérembourser intégralement les « médicaments dont le service médical rendu est faible (médicaments à vignettes bleues et orange), permettant une économie annuelle d'un milliard d'euros ». Sur ce dernier point, les experts **s'étonnent de la confusion faite par la Commission** sur la signification du niveau de SMR. Par ailleurs **l'économie annoncée tient-elle compte des vraisemblables transferts de prescriptions ?**

Industrie pharmaceutique
Pharmaceutical industry

45065

RAPPORT

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

L'attractivité et la compétitivité de la France : enquête du LEEM auprès des industries de santé.

Paris : LEEM : 2010/09 : 56p.

Cote Irdes : B6921

<http://www.leem.org/leemimage/leem/document/1483.pdf>

Les dirigeants internationaux des entreprises du médicament jugent-ils la France attractive pour leurs investissements ? Sur quels critères ? Quelles mesures concrètes permettront à la France de se réindustrialiser et de rester un grand pays du médicament dans les dix ans à venir ? Pour répondre à ces questions sur des bases objectives, notamment dans le cadre du CSIS (Conseil stratégique des industries de santé), le Leem a demandé, en 2009, à AEC Partners de conduire une enquête, la première en France, auprès des grands groupes industriels du médicament. Cette enquête qualitative a été **menée à partir d'entretiens avec 73 dirigeants internationaux d'entreprises du médicament sur plusieurs continents, pour connaître leur perception de la France comme destination d'investissements**. Les dirigeants interrogés appartenaient à 19 laboratoires majeurs, représentant plus des deux tiers du marché français. Les **résultats qualitatifs, présentés aujourd'hui**, dressent un tableau encourageant, révélateur des défis à relever (Résumé d'auteur).

Innovation médicale
Medical innovation

45250

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET
MICHAUD (P.C.) , LAKDAWALLA (D.) ,
GOLDMAN (D.) , SOOD (N.) , CONG (Z.)
Université Laval. Centre Interuniversitaire sur le
Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi.
(C.I.R.P.E.E.). Québec. QC. CAN

**Health and Access Effects of New Drugs:
Combining Experimental and Non-
Experimental Data.**

*Etat de santé et effets de l'accès à de nouveaux
médicaments : combinaison entre des données
expérimentales et non expérimentales.*

CIRPEE Working Paper 10-38
Laval : CIRPEE : 2010 : 40p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers_2010/CIRPEE10-38.pdf

We propose to combine clinical trial and estimates of behavioral responses in the population to quantify the value of new drug innovations when such values cannot be obtained by randomized experiments alone. New drugs are seen as having two distinct effects on patients. First, they can provide better outcomes for patients currently under treatment, due to better clinical efficacy. Second, they can also provide treatment access to more patients, perhaps by reducing side effects or expanding treatment. We compare these "clinical" and "access" effects using claims data, data on the arrival rate of new drugs, and the clinical trials literature on the effectiveness of these drugs. We find that the effect of new drug introductions on the number of patients treated accounts for a substantial majority of the value created by new drugs

45551

RAPPORT

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

Santé 2025 : "Un monde d'innovations".

Paris : LEEM : 2010/11 : 97p.
Cote Irdes : B6956
http://www.sante-2025.org/wp-content/uploads/Sante2025_LivreBlanc_BD.pdf

Les Entreprises du Médicament (Leem) et les partenaires de la démarche de prospective « Santé 2025 » (académiques, industriels du médicament et de la santé, entrepreneurs Biotech, associations de patients, professionnels de santé) dévoilent aujourd'hui comment les innovations scientifiques, mais aussi organisationnelles, sociales, économiques et sociétales changeront le monde de la santé d'ici à 2025. La démarche de prospective a débuté, il y a dix-huit mois, à l'initiative des Entreprises du Médicament (Leem) afin d'identifier les forces et les leviers sur lesquels devront s'efforcer d'agir les acteurs de l'innovation dans le champ de la santé. Elle vise ainsi à positionner la France comme un pays leader et attractif en matière d'innovation. Quatre pistes d'avenir communes et leurs chantiers issus des travaux collectifs menés depuis juin 2009 ont été identifiés : l'émergence d'une nouvelle médecine, la médecine des bien-portants ; le renforcement du rôle du patient/citoyen, acteur à part entière du système de santé ; la nécessité de l'organisation d'une chaîne de santé continue et efficiente ; la place essentielle de la santé dans l'économie du futur. Cette présentation ne constitue pas pour autant le point d'orgue de l'exercice de prospective ; elle marque l'ouverture de chantiers partenariaux sur des points spécifiques identifiant des pistes d'avenir. Ces travaux occuperont le Leem et ses partenaires pendant tout le premier semestre 2011.

Marché du médicament Pharmaceutical market

45356
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

Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres-clés 2009 - 6ème édition.

St Denis : AFSSAPS : 2010/10 : 13p., graph., tabl.
Cote Irdes : en ligne
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/a54611edc3228d75cdb8e6c77f4c9806.pdf

Ce document montre, qu'en 2009, la croissance du marché des médicaments a été modérée : en chiffre d'affaires, les spécialités remboursables vendues aux officines ont progressé de 1,3 %, les spécialités non remboursables vendues aux officines de +0,7 %, seul le marché hospitalier a enregistré une forte progression : +7,4 % (ce taux de croissance est imputable à la vente de vaccins contre la grippe A (H1N1)). Si l'on fait abstraction des ventes de ces vaccins, le taux de croissance des ventes n'est plus que de 3,4 %. En unité, la croissance des ventes est de +2,5 %, le niveau atteint demeure inférieur à 2007. La baisse exceptionnelle en unités observée en 2008 était due aux déremboursements (connus pour leur effet modérateur sur les quantités consommées) et à la montée en charge des conditionnements de 3 mois (la vente d'un conditionnement trimestriel venant remplacer la vente de trois conditionnements mensuels). En 2009, la progression des conditionnements trimestriels au sein des classes s'est poursuivie. Par ailleurs, la croissance du marché des génériques a continué en 2009 : près d'un médicament remboursable sur 4 acheté en officine est un générique. Cette croissance s'explique par deux phénomènes : l'augmentation du taux de pénétration des génériques au sein de chaque groupe et un « effet de champ » lié à l'élargissement du répertoire. Concernant les médicaments orphelins, la croissance du marché se poursuit rapidement. On compte, en 2009, 41 spécialités, qui représen-

tent 2,2% des ventes en valeur de médicaments (seulement 1/10 millième des ventes en unité).

Médicaments antibiotiques Antibiotics

45499
RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris.
FRA

Bilan du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010.

Paris : DGS : 2010 : 86p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_du_plan_pour_preserver_l_efficacite_des_antibiotiques_2007-010.pdf

Dans le contexte de la multiplication des infections liées à des bactéries résistantes aux antibiotiques, le ministère chargé de la santé a élaboré un plan d'action pluriannuel 2001-2005 avec comme objectif de maîtriser et de rationaliser la prescription des antibiotiques. Ce plan, dont la mise en œuvre a démarré en 2001, s'appuie sur le Comité national de suivi du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques constitué par l'arrêté du 29 mars 2002 et renouvelé par l'arrêté du 19 décembre 2006. Le plan est mis en œuvre par la DGS (Direction générale de la santé) grâce au comité de suivi et à ses groupes de travail. Le Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010 a été mis en place pour poursuivre les actions déjà engagées et mettre en œuvre celles qui n'ont pas pu l'être au cours du plan de 2001. Ce nouveau plan s'organise autour de 7 axes, eux-mêmes déclinés en 22 fiches qui décrivent le plus précisément possible les actions à réaliser, certaines correspondant à la poursuite d'actions du plan 2001-2005, qu'elles aient été engagées ou non, d'autres étant à mettre en place : Les 7 axes sont les suivants : qualité des pratiques médicales, actions vers le grand public et les professionnels de la petite enfance, intégration de la politique antibiotique dans une gestion plus

globale du risque infectieux, spécificités de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements de santé ; mise en place du système d'information du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques ; communication et valorisation des actions et des résultats du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques ; recherche.

45389

OUVRAGE

BRIAND-MICHEL (Y.)

Une histoire de la résistance aux antibiotiques : à propos de six bactéries.

Paris : L'Harmattan : 2009 : 360p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4114

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=30103>

La résistance aux antibiotiques est apparue peu après la prescription de ces molécules. Cependant, dès l'aube du vingtième siècle, des médecins avaient mis en garde contre l'apparition de la résistance aux antibactériens de synthèse. Les bactéries pathogènes (pneumocoque, staphylocoque, entérocoque, colibacille...) mirent alors en œuvre des stratégies de résistance particulières. Cette histoire passionnante s'adresse aux étudiants, biologistes, vétérinaires, pharmaciens, médecins (4e de couverture).

Médicaments génériques
Generic pharmaceuticals

45353

DOCUMENT DE TRAVAIL

BERNDT (E.R.) , AITKEN (M.L.)

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

Brand Loyalty, Generic Entry and Price Competition in Pharmaceuticals in the Quarter Century After the 1984 Waxman-Hatch Legislation.

Fidélité aux marques, mise sur le marché des génériques et concurrence par les prix dans

l'industrie pharmaceutique un quart de siècle après la législation Waxman-Hatch de 1984.

NBER Working Paper ; 16431

Cambridge : NBER : 2010/10 : 27p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

www.nber.org/papers/w16431

The landmark Waxman-Hatch Act of 1984 represented a “grand compromise” legislation that sought to balance incentives for innovation by establishing finite periods of market exclusivity yet simultaneously providing access to lower cost generics expeditiously following patent expiration. Here we examine trends in the first quarter century since passage of the legislation, building on earlier work by Grabowski and Vernon [1992,1996] and Cook [1998]. The generic share of retail prescriptions in the U.S. has grown from 18.6% in 1984 to 74.5% in 2009, with a notable acceleration in recent years. This increase reflects increases in both the share of the total market potentially accessible by generics, and the generic efficiency rate – the latter frequently approaching 100%. Whereas in 1994, the generic price index fell from 100 to 80 in the 12 months following initial generic entry and by 24 months to 65, in 2009 the comparable generic price indexes are 68 and 27, respectively. Recent studies sponsored by the American Association of Retired Persons focus only on brand prices and ignore substitution to lower priced options following loss of patent protection. For the prescription drugs most commonly used by beneficiaries in Medicare Part D, the average price per prescription declined by 21.3% from 2006 to 2009, rather than increasing by 25-28% as reported by the AARP. Finally, we quantify changes over time in the average daily cost of pharmaceutical treatment in nine major therapy areas, encompassing the entire set of molecules within each therapy class, not simply the molecule whose patent has expired. Across all nine therapeutic areas, at 24 months post-generic entry, the weighted mean reduction in pharmaceutical treatment cost per patient is 35.1%.

45354

CONGRES, INTERNET

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

Roundtable on generic pharmaceuticals.

Table ronde sur les médicaments génériques.

Competition Policy Roundtables

Paris : OCDE : 2010 : 208p.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/46138891.pdf>

L'Organisation de coopération et de développement économiques a publié le rapport de sa table ronde 2009 sur les médicaments génériques qui a porté sur 5 principaux points : **l'importance** de la propriété intellectuelle pour une concurrence dynamique, les restrictions à la concurrence et au bien-être des consommateurs dans l'industrie des médicaments génériques, les études en cours sur la concurrence, les réformes législatives et réglementaires pour promouvoir la concurrence des génériques, les nouvelles formes de concurrence sur les marchés des génériques.

Pharmacie hospitalière
Hospital medicines supply

45311

RAPPORT , INTERNET

European Commission. Executive Agency for Health and Consumers. (E.A.H.C.). Bruxelles. BEL, Austrian Federal Ministry of Health. (B.M.G.). Vienne. AUT

PHIS (Pharmaceutical health information system) Hospital Pharma Report.

Rapport du projet PHIS sur le médicament à l'hôpital.

Vienne : OBIG : 2010 : 188p.

Cote Irdes : En ligne

http://phis.goeg.at/downloads/hospitalPharma/PHIS_Hospital%20Pharma_Report.pdf

Le projet PHIS (Pharmaceutical health information system) a pour objectif de collecter et mettre à disposition des informations sur les

politiques de médicament dans les pays européens (<http://phis.goeg.at>). Le rapport annuel de synthèse inclut les premiers résultats **d'une enquête sur les prix** de 12 produits dans 25 hôpitaux et 5 pays (Autriche, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République slovaque). **Bien que l'enquête ne soit pas représentative**, les résultats sont intéressants (la Norvège paye plusieurs produits moins cher que le Portugal, les producteurs se font concurrence pour vendre à **prix nul, etc...**).

45240

RAPPORT

DAHAN (M.), SAURET (J.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Paris : IGAS : 2010/07 : 115p.

Cote Irdes : C, B6928

http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104_000498/0000.pdf

La sécurisation du circuit du médicament (circuit de prise en charge thérapeutique et logistique) est une composante essentielle de la qualité des soins et représente aujourd'hui une préoccupation majeure pour les établissements de santé. Rédigé à la demande de la ministre de la santé et des sports, par lettre en date du 17 février 2010, ce rapport étudie le circuit du médicament à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), en analyse les forces et faiblesses et propose un plan d'actions dans une logique de sécurisation pour le patient.

Politique du médicament
Pharmaceutical policy

45296
OUVRAGE
SEITER (A.)

A practical approach to pharmaceutical policy.

Approche pratique de la politique du médicament.

Washington : The World Bank : 2010 : 215p., tabl., graph., fig., index
Cote Irdes : A4096

Pharmaceuticals are an essential component of health care. But for many people in low- and middle-income countries, access to the medicines they need to prevent or treat severe illnesses is limited. Typical problems are lack of availability, costs that exceed the individual's purchasing power or lack of competent "agents" – health workers that are well trained to give the correct advice on which medicines to take. Pharmaceutical policy is the part of health policy that aims at addressing these problems and increasing access to safe, effective and affordable medicines for all patients. There are many obstacles against achieving these goals. Such obstacles can arise from financial interests on the side of suppliers and health care providers, who may benefit from charging higher prices and issuing more prescriptions than might be justified from a clinical and economic viewpoint. Or from rogue suppliers trying to introduce low quality or counterfeit drugs into markets with less effective regulation. Also, corruption and ineffective bureaucracies sometimes interfere with well intended programs to offer access to essential medicines for the poor. This book offers policy makers a hands-on approach, tested in the World Bank's field work in many countries, for assessing the pharmaceutical sector, recognizing typical "patterns of dysfunction" and developing strategies to quickly deal with the most urgent problems while at the same time building a platform for sustainable long term policy. It offers examples from a variety of low- and middle income countries and provides practical

assessment tools for policy makers. The book ends with the author's outlook on future developments in this complex policy field (4e de couverture.)

Prescription
Drug prescription

45413
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
DALEN (D.M.) , SORISIO (E.) , STROM (S.)
Center for Economic Studies. Munich. DEU

Choosing Among Competing Blockbusters: Does the Identity of the Third-Party Payer Matter for Prescribing Doctors?

Choisir entre des poids lourds de l'industrie pharmaceutique : L'identité du tiers payeur influence-t-elle la prescription des médecins ?

Cesinfo Working Paper; 3227
Munich : Center for Economic Studies : 2010 : 25p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1699126

TNF-alpha inhibitors represent one of the most important areas of biopharmaceuticals by sales, with three blockbusters accounting for 8% of total pharmaceutical sale in Norway. With use of a unique natural policy experiment in Norway, this paper examines to what extent the identity of the third-party payer affects doctors' choice between the three available drugs. We are able to investigate to what extent the price responsiveness of prescription choices is affected when the identity of the third-party payer changes. The three dominating drugs in this market, Enbrel, Remicade, and Humira, are substitutes, but have had different and varying funding schemes - hospitals and the national insurance plan. We find that treatment choices are price responsive, and that the price response is considerably higher when the doctor's affiliated hospital covers the cost instead of a traditional fee-for-service insurance plan. When the doctors' hospitals are covering the cost of this treatment instead of

insurance the total cost of treatment is significantly reduced.

Recherche

R & D investment

45501

RAPPORT, INTERNET

GUEVARA (H.H.), TUBKE (A.), HERVAS (F.)
European Commission. Joint Research Centre.
Institute for Prospective Technological Studies.
Séville. SPA

The 2010 EU Industrial R&D Investment Scoreboard.

Tableau de bord 2010 de l'investissement en recherche et développement industrielle de l'Union européenne.

Scientific and Technical Research series
Luxembourg: Office des Publications de l'Union
Européenne : 2010 : 141p., tabl., fig., annexes
Cote Irdes : c, En ligne

http://iri.jrc.ec.europa.eu/research/docs/2010/SB2010_fi_nal_report.pdf

The 2010 "EU Industrial R&D Investment Scoreboard" presents information on the top 1000 EU companies and 1000 non EU companies investing in R&D in their latest reporting year. The Scoreboard includes data on R&D investment along with other economic and financial data from the last four financial years. The data for the **Scoreboard are taken from the companies' latest published accounts, i.e. the 2009 fiscal year accounts.** The global economic and financial crisis that started in 2008 and hit companies worldwide is fully reflected in the company accounts used for the 2010 Scoreboard. The report examines overall levels of R&D investment, the performance of the EU and non EU companies, and the main changes that took place last year. It comprises the performance of individual companies among the top R&D investors, in particular those with significant R&D growth and analyses the main indicators of the company data aggregated by industrial sectors and world regions respectively, with comparisons between the EU companies and their main competitors. A supplementary analysis

about the characterisation of the Scoreboard companies according to their age of foundation and how it correlates with their R&D is also included.

Régulation

Regulation

45094

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

KAISER (U.) , MENDEZ (S.J.) , RONDE (T.)
University of Copenhagen. Department of
Economics. Centre for Industrial Economics.
Copenhagen. DNK

Regulation of Pharmaceutical Prices : Evidence from a Reference Price Reform in Denmark

La régulation des prix des médicaments : évidence issue de la réforme du prix de référence au Danemark.

Centre for Industrial Economics Discussion Papers
Copenhagen : Centre for Industrial Economics :
2010/01 : 41p., tabl., annexes
Cote Irdes : En ligne
http://www.econ.ku.dk/cie/dp/dp_2010/2010-01.pdf/

On April 1, 2005, Denmark changed the way reference prices, a main determinant of reimbursements for pharmaceutical purchases, are calculated. The previous reference prices, which were based on average EU prices, were substituted to minimum domestic prices. Novel to the literature, we estimate the joint effects of this reform on prices and quantities. Prices decreased more than 26 percent due to the reform, which reduced patient and government expenditures by 3.0 percent and 5.6 percent, respectively, and producer revenues by 5.0 percent. The prices of expensive products decreased more than their cheaper counterparts, resulting in large differences in patient benefits from the reform.

Remboursement Reimbursement

46063

RAPPORT, INTERNET

LE POLAIN (M.), FRANKEN (M.),
KOOPMANSCHAP (M.), CLEEMPUT (I.)
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.).
Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des
Soins de Santé. Bruxelles. BEL

Les systèmes de remboursement des médicaments: comparaison internationale et recommandations aux décideurs.

Bruxelles : KCE : 2010/11 : 142p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=18729

Tous les systèmes de soins de santé ont au moins trois objectifs communs : la pérennité du système, l'équité et la qualité des soins. Mais les ressources disponibles sont limitées. Tous les systèmes doivent en conséquence faire des choix quant aux produits et services dont le coût peut être couvert par les deniers publics. Concrètement, des priorités doivent être établies en matière de remboursement, en tenant compte de tous les objectifs des systèmes de soins de santé. Les politiques de soins de santé, y compris les systèmes de remboursement des médicaments, sont développées pour trouver un équilibre socialement acceptable entre ces objectifs. La présente étude a pour but de décrire et d'évaluer, d'un regard critique, les processus décisionnels en matière de remboursement des médicaments, afin d'évaluer les atouts et les faiblesses des systèmes et de formuler des recommandations politiques générales. Notre analyse s'inscrit dans les limites du système actuel principalement dicté par l'offre, au sens où l'industrie pharmaceutique décide du produit qu'elle introduit sur le marché, à quel moment elle l'introduit et à quel prix. Explorer les opportunités de créer un système davantage orienté vers la demande, dans lequel les besoins sociétaux seraient au centre des stratégies de l'industrie, dépasse largement le cadre de ce travail (Résumé des auteurs).

Statines Statins

45357

RAPPORT, INTERNET

ROBERFROID (D.), DUBOIS (C.), VRIJENS (F.)
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.).
Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des
Soins de Santé. Bruxelles. BEL

Les statines en Belgique : évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement.

Bruxelles : KCE : 2010/11 : 61p., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=14844&CREF=18214

Compte tenu de l'importance clinique de la maladie cardio-vasculaire et du nombre énorme de bénéficiaires concernés, avec des retombées budgétaires importantes pour les finances publiques, les évolutions dans l'utilisation de ces médicaments doivent être documentées en temps utile pour orienter les politiques de santé. Ce rapport analyse les changements dans l'utilisation des statines au cours du temps (1997-2009) en Belgique et, notamment, l'influence des modifications des règles de remboursement introduites en 2004. En outre, des questions spécifiques intéressant les cliniciens et les politiques ont été abordées : Y-a-t-il une différence en termes d'utilisation des statines entre les patients en prévention primaire ou secondaire ? Quels sont les facteurs favorisant l'instauration d'une prévention secondaire après un épisode cardiovasculaire ? Qui sont les patients qui respectent le traitement prescrit et pendant combien de temps prennent-ils des statines ? Quels sont les déterminants du recours aux molécules les moins onéreuses ? Quelles sont les preuves de l'équivalence en termes d'efficacité et de sécurité cliniques des différentes molécules de statines ? Quel serait l'impact budgétaire d'une augmentation de la proportion des patients utilisant les molécules les moins onéreuses ?

Technologie et informatique médicales Medical technologies and informatics

Dossier médical personnel *Medical record*

45498

NOTE, INTERNET

NGOUYOMBO (B.)

Institut Montaigne. Paris. FRA

Réussir le DMP.

Paris : Institut Montaigne : 2010/11 : 8p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leciss.org/publications.html>

Le dossier médical personnel (DMP) est défini par le ministère de la Santé comme : « un ensemble de services permettant aux patients et aux professionnels de santé autorisés par celui-ci de partager, sous forme électronique, des informations de santé jugées utiles et pertinentes pour améliorer la prévention, la continuité, la coordination et la qualité des soins. Personnel et partagé, il est accessible en tout point du territoire et à tout moment ». Introduit par la loi du 13 août 2004, le DMP aurait dû être mis en place en 2007, il y a trois ans déjà. Après de nombreux écueils, les autorités ont délaissé le projet alors que fleurissaient des initiatives locales innovantes. En avril 2009, le ministère de la Santé annonce une relance du DMP en promettant le déploiement d'une première version nationale avant fin 2010. Meilleure coordination des soins, maîtrise des dépenses, accès facilité à l'ensemble des informations concernant les patients... Les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du DMP ont été à la hauteur des enjeux.

Innovations médicales *Medical innovations*

46024

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. (S.N.I.T.E.M.). Courbevoie. FRA

Résultats de questionnaire. Technologies médicales : quels regards des patients et des médecins sur l'innovation.

Courbevoie : Snitem : 2010 : 7p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/Rapport-enquete-RPM2-snitem.pdf>

Ce questionnaire a été réalisé par le Snational de l'industrie des technologies médicales au mois de novembre 2010 auprès d'acteurs de santé renommés : médecins, présidents de sociétés savantes et présidents d'associations de patients, réunis lors des deuxièmes Rencontres du progrès médical (RPM2) du 30 novembre 2010. Ces derniers ont été interrogés sur l'apport des technologies médicales à la prise en charge de maladies qui représentent des enjeux de santé publique importants : maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, cancer, maladies neurologiques (en particulier la maladie de Parkinson), insuffisance rénale chronique.

Radiothérapie Radiotherapy

45948

RAPPORT

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

Observatoire nationale de la radiothérapie. Rapport d'enquête : situation fin 2009 et évolution depuis 2006.

Paris : INCA : 2010 : 98p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

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

Ce rapport d'enquête présente l'évolution, entre 2006 et 2009, des équipements et de l'activité des ressources humaines dans les centres de radiothérapie. S'inscrivant dans le cadre du plan cancer 2009-2013, il relève notamment une augmentation de 5% du nombre de machines entre 2006 et 2009, augmentation s'accompagnant d'une modernisation des accélérateurs. La proportion de centres disposant d'un accès au scanner a quant à elle atteint 70% des centres en 2009. Concernant les ressources humaines, les effectifs de radiothérapeutes et de radiophysiciens ont augmenté de près de 20% depuis 2007. Par ailleurs, le rapport dresse un bilan positif d'amélioration des pratiques, à l'appui d'indicateurs de qualité et de sécurité, basés notamment sur les critères d'agrément en radiothérapie.

Sécurité des données Personal data security

45275

RAPPORT, INTERNET

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (C.N.I.L.). Paris. FRA

La sécurité des données personnelles.

Paris : CNIL : 2010 : 44p., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/Guide_securite%20VD.pdf

L'utilisation croissante de moyens informatiques dans la gestion des organismes conduit à accroître le nombre de données personnelles qu'ils collectent, utilisent et conservent. Or, la loi « informatique et libertés » impose aux responsables de fichiers de garantir la sécurité de ces données personnelles. Les menaces qui pèsent sur les systèmes et réseaux d'information sont nombreuses : fraude informatique, détournement de finalité, captation frauduleuse, perte de données, vandalisme, ou encore sinistres plus fréquents, tels que les incendies ou les inondations. La sécurité se conçoit pour l'ensemble des processus relatifs à ces données, qu'il s'agisse de leur création, leur utilisation, leur sauvegarde, leur archivage ou leur destruction. Elle concerne leur confidentialité, leur intégrité, leur authenticité et leur disponibilité. La mise en place d'une politique de sécurité passe, avant tout, par l'évaluation des risques. Ces risques sont nombreux : diffusion d'informations confidentielles, falsification, usurpation d'identité ou perte accidentelle de données personnelles, etc... Ce guide, comprenant 17 fiches thématiques, s'adresse aux personnes dotées d'une culture informatique - administrateur système, développeur, responsable de la sécurité des systèmes d'information, ou utilisateur - souhaitant évaluer le niveau de sécurité dont doit bénéficier tout traitement de données à caractère personnel. Enfin, pour inciter les responsables de traitement à faire le point sur le niveau de sécurité des données personnelles dans leur organisme, le site de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) propose un questionnaire permettant d'évaluer les mesures prises et celles restant à prendre afin de mieux protéger les données.

Systèmes de santé étrangers / Foreign health care systems

Angleterre England

45419
RAPPORT

BANKS (J.) / éd., LESSOF (C.) / éd., NAZROO (J.) / éd. et al.
MARMOT (M.) / préf.
Institute for Fiscal Studies. (I.F.S.). London. GBR

Financial circumstances, health and well-being of the older population in England : The 2008 English Longitudinal Study on Ageing (Wave 4).

Conditions financières, santé et bien-être de la population âgée en Angleterre : Etude longitudinale anglaise sur le vieillissement 2008 (4e vague).

Londres : Institute of Fiscal Studies : 2010 : 428p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : B6944
http://www.ifs.org.uk/elsa/report10/elsa_w4-1.pdf

The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) was set up with both research and policy as central objectives. With ageing of the population now a global phenomenon, it is of utmost importance to understand the health, well-being and the economic and social circumstances of older people. The longitudinal nature of ELSA provides researchers with increasing opportunities to determine how to put people on trajectories of economically secure older life, with good health, well-being and social engagement. The answers to these research questions will be fundamental to the development of policy. Participants in ELSA are interviewed every two years. After each wave we produce a report which provides insight into the data collected. The previous report, produced after wave 3, was based on data collected in 2006-07 and examined several themes, including contributing to society through paid work, material well-being, health and quality of life. It highlighted the contribution of respondents' expectations, physical health and pension provision as well as, where relevant, partners' employment status, to ongoing employment in this cohort of over-50-year-olds. It showed that

wealth was increasing in the over-50s, largely due to increasing housing wealth (growing house prices) with only small increases in non-housing wealth (financial and physical wealth but not pension wealth). Findings in that report also showed that being single, having a low level of pension provision and being out of the labour force were related to income poverty but that reaching state pension age was not, of itself, a driver of poverty of income. Income poverty is one of the possible consequences of low-level pension provision and being out of the labour force. Lower quality of life is another, since lower quality of life was found among those who were poorer as well as those who lived alone or had poor physical health.

45271
FASCICULE

The Nuffield Trust. Londres. GBR

The Coalition Government's NHS reforms: an assessment of the White Paper.

Les réformes du NHS par la coalition gouvernementale : une évaluation du Livre Blanc.

Londres : The Nuffield Trust : 2010/08 : 5p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/detail.aspx?id=145&PRid=720>

The NHS is facing a major financial challenge. Official NHS sources suggest that, to meet rising demand, there will be a funding shortfall between 2011 and 2014 of £15 to £20bn. The Coalition Government has revealed its plans for reforming the NHS in England in the White Paper Equity and Excellence: Liberating the NHS. This briefing outlines the main features of the proposed reforms and assesses whether they are fit for purpose. The White Paper outlines a number of key reforms, including: giving groups of GP practices 'real' budgets to buy care; abolishing all PCTs and SHAs, and creating a new NHS Commissioning Board; scrapping performance targets, including waiting times and transforming Monitor into an economic regulator. The Nuffield

Trust briefing concludes that the reforms are substantial and will result in fundamental changes to the organisation and delivery of care to patients in the NHS in England. While the briefing supports the overall direction of travel, it warns that the reforms will require significant management expertise to implement smoothly. In particular, GP commissioning consortia will need support in several areas. The briefing warns that the emphasis on competition, patient choice, contracting and public reporting of outcomes to achieve better quality care is risky, particularly given that they will occur at a time when the NHS faces sustained financial challenges, upheaval and cuts in management, and arms-length bodies are merged or abolished.

Australie
Australia

45104
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
GALLEGO (G.), HAAS (M.R.), HALL (J.P), VINEY (R.C.)
University of Technology. Centre for Health Economics Research and Evaluation.
(C.H.E.R.E.). Sidney. AUS

Reducing the use of ineffective health care interventions

Réduction dans l'utilisation d'interventions inefficaces en santé.

Sydney : Centre for Health Economics Research and Evaluation : 2010 : 36p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2010_5.pdf

This report covers international and Australian models for reducing the use of ineffective interventions, also described as disinvestment. Disinvestment is a development of Health Technology Assessment (HTA). Conventionally HTA has focussed on the introduction of new technologies. Although medical technology is advancing rapidly, there remain very many technologies in use which have not been subject to

formal HTA. This has stimulated a growing interest in disinvestment.

Canada
Canada

45477
DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
FERNANDES (N.), SPENCER (B.G.)
McMaster University. Research Institute for Quantitative Studies on Economics and Population. (Q.S.E.P.). Hamilton ON. CAN

The Private Cost of Long-Term Care in Canada: Where You Live Matters

Les coûts privés des soins de longue durée au Canada : votre lieu de vie a de l'importance.

Hamilton : McMaster University : 2010 : 307-316p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://socserv.mcmaster.ca/qsep/p/qsep443.pdf>

Canadians expect the same access to health care whether they are rich or poor, and wherever they live, often without direct charge at the point of service. However, we find that the private cost of long-term care differs greatly across the country, and within provinces, we find substantial variation, depending on income level, marital status, and, in Quebec alone, on assets owned. A non-married person with average income would pay more than twice as much in the Atlantic provinces as in Quebec, while a couple with one in care would pay almost four times as much in Newfoundland as in Alberta.

45272
RAPPORT, INTERNET
Accreditation Canada. Ottawa ON. CAN

2010 Canadian Health Accreditation Report: Through the Lens of Qmentum - Exploring the Connection between Patient Safety and Quality of Worklife.

Rapport sur l'agrément des services de santé de 2010 : À travers la lentille de Qmentum - Étude de la relation entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients

Ottawa : Accreditation Canada : 19p.
Cote irdes : en ligne
<http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/2010-Canadian-Health-Accreditation-Report.pdf>

Ce rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010 fait une étude approfondie des relations qui existent entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients dans les organismes de santé. Le rapport se penche aussi sur les liens qui existent entre la façon dont les membres du personnel de soins de santé perçoivent le climat de travail et la culture de sécurité des patients dans leur organisme et la façon dont ces perceptions servent à cerner les problèmes de sécurité des patients.

45146
RAPPORT , INTERNET
Health Council of Canada. (H.C.C.), Conseil Canadien de Santé. (C.C.S.).

Decisions, Decisions: Family Doctors as Gatekeepers to Prescription Drugs and Diagnostic Imaging in Canada.

Décisions, décisions : les médecins de famille comme "médecins référents" pour la prescription de médicaments et d'actes d'imagerie au Canada.

Toronto : Conseil Canadien de Santé : 2010 : 65p., tabl., graph., fig.
Cote irdes : En ligne
http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/HSU/DecisionsHSU_Sept2010.pdf

This report calls for better management of prescription drugs and diagnostic imaging services in Canada. The report examines the increasingly complex role of family physicians and the effects of their **decisions on usage of Canada's health care services**. "Family physicians act as 'gatekeepers' and play a key role in ensuring that our health care services such as drugs, diagnostics, and specialist services are being used appropriately," says John G. Abbott, CEO, Health Council of Canada. "Given the host of factors that influence their decision-making, we can do more to assist family physicians in curbing the overuse of diagnostics and drugs, and make significant improvements in managing our health care system."

Etats-Unis
United States

44621
FASCICULE, INTERNET
AUERBACH (M.) , WRAY (L.R.)
Levy Economics Institute of Bard College.
Annandale-on-Hudson NY. USA

Toward True Health Care Reform- More Care, Less Insurance.

Vers une vraie réforme du système de santé : plus de soins, moins d'assurance.

Public Policy Brief; 110
Annandale-on-Hudson : Levy Economics Institute of Bard College. : 2010 : 20p., fig.
Cote irdes : En ligne
http://www.levyinstitute.org/pubs/ppb_110.pdf

The United States has the most expensive health care system in the world, yet its system produces inferior outcomes relative to those in other countries. This brief examines the health care reform debate, and argues that the basic structure of the health care system is unlikely to change, because "reform" measures actually promote the status quo. The authors believe that the fundamental problem facing the U.S. health care system is the unhealthy lifestyle of many Americans. They prefer to see a reduced role for private insurers and an increased role for government funding, along with greater public discussion of environmental and lifestyle factors. A Medicare buy-in ("public option") for people under 65 would provide more cost control (by competing with private insurance), help to solve the problem of treatment denial based on preexisting conditions, expand the risk pool of patients, and enhance the global competitiveness of U.S. corporations--thus bringing the U.S. health care system closer to the "ideal" low-cost, universal (single-payer) insurance plan.

46015

RAPPORT, INTERNET

TAKACH (M.), GAUTHIER (A.), SIMS-KASTELEIN (K.), KAYE (N.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA.
National Academy for State Health Policy.
Portland. USA

Strengthening primary and chronic care : state innovations to transform and link small practices.

Renforcer les soins primaires et les soins continus : innovations des Etats Fédéraux pour transformer et lier l'exercice des petits cabinets.

New York : The Commonwealth Fund : 2010 : 55p., fig.
Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2010/Dec/1459_Takach_state_innovations_transform_link_small_practices_v2.pdf

Federal and state governments play a significant role in strengthening the delivery of primary care; current efforts, however, have disproportionately been focused on large or multispecialty practices. This report examines the roles states are playing to reorganize the delivery of primary and chronic care to produce more efficient and effective care for patients and providers, particularly in small practices. Through short case studies developed via interviews with state officials and physicians in Colorado, Michigan, North Carolina, Oklahoma, Pennsylvania, and Vermont, the authors highlight several state-based initiatives that seek to create high-performing health systems by targeting local and regional strengths. Additionally, the authors identify five themes critical to enacting strategic delivery system reforms: leadership and the convening of stakeholders, payment incentives, support for infrastructure, information feedback and monitoring, and certification and recognition.

Japon

Japan

45542

RAPPORT

Ministry of Health - Labour and Welfare of Japan. (M.H.L.W.). Statistics and Information Department. Tokyo. JPN

Handbook of Health and Welfare Statistics 2009.

Manuel de statistiques sur la santé et la protection sociale 2009.

Tokyo : Ministry of Health, Labour and Welfare : 2010 : 319p., graph., tabl.

Cote Irdes : A4129

<http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/index.html>

Ce recueil statistique rassemble, pour l'année 2009, les données disponibles sur la population, l'état de santé, l'organisation des soins et la protection sociale au Japon.

Monde

World

45492

INTERNET, RAPPORT

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

Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle.

Genève : OMS : 2010 : 120p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B6950

http://www.who.int/whr/2010/whr10_fr.pdf

Une bonne santé est essentielle au bien-être humain et au développement économique et social durable. Les États membres de l'Organisation mondiale de la santé ont pour objectif de développer leurs systèmes de financement de la santé pour garantir à tous l'utilisation des services

de santé et la protection contre les difficultés financières associées à leur paiement. Dans ce rapport, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit les mesures que les pays peuvent prendre pour modifier leurs systèmes de financement afin **d'atteindre plus rapidement ce but** - une couverture universelle - et le maintenir une fois concrétisé. Il se base sur les nouvelles recherches et les leçons tirées de l'expérience des pays. Il fournit aux pays un calendrier d'actions à toutes les étapes du développement et propose à la communauté internationale des moyens lui permettant de mieux soutenir les efforts des pays à faible revenu dans leur objectif de mettre en **place la couverture universelle et d'améliorer les résultats sanitaires.**

Pays-Bas
Netherlands

45442

RAPPORT , INTERNET

WESTERT (G.P.) / éd. , VAN DER BERG (M.J.) / éd. , HEIJINK (R.) / éd.
National Institute for Public Health and the Environment. (R.I.V.M.). Bilthoven. NLD

Dutch Health Care Performance Report 2010

Rapport 2010 sur la performance du système de soins néerlandais.

Bilthoven : RIVM : 2010 : 270p., tabl., fig., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.gezondheidszorgbalans.nl/English-ditions/>

The overall quality-of-care ratings for 2008 were much like those in 2004 and 2006. On many indicators, the Netherlands compared well with other affluent Western nations. Uptake of preventative screenings was high. Rates of avoidable hospital admissions were low, pointing to a strong primary care and outpatient clinical care. In almost two thirds of cases, general practitioners prescribed medicines in conformity with professional guidelines. Dutch Health Care is accessible, delivers mostly good-quality care and many improvements have been made. In some

areas there is still room for improvement, such as poor telephone accessibility of GP practices during office hours.

45315

RAPPORT

SCHOFER (W.), KRONEMAN (M.), BOERMA (W.) et al.

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

Bureau Régional de l'Europe. Observatoire

Européen des Systèmes et des Politiques de Santé.

Copenhague. DNK

Health Systems in Transition (HIT) : The Netherlands.

Systèmes de santé en transition : Pays-Bas.

HIT ; vol 12 n° 1.

Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe :

2010 : 229p., 1 carte, graph., tabl.

Cote Irdes : Ac3228 (2010)

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf

Ce document fournit une description analytique et mise à jour du système de santé en transition (HiT) des Pays-Bas, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

Québec
Quebec

45532

RAPPORT

CAMIRAND (J.), DUGAS (L.), CARDIN (J.F.) et al.

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Montréal. CAN, Office des Personnes Handicapées du Québec. (O.P.H.Q.). Montréal. CAN

Vivre avec une incapacité au Québec : un portrait statistique à partir de l'enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006.

Montréal : ISQ : 2010 : 349p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : B6952

<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Novembre2010/25/c7716.html>

Au cours des dernières années, le gouvernement du Québec a clairement démontré sa volonté d'accroître la participation sociale des personnes handicapées. Dans ce contexte, l'Office des personnes handicapées du Québec et l'Institut de la statistique du Québec ont œuvré en étroite collaboration afin de documenter la situation des personnes handicapées au Québec. Cette étude aborde notamment une variété de thèmes permettant d'identifier les répercussions de l'incapacité chez les adultes et les enfants tels la situation socioéconomique, la participation sur le marché du travail, l'utilisation d'aides techniques, l'aménagement du logement, les besoins d'aide pour les activités quotidiennes et la discrimination. Elle met en lumière des améliorations appréciables, mais présente aussi des données préoccupantes qui démontrent l'importance de continuer le travail amorcé en vue d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer à la vie sociale et d'y participer pleinement. Elle est basée sur les données de l'enquête de Statistique.

Pays industrialisés
Industrialized countries

45269

FASCICULE

DIXON (J.), ALAKESON (V.)

The Nuffield Trust. Londres. GBR

Reforming health care: why we need to learn from international experience.

Réforme des soins de santé : pourquoi nous devons apprendre de l'expérience étrangère.

Londres : The Nuffield Trust : 2010/09 : 7p., fig.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/detail.aspx?id=145&PRid=735>

This paper provides an overview of system reform, using international examples, and highlights both how the health systems of countries at varying levels of economic development can benefit from adopting international good practice and the value of a truly global exchange on health system reform. It serves as a discussion document for an international summit analysing promising health reforms, hosted in partnership with Salzburg Global Seminar and the British Medical Journal, to be held in Salzburg, Austria on 7 to 12 November 2010.

Royaume-Uni
United Kingdom

45558

RAPPORT, INTERNET

DIXON (A.), ROBERTSON (R.), APPLEBY (J.) et al.

King's Fund Institute. Londres. GBR

Patient choice: How patients choose and how providers respond?

Choix des patients : Comment les patients choisissent-ils les producteurs de soins et comment ces derniers y répondent-ils ?

Londres : King's Fund Institute : 2010 : 215p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/patient-choice.html>

The policy of offering patients a choice in where they receive hospital treatment was intended to create competition between providers, encouraging efficiency and responsiveness to **patients' preferences** and ultimately to drive up the quality of care. So has the policy met those aims? Since January 2006, patients requiring a referral to a specialist have been entitled to a choice of four or five providers. And from April 2008 that choice has been extended to any eligible NHS or independent sector provider in England – so-called 'free choice'. **Patient choice: how patients choose and how providers respond** considers how choice of provider is operating in practice and its impact on hospital providers. More specifically, the report aims to answer the following questions. The study was conducted in four areas in England and included questionnaires sent to patients and interviews with patients, GPs and Providers. The results showed that choice was important to the majority of patients but just under half recalled being offered a choice. There were differences in patient, and GP and provider views on who thought choice was important, who was offered a choice and who chose to travel beyond their local hospital for treatment. Data from choices made in hypothetical and real situations showed that patients valued aspects of quality when choosing a hospital. However in practice, most patients chose to be treated by their local provider and few consulted published performance information on quality to help them choose, instead relying on **past experience and their GP's advice**. While the threat of patients choosing a different hospital led some providers to focus more on reputation, there was little evidence of direct competition for **patients' custom and choice has not so far acted** as a lever to improve quality. The information about how patient choice is working in practice will be invaluable to those seeking to implement the policy at national and local level.

45556

RAPPORT, INTERNET

GOODWIN (N.) ,NAYLOR (C.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

***Building high-quality commissioning :
What role can external organisations
play?***

***Construire une contractualisation de haute
qualité : Quel rôle peuvent jouer les
organisations externes ?***

Londres : King's Fund Institute : 2010 : 76p., tabl., fig.
Cote Irdes : En ligne

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/building.html>

Commissioning is expected to play a central role in meeting the challenges currently facing the NHS – developing better quality care and improving productivity. However, it is widely recognised that it has so far failed to become a major driver of improvement. In recognition of this, the Department of Health launched the world class commissioning programme in 2007. This provides commissioners with a vision of what best practice in commissioning looks like, and a set of organisational competencies which commissioners will need to develop if they are to achieve this vision. Since 2009 primary care trusts (PCTs) have been assessed against these competencies on an annual basis. Encouraged by government policy (in particular the framework for procuring external support for commissioners; FESC), NHS commissioners have increasingly turned to the independent sector for support with commissioning. The use of external support is now the norm among PCTs. The economic downturn presents a challenging environment for NHS commissioners seeking to invest in external support. The House of Commons Health Committee, among others, has expressed concern that the use of external support may not always provide value for money and that PCTs may not have the ability to use such support effectively. The primary aim of this research was to examine how external support is being used by PCTs and strategic health authorities (SHAs) and whether it is helping to develop more effective commissioning. The research was based on a mixture of qualitative and quantitative methods, including national surveys, focus groups and semi-structured interviews with people working in

PCTs, SHAs and organisations providing support to commissioners.

Suède
Sweden

45410

RAPPORT, INTERNET

Ministry of Health and Social Affairs. Stockholm. SWE

The future need for care. Results from the LEV project.

Le besoin futur en soins de santé. Résultats du projet LEV.

Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs :

2010 : 50p., fig., tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/15/36/57/d30b0968.pdf>

The proportion of elderly people in the population is expected to increase by 30 per cent between 2010 and 2050, according to the Statistics Sweden population forecast.¹ This means that a quarter of the population will be over the age of 65 in 2050. The elderly need elderly care but also more medical care than younger individuals. At the same time, the demographic trend means that there are more young and old people in relation to the number of working age population. It is therefore a challenge for society to be able to meet the future needs of the ageing population for health and elderly care. This has been described in many reports over the past 25–30 years. The proposals for solutions – apart from reduced public commitment, cuts and savings – have often related to new ways of funding health care and care for the elderly. Sharply increased charges and a switch to insurance systems or individual account saving have been proposed as possible ways of reducing the growing gap between needs and resources. This report presents some examples of what would be required in tax rises or increased charges at current unit costs for health and elderly care. A new way of funding health and elderly care does not, however, solve the

fundamental problems. This report therefore focuses on what options there are for changing the picture in the future through better health and more efficient services. The first step is, however, to illustrate the level of cost increases that can be expected. The results presented below are based on a micro-simulation model known as SESIM [1]. The model is used to study how trends in demographics, health, morbidity and mortality affects the future need for health care and care for the elderly. The result is summarised in this document. Another report is planned at the end of the year.

Suisse
Switzerland

46062

RAPPORT, INTERNET

ROTH (M.)

Observatoire Suisse de la Santé. (Obsan). Neuchâtel. CHE

Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007.

OBSAN Dossier 14

Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé.

(O.B.S.A.N.) : 2010 : 72p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publicationsdatenbank.html?publicationID=4216>

Le premier travail de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) ayant pour thème la démographie médicale avait montré un relatif équilibre entre l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires en 2004 (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007). De plus, l'évolution de l'offre ambulatoire entre 1998 et 2004 montrait un accroissement du nombre de prestataires et un effet limité de l'introduction en 2002 du gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). L'évolution future de l'offre et du recours en soins ambulatoires à l'horizon 2030 a fait l'objet d'une étude qui montrait un déséquilibre croissant à l'avenir pour la médecine de base (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008). Qu'en est-il

aujourd'hui ? L'Obsan a fait du suivi des données du domaine ambulatoire des soins une priorité et a souhaité poursuivre les travaux entrepris en 2005 afin d'observer de manière constante l'évolution de l'offre et du recours. L'objectif de ce travail consiste à décrire, de manière détaillée l'évolution de l'offre et du recours aux soins dans les cabinets médicaux entre 2005 et 2007, à un échelon régional, pour cinq catégories de prestataires. L'offre de soins ambulatoires est également comparée aux travaux précédents, ce qui permet de suivre son évolution entre 1998 et 2007.

European health care systems are not particularly hit by retrenchment and convergence is absent in key health care dimensions, namely coverage, financing and provision. The empirical analysis is based on institutional indicators rather than expenditure levels. We utilize OECD Health Data and provide both a descriptive analysis and multi-level regressions.

Union européenne
European Union

45348

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

MONTANARI (I.), NELSON (K.)

Institute for Futures studies. Stockholm. SWE

***Health Care Developments in EU
Member States: Regressing Trends and
Institutional Similarity ?***

*Les développements en matière de soins de
santé dans les pays membres de l'Union
européenne : tendances à la régression et
similarité institutionnelles ?*

Working paper; 2010: 7

Stockolm : Institute for futures studies : 2010/10 : 39p.,
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20100823\\$093911\\$fil\\$2TBDIo1as8rnwh2WkS3W.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20100823$093911$fil$2TBDIo1as8rnwh2WkS3W.pdf)

Due to various structural pressures predictions of retrenchment and conformity of social policies have been legion, both in terms of expenditure and institutional set-up. Recent research has focused on changes in cash benefits. Comparative analyses of changes in services, the other pillar of social policy, have however so far been limited to a few countries. The purpose of this paper is to perform a diachronical cross-national analysis of health care services. We thus raise questions of decline and convergence of European health care systems. Contrary to previous claims we find that

Prévision - Evaluation / Prevision - Evaluation

Evaluation d'impact Impact evaluation

45300

OUVRAGE

KHANDKER (S.R.), KOOLWAL (G.B.), SAMAD (H.A.)

Handbook on impact evaluation : quantitative methods and practices.

*Manuel sur l'évaluation d'impact en santé :
méthodes quantitatives et pratiques.*

Washington : The World Bank : 2010 : 239p., tabl.,
graph., index

Cote Irdes : A4098

<http://www.amazon.com/Handbook-Impact-Evaluation-Quantitative-Practices/dp/0821380281>

The 'Handbook on Impact Evaluation' provides a practical and comprehensive overview of the latest impact evaluation methods for public programs, targeted towards researchers as well as policy makers. This book bridges the latest econometric research on impact evaluation with the field experience of program officials and evaluators. The authors outline and discuss econometric methods for designing and evaluating programs; these include experimental and nonexperimental approaches, as well as methods for examining distributional and structural impacts of programs. Discussions and recent case studies are presented for each chapter that draw on the practical experience of program officials and researchers in implementing different initiatives including policies on schooling, microfinance, health, and infrastructure. For researchers interested in learning how to use these models with statistical software, the Handbook also provides STATA exercises in the context of evaluating major microcredit programs in Bangladesh, such as the Grameen Bank. The 'Handbook' can be used in upper-level undergraduate policy and economics courses and in graduate policy courses, as well as a supplemental text in graduate development economics courses. The 'Handbook' will be useful for students, researchers, and policy makers (4e de couverture.).

Presse médicale Medical journals

45956

NOTE

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

Critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française

Saint-Denis : HAS : 2010 : 9p.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1018620/criteres-de-qualite-des-revues-et-journaux-de-la-presse-medica-francaise-note-de-cadrage

La HAS est chargée d'informer les professionnels de santé et le grand public et de définir des démarches qualité pour des moyens **d'information, qu'il s'agisse des logiciels d'aide à la prescription, de sites internet ou de la visite médicale.** Dans ce cadre, elle souhaite définir des critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française, réfléchir avec les institutions concernées à leur utilisation, afin de **contribuer à l'amélioration de la presse proposée aux professionnels de santé.** Son objectif est **d'élaborer des critères de qualité de la presse médicale (portant par exemple sur les déclarations d'intérêt, l'identification claire de la publicité, le fonctionnement des comités de lecture et les procédures de relecture), étudier les conditions dans lesquelles le respect de ces critères peut être reconnu par les pouvoirs publics dans un objectif d'amélioration de la qualité. La construction des critères qualité s'appuiera sur les expériences acquises, sur une recherche bibliographique internationale, sur la possibilité de mesurer le respect des critères.** La réflexion sur les critères pourra envisager les axes thématiques suivants : les caractéristiques de la diffusion, la place de la **publicité, l'information sur les sources de financement, l'information sur les annonceurs**, la publicité rédactionnelle, les comités de lecture et les procédures de relecture, les **déclarations des liens d'intérêt des comités de rédaction/scientifique/de lecture, la bibliographie,**

les signatures et la déclaration des liens d'intérêts des auteurs d'articles,... Un groupe projet fera un travail préparatoire. Celui-ci impliquera notamment des discussions avec les acteurs concernés (éditeurs, responsables de rédaction, lecteurs...) (Résumé de l'éditeur).

Régimes amaigrissants

Diet

45587

RAPPORT, INTERNET

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

Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective

Maisons-Alfort : ANSES : 2010 : 158p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.afssa.fr/Documents/NUT2009sa0099.pdf>

L'objectif est de mener une évaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante, c'est-à-dire d'évaluer les risques qui peuvent être associés, sur la base d'une expertise scientifique collective et contradictoire, aux caractéristiques propres aux différents régimes alimentaires étudiés, pendant leurs différentes phases, indépendamment de la situation individuelle de la personne qui suit le régime. Il ne s'agit donc pas d'un travail de type bénéfice-risque en fonction de la situation de chacun, ni d'une prise de position sur l'opportunité (besoin ou non) de suivre un régime car cette notion est subjective et dépendante de caractéristiques physiologiques, pathologiques, psychologiques et sociales qui ne peuvent pas être prises en compte dans cette évaluation. Les risques seront évalués dans le cadre des grandes catégories de régimes pour lesquelles des données scientifiques pertinentes sont disponibles. Ce travail est destiné à fournir des bases scientifiques aux actions qui pourraient être proposées par les pouvoirs publics dans le cadre du futur PNNS (Programme national santé nutrition) 3, dans un contexte de fort déve-

loppement des pratiques de régimes alimentaires lié à l'accroissement de la population en surpoids ou en situation d'obésité, mais aussi à une tendance sociétale de recherche de la minceur, tendance accentuée par l'ampleur des opérations marketing de promotion de ces différents régimes. Le but poursuivi est ainsi de donner en toute transparence des repères objectifs pour mieux identifier les éventuelles conséquences néfastes de telles ou telles pratiques, en vue d'une meilleure politique de prévention dans le cadre du futur PNNS 3 (Tiré de l'introduction).

Risque moral

Moral hazard

46061

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

BHATTACHARYA (J.) , PACKALEN (M.)

University of Waterloo. Department of

Economics. Waterloo. ON. CAN

The Other Ex-Ante Moral Hazard in Health.

L'autre hasard moral ex-ante en santé.

Waterloo : University of Waterloo. Department of economics : 2010/12 : 40p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://economics.uwaterloo.ca/documents/10-015MP.pdf>

It is well known that pooled insurance coverage can induce a form of ex-ante moral hazard: people make inefficiently low investments in self-protective activities. This paper identifies another ex-ante moral hazard that runs in the opposite direction: it causes people to choose inefficiently high levels of self-protection. This other ex-ante moral hazard arises through the impact that self-protective activities have on the reward for innovation. Lower levels of self-protection and the associated chronic conditions and behavioral patterns such as obesity, smoking, and malnutrition increase the incidence of many diseases for an individual. This increases the individual's consumption of treatments to those diseases, which increases the reward for

innovation that an innovator receives. By the induced innovation hypothesis, which has broad empirical support, the increase in the reward for innovation in turn increases the rate of innovation, which benefits all consumers. As individuals do not take these positive externalities on the innovator and other consumers into account when deciding the level of self-protective activities, they each invest an inefficiently high level in self-protective activities. In the quantitative part of our analysis we show that for obesity the magnitude of this positive innovation externality roughly coincides with the magnitude of the negative Medicare-induced health insurance externality of obesity. The other ex-ante moral hazard that we identify can thus be as important as the ex-ante moral hazard that has been a central concept in health economics for decades. The quantitative finding also implies that the current Medicare-induced subsidy for obesity is approximately optimal. Thus the presence of this obesity subsidy is not a sufficient rationale for "soda taxes", "fat taxes" or other penalties on obesity.

Méthodologie - Statistique / Methodologies - Statistics

Modèles

Models

45528

OUVRAGE

GUERMOND (Y.) / dir.

Modélisation en géographie : déterminismes et complexités.

Paris : Hermès : Paris : Lavoisier : 2005 : 391p., tabl.,
graph., fig., carte, index

Cote Irdes : A4125

<http://www.lavoisier.fr/notice/fr2746211320.html>

Cet ouvrage est issu des travaux de l'équipe CNRS « Modélisation et Traitement Graphique en Géographie » (MTG). Pour le vingtième anniversaire de l'équipe, il propose une réflexion d'étape sur la confrontation de la recherche avec le travail concret qui est demandé aux géographes dans la gestion du territoire, et, à partir de là, sur les nouveaux horizons ouverts par l'évolution des techniques informatiques. Les modèles de simulation fondés sur les automates cellulaires et les systèmes multi-agents mettent sur la voie de nouvelles méthodes d'investigation de la complexité des systèmes spatiaux, en fournissant le moyen de pratiquer, comme dans d'autres sciences, une vérification expérimentale des hypothèses avancées. Ils nous poussent ainsi à repenser nos objets d'étude et à poser un regard neuf sur les phénomènes sociaux.

45965

OUVRAGE

WEST (B.T.), WELCH (K.B.), GALECKI (A.T.)

Linear mixed models : a practical guide using statistical software.

*Modèles linéaires mixtes : un guide pratique à
l'usage des logiciels de statistique.*

Boca Raton : Chapman & Hall : : 19p-353p., index

Cote Irdes : Ug12

Simplifying the often confusing array of software programs for fitting linear mixed models (LMMs), Linear Mixed Models: A Practical Guide Using Statistical Software provides a basic introduc-

tion to primary concepts, notation, software implementation, model interpretation, and visualization of clustered and longitudinal data. This easy-to-navigate reference details the use of procedures for fitting LMMs in five popular statistical software packages: SAS, SPSS, Stata, R/S-plus, and HLM. The authors introduce basic theoretical concepts, present a heuristic approach to fitting LMMs based on both general and hierarchical model specifications, develop the model-building process step-by-step, and demonstrate the estimation, testing, and interpretation of fixed-effect parameters and covariance parameters associated with random effects. These concepts are illustrated through examples using real-world data sets that enable comparisons of model fitting options and results across the software procedures. The book also gives an overview of important options and **features available in each procedure (D'après le 4e de couverture).**

Score de propension

Propensity score

45411

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

HUBER (M.) , LECHNER (M.) , WUNSCH (G.)
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn.
DEU

How to Control for Many Covariates? Reliable Estimators Based on the Propensity Score.

*Comment contrôler plusieurs covariables ?
Estimateurs fiables basés sur le score de
propension.*

IZA Discussion Paper : 5268

Bonn : IZA : 2010 : 61p., tabl., annexes

Cote Irdes : c, En ligne

<http://ftp.iza.org/dp5268.pdf>

We investigate the finite sample properties of a large number of estimators for the average treatment effect on the treated that are suitable

when adjustment for observable covariates is required, like inverse probability weighting, kernel and other variants of matching, as well as different parametric models. The simulation design used is based on real data usually employed for the evaluation of labour market programmes in Germany. We vary several dimensions of the design that are of practical importance, like sample size, the type of the outcome variable, and aspects of the selection process. We find that trimming individual observations with too much weight as well as the choice of tuning parameters is important for all estimators. The key conclusion from our simulations is that a particular radius matching estimator combined with regression performs best overall, in particular when robustness to misspecifications of the propensity score is considered an important property.

The purpose of the CASM II seminar and this book is to reflect on and evaluate past work, to demonstrate the exciting potential of focussed interdisciplinary research, and to stimulate creativity, thoughtfulness, and innovation for the future. Nationally and internationally known researchers from the United States have contributed to this book and they have to be congratulated for making the book informative and readable. (JASA, March 2001)

45981

OUVRAGE

SCHWARZ (N.) / éd., SUDMAN (S.) / éd.

Answering questions : methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research.

Répondre aux questions : méthodologie permettant de déterminer les processus cognitifs et de communication dans la recherche par enquête.

San Francisco : Jossey-Bass Publishers : 1996 : 9p.-
469p., index
Cote Irdes : A4133

In Answering Questions, the authors present a summary of the latest research on the techniques and methods used for uncovering the cognitive and communicative processes used in answering survey questions. Those in the fields of social and behavioral science, survey and marketing research, personnel and program evaluation, psychological and educational testing, and a variety of other fields will find this a practical, useful resource.

Techniques d'enquête

Survey techniques

46034

OUVRAGE

SIRKEN (M.G.) / éd., HERRMANN (D.J.) / éd.,
SCHECHTER (S.) / éd., TANUR (J.M.) / éd.,
TOURANGEAU (R.) / éd.

Cognition and survey research.

Recherche sur les méthodes utilisant la fonction cognitive dans les enquêtes.

New York : John Wiley & Sons : : 14p.-395p., graph.,
fig., index
Cote Irdes : A4135

If you are interested in cognitive methods for improving the quality of data collected in surveys, then this book is for you. This book describes the frontiers of research on the cognitive aspects of survey methodology (CASM). It is an outcome of the Second Advanced Research Seminar in the Cognitive Aspects of Survey Methodology (CASM II). The book as a unique style. Four out of the six coeditors of this book, who organized the plenary sessions of the CASM II Seminar, edited four sections of the book (Chapters 2-22). The remaining editors contributed the first chapter.

Test de causalité
Causality test

45259

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

AMIRI (A.), VENTELOU (B.)

Groupe de Recherche en Economie
Quantitative d'Aix-Marseille. (G.R.E.Q.A.M.). Aix-
Marseille. FRA

***Causality test between health care
expenditure and GDP in US: comparing
periods.***

*Test de causalité entre les dépenses de soins de
santé et le PIB aux Etats-Unis : comparer les
périodes.*

Document de Travail du GREQAM; n°2010-29

Marseille : GREQAM : 2010/06 : (7p.)

Cote Irdes : en ligne

[http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/52/03/26/
PDF/DTGREQAM2010-29.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/52/03/26/PDF/DTGREQAM2010-29.pdf)

In the literature dedicated to the “health as a luxury good” question, health care expenditure (HCE) is hypothesized to be a function of GDP without considering any other relationships. In this paper, we argue that this could be a bilateral relationship: good health is considered as an input of the macroeconomic production function, stimulating the GDP. A modified version of the Granger (1969) causality test proposed by Toda and Yamamoto (1995) is investigated between GDP per capita and HCE per capita in United States for comparing the periods of 1965-1984, 1975-1994, 1985-2004 and 1965-2004. Results show these three periods have different causal relationships. At the beginning for 1965-1984, there exists a bilateral relationship. For the following period, there is a unidirectional relationship from HCE to GDP, and for the 1985-2004, a unidirectional GDP-HCE is significant. From the start to end of periods (1965-2004), a unidirectional relation from HCE to GDP is existed.

Démographie – Modes de vie Demography – Living conditions

Espérance de vie Life expectancy

44617
FASCICULE, INTERNET
CORSINI (V.)
Eurostat. Luxembourg. LUX

Les hommes et femmes ayant un haut niveau d'éducation ont des chances de vivre plus longtemps.

Luxembourg : Osce : 2010 : 3p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-024/EN/KS-SF-10-024-EN.PDF

L'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction est un indicateur très important des inégalités socio-économiques en matière de santé. Sur la base des données disponibles pour une sélection d'États membres de l'Union européenne et la Norvège, on peut observer une relation systématique entre le niveau d'instruction et la mortalité : à tout âge, l'espérance de vie est moins élevée chez les personnes ayant le niveau d'instruction le plus bas et s'accroît en fonction du niveau d'instruction. On constate de grandes différences dans l'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction parmi les États membres. En outre, ces différences sont plus prononcées pour les hommes que pour les femmes.

Etudes sociologiques Sociological studies

45383
OUVRAGE
FASSIN (D.) / éd.

Les nouvelles frontières de la société française.

Paris : La Découverte : 2010 : 594p.
Cote Irdes : A4109

Au cours des dernières décennies, les frontières du territoire français se sont refermées pour celles et ceux, désormais indésirables, en provenance des pays non communautaires, qu'ils soient travailleurs, étudiants, demandeurs d'asile, enfants ou conjoints d'étrangers. Mais parallèlement à ce phénomène d'autant plus manifeste qu'il est devenu objet de surenchère politique, d'autres frontières moins visibles se sont constituées à l'intérieur de l'espace national. Raciales, ethniques ou religieuses, elles définissent des lignes de partage que la reconnaissance tardive des discriminations et la montée de revendications minoritaires ne permettent plus d'ignorer. Longtemps pensées séparément, les unes à travers la « question immigrée », les autres en termes de « racialisation », ces frontières extérieures et intérieures sont étroitement liées, tant dans les histoires familiales que dans les discours publics. Résultat de quatre années d'enquêtes menées par une équipe de sociologues, anthropologues, historiens, politistes, juristes, psychiatres et psychanalystes, cet ouvrage met au jour les transformations contemporaines des identités et des altérités dans la société française (Résumé de l'éditeur).

Portrait social de l'Insee Social landscape of France

45572
OUVRAGE
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

France, portrait social. Edition 2010.

Paris : Insee : 2010/11 : 306p.
Cote Irdes : A4130
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FPORSOC10A

« France, portrait social » s'adresse à tous ceux qui souhaitent mieux connaître la société

française. La vue d'ensemble présente le bilan des évolutions économiques et sociales de l'année écoulée. Elle dresse le portrait de la population en matière de démographie et d'éducation, décrit les disparités et évolutions de salaires et de niveaux de vie et dépeint les conditions de vie. Elle est complétée par une trentaine de fiches qui commentent les chiffres essentiels et intègrent des comparaisons européennes. Les trois dossiers de cette édition 2010 apportent en outre un éclairage particulier sur la situation d'emploi des Français descendants d'immigrés, l'évolution sur vingt ans de la facture énergétique des ménages et les inégalités face au coût du logement (Résumé d'auteur).

intérêt particulier aux populations qui peuvent rencontrer des obstacles dans leurs trajectoires du fait de leur origine ou de leur apparence physique (immigrés, descendants d'immigrés, personnes originaires des Départements d'Outre-Mer (DOM) et leurs descendants).

Trajectoires sociales
Social mobility

45345

DOCUMENT DE TRAVAIL

BEAUCHEMIN (C.) / coord., HAMEL (C.) / coord.,
SIMON (P.) / coord.

Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France. Premiers Résultats.

Document de travail; 168

Paris : Ined : 2010 : 144p., tabl., fig., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/documents_travail/

L'enquête TeO (Trajectoires et Origines) vise à identifier l'impact des origines sur les conditions de vie et les trajectoires sociales, tout en prenant en considération les autres caractéristiques socio-démographiques que sont le milieu social, le quartier, l'âge, la génération, le sexe, le niveau d'études. Les questions d'intégration et de discrimination occupent une place importante dans les débats publics. Mais aujourd'hui la France manque encore de statistiques nationales permettant d'étudier ces phénomènes. L'enquête TeO est conçue pour combler ces lacunes. TeO s'intéresse à toutes les populations vivant en France métropolitaine, à leurs conditions de vie actuelles et à leurs parcours. L'enquête porte cependant un

Économie générale / Economy

Brevets Patents

45570
RAPPORT

GUELLEC (D.), MADIES (T.), PRAGER (J.C.), AGHION (P.), JOUINI (E.), BAUDRY (M.), BRYDEN (A.), CAILLAUD (F.), LALLEMENT (R.), OLLIVIER (P.), PERROT (A.), YVRANDE-BILLON (A.)
Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA

Les marchés de brevets dans l'économie de la connaissance.

Paris : La documentation française : 2010/11 : 255p.
Cote Irdes : P117
http://www.cae.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_brevets_CAE.pdf

Ce rapport porte sur le rôle que pourraient jouer des mécanismes marchands de coordination dans **le développement de l'économie de la connaissance**. Il traite des enjeux des marchés de brevets, mais aussi des limites à leur bon fonctionnement, et plaide pour une approche positive et offensive de la question par les pouvoirs publics tenant compte des incertitudes et des risques. Les marchés de brevets sont **l'un des champs dans lesquels se joue la place de la France dans l'économie mondiale du savoir et ils méritent à ce titre une attention réelle et suivie de la part des décideurs publics**. Les auteurs font douze recommandations portant sur la qualité juridique des droits de propriétés intellectuelles, la création **de fonds publics de brevets d'envergure européenne, le développement d'intermédiaires dans l'économie de la connaissance, le soutien à l'accès des PME (Petites et moyennes entreprises) à la connaissance, le développement de place d'enchères de brevets et de licences, le développement potentiel de produits financiers assis sur des brevets, ...** Ce rapport a été présenté à Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le 28 juillet 2010 (Résumé d'auteur).

Chercheurs Research worker

45286
OUVRAGE

Conseil Supérieur de la Recherche et de la Technologie. (C.S.R.T.). Paris. FRA

Jeunes chercheurs et jeunes enseignants-chercheurs : statut et conditions de travail.

Paris : La documentation française : 2007 : 191p.
Cote Irdes : A4118

Dans le cadre de la réforme de l'enseignement supérieur, notamment du chantier « jeunes chercheurs », le Conseil supérieur de la recherche et de la technologie a été chargé d'établir des recommandations, concernant le statut et les conditions de travail des jeunes chercheurs et des jeunes enseignants-chercheurs. Le rapport s'articule sur trois axes. En premier lieu, il aborde la formation doctorale : écoles doctorales, statut de doctorant et mode de recrutement, durée de la thèse, financement, encadrement, ouverture de la recherche doctorale vers les entreprises. Le deuxième axe s'interroge sur la manière de valoriser le titre de docteur en dehors des carrières académiques, dans les secteurs public et privé, et présente le rôle du Crédit Impôt Recherche (CIR). Le troisième axe donne les conditions de recrutement des jeunes chercheurs : âge, parité, offres de carrières de recherche dans les Epst (Etablissement public à caractère scientifique et technologique), Epic (Etablissement public à caractère industriel et commercial), Epcscp (Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel), la revalorisation des grilles en contexte concurrentiel. Ces trois axes sont traités selon une même approche : l'état du droit, les éléments de problématique, les propositions des organisations représentatives, les recommandations du Conseil. De nombreuses annexes illustrent ce rapport. sur chacun des thèmes étudiés (Résumé d'auteur).

Documentation / Documentation

Communication écrite

Written communication

45318

OUVRAGE

HEMERY (C.), CHEVAILLIER (G.)

Oser écrire : parcours et méthodes à l'usage des professionnels du secteur social et médico-social.

Rennes : Editions EHESP : 2010 : 198p., tabl.

Cote Irdes : A4101

<http://www.presses.ehesp.fr/social-et-medico-social/politiques-et-pratiques/Details/249/57/social-et-medico-social/politiques-et-pratiques/oser-ecrire.html>

Ce livre a pour objectif de donner envie d'écrire, de réconcilier avec l'écriture - **et d'aider à la valorisation des pratiques professionnelles**. On y trouvera trois grands types d'outils : • **des jeux** d'écriture pour aider le débutant à débloquer sa plume ou son clavier ; • **des méthodes et repères** pour construire un écrit professionnel ; • **des recommandations précises** pour rédiger un texte destiné à la publication, du blog au périodique. Sans oublier les outils de recherche documentaire, indispensables pour élaborer un document spécialisé. De nombreux exemples, empruntés à des ateliers de formation ou au terrain professionnel, illustrent la démarche (D'après le 4e de couverture).

Epidémiologie

Epidemiology

45294

OUVRAGE

BEAGLEHOLE (R.), BONITA (R.), KJELLSTROM (T.)

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

Genève. CHE

Eléments d'épidémiologie.

Genève : OMS : 2010 : 194p., tabl., fig., graph.

Cote Irdes : A4094

<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=2&codcol=15&codcch=2395>

Depuis la publication de la première édition de 1993, « Eléments d'épidémiologie » est devenu une référence classique dans l'enseignement, la formation et la recherche en santé publique et a été traduit dans plus de 25 langues. Ce manuel met particulièrement l'accent sur les facteurs environnementaux modifiables et encourage l'application de l'épidémiologie à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, notamment s'agissant de l'hygiène du milieu et de la médecine du travail. Il prépare les membres des professions en rapport avec la santé à répondre à la nécessité pour les services de santé de faire face à tous les aspects de la santé des populations et de veiller à ce que les ressources sanitaires soient utilisées de manière à obtenir les meilleurs résultats possibles. Il montre comment la bonne pratique clinique repose sur l'épidémiologie clinique. La présente édition comprend des chapitres complets sur la nature et les utilisations de l'épidémiologie ; l'approche épidémiologique utilisée pour définir et mesurer la survenue d'états en rapport avec la santé dans les populations ; les points forts et les points faibles de la conception des études épidémiologiques, les relations de cause à effet, la contribution de l'épidémiologie à la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'élaboration des politiques de santé, ainsi que le rôle de l'épidémiologie dans l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins de santé. Ce manuel permet aux étudiants de désigner les causes courantes de décès, de maladie et d'incapacité dans leur communauté ; de définir les types d'études appropriés pour répondre à des questions précises concernant la causalité, l'histoire naturelle, le pronostic et la prévention de la maladie, et l'évaluation du traitement et autres interventions pour combattre la maladie ; et de procéder à une évaluation critique de la littérature (4e de couverture).

Géographie de la santé
Health geography

45386

OUVRAGE

BROWN (T.) / éd., McLAFFERTY (S.) / éd.,
MOON (G.) / éd.

***A companion to Health and Medical
Geography.***

*Un manuel de la géographie de la santé et de la
géographie médicale.*

Malden : Blackwell Publishing : 2010 : XXII-610p.
Cote Irdes : A4111
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1405170034.html>

This Companion provides a comprehensive account of health and medical geography and approaches the major themes and key topics from a variety of angles. It offers a unique breadth of topics relating to both health and medical geography. It includes contributions from a range of scholars from rising stars to established, internationally renowned authors and provides an up-to-date review of the state of the sub-discipline. Thematically organized sections offer detailed accounts of specific issues and combine general overviews of the current literature with case study material. Other chapters cover topics at the cutting edge of the sub-discipline, including emerging and re-emerging diseases, the politics of disease, mental and emotional health, landscapes of despair, and the geography of care (4e de couverture).

NTIC

***Information and communication
technologies***

46070

RAPPORT

BIGOT (R.), CROUTTE (P.)

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.). Conseil Général des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.). Paris. FRA, Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes. (A.R.C.E.P.). Paris. FRA

***La diffusion des technologies de
l'information et de la communication
dans la société française - Enquête 2010.***

Paris : Credoc : 2010/12 : 224p., 103 tabl., 65 graph.,
ann.
Cote Irdes : En ligne
http://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-credoc-2010-101210.pdf

Ce rapport présente l'analyse des questions relatives à la diffusion, à l'usage et à l'image des technologies de l'information et de la communication en France. Ces questions ont été insérées, par le Cgiet (Conseil général de l'industrie, de l'énergie et des technologies) et par l'Arcep (Eutorité de régulation des communications électroniques et des postes), dans la vague de juin 2010 de l'enquête du Credoc (Centre de recherche pour l'étude et l'organisation des conditions de vie) sur les « Conditions de vie et les Aspirations des Français ». C'est la dixième année de participation du Cgiet à ce baromètre, et la huitième année pour l'Arcep. Ce document se présente en trois parties : la première concerne la téléphonie fixe et mobile ; la deuxième a trait à l'ordinateur et à internet ; la troisième s'intéresse aux différents modes d'accès à la télévision. Les annexes regroupent les questionnaires ainsi que les tableaux et graphiques complémentaires, notamment les tris croisés des questions avec les descripteurs socio-démographiques (Résumé de l'éditeur).

Pauvreté
Poverty

45115

OUVRAGE

HAUGHTON (J.), KHANDKER (S.R.)

Handbook on poverty and inequality.

Manuel sur la pauvreté et l'inégalité.

Washington : Banque Mondiale : 2009 : 419p., tabl.
Cote Irdes : A4091

http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&piPK=64165421&theSitePK=469382&menuPK=64216926&entityID=000333037_20090505014701

The handbook on poverty and inequality provides tools to measure, describe, monitor, evaluate, and analyze poverty. It provides background materials for designing poverty reduction strategies. This book is intended for researchers and policy analysts involved in poverty research and policy making. The handbook began as a series of notes to support training courses on poverty analysis and gradually grew into a sixteen, chapter book. Now the Handbook consists of explanatory text with numerous examples, interspersed with multiple-choice questions (to ensure active learning) and combined with extensive practical exercises using stata statistical software. The handbook has been thoroughly tested. The World Bank Institute has used most of the chapters in training workshops in countries throughout the world, including Afghanistan, Bangladesh, Botswana, Cambodia, India, Indonesia, Kenya, the Lao People's Democratic Republic, Malawi, Pakistan, the Philippines, Tanzania, and Thailand, as well as in distance courses with substantial numbers of participants from numerous countries in Asia (in 2002) and Africa (in 2003), and on-line asynchronous courses with more than 200 participants worldwide (in 2007 and 2008). The feedback from these courses has been very useful in helping us create a handbook that balances rigor with accessibility and practicality. The handbook has also been used in university courses related to poverty (4e de couverture).

Recueil de données statistiques
Statistical data collection

45113

RAPPORT , INTERNET

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

Europe in figure. Eurostat yearbook 2010

L'Europe en chiffres : annuaire Eurostat 2010

Luxembourg : Office des Publications des communautés européennes : 2010 : 655p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF

L'Europe en chiffres – Annuaire d'Eurostat 2010 – présente un vaste ensemble de données statistiques sur l'Europe. Les 450 tableaux, graphiques et cartes statistiques font de l'annuaire une collection de références en matière d'information statistique sur l'Union européenne. La plupart des données couvrent la période 1998-2008 pour l'Union européenne et ses États membres, mais certains indicateurs sont fournis pour d'autres pays, notamment les pays candidats à l'Union européenne, les pays de l'AELE, le Japon ou les États-Unis. L'annuaire traite les domaines suivants : économie ; population ; santé ; éducation ; marché du travail ; conditions de vie et bien être ; industrie et services ; agriculture, sylviculture et pêche ; commerce ; transports ; environnement et énergie ; sciences et technologies et régions d'Europe. Le chapitre « Au devant de la scène » de la présente édition couvre les statistiques des comptes nationaux – et met notamment l'accent sur la récession économique observée en 2008/2009. L'annuaire peut être considéré comme une référence par tous ceux qui souhaitent en savoir davantage sur les statistiques européennes et fournit des orientations sur toute la palette de données accessibles gratuitement sur le site web d'Eurostat.

Ressources électroniques
Online ressources

45321

OUVRAGE , CONGRES

BOUKACEM-ZEGHMOURI (C.) / dir.

Academic online resources: usage and assessment.

L'information scientifique et technique dans l'univers numérique : mesures et usages.

Ressources électroniques académiques : mesures et usages actes. : Lille, 2009/11/26-27

Paris : ADBS : 2010 : 318p., tabl.

Cote Irdes : A4103

<http://www.adbs.fr/l-information-scientifique-et-technique-dans-l-univers-numerique-mesures-et-usages-88113.htm>

Cet ouvrage rassemble les textes des communications du colloque international « Ressources électroniques académiques : mesures et usages » qui s'est tenu, les 26 et 27 novembre 2009, à Lille. Ce colloque s'inscrivait dans le cadre du projet EPEF ANR JC-JC (2006-2009) porté par Chérifa Boukacem-Zeghmouri, maître de conférences à l'Université Lille 3 et chercheur au Groupe d'études et de recherche interdisciplinaire en information et communication (GERIICO). La question de l'usage associe tous les acteurs de la chaîne de l'information scientifique et technique : communautés de chercheurs, éditeurs, agences d'abonnement, agrégateurs et bibliothèques. Que cette problématique soulève des préoccupations économiques pour les uns, gestionnaires ou scientifiques pour les autres : chacune des parties est concernée. Le but de cet ouvrage est de mettre en évidence les plus significatives des avancées récentes - tant du point de vue des approches que des résultats - auxquelles sont parvenues la communauté des chercheurs et celle des professionnels des bibliothèques. Il s'agit d'étudier au plus près la manière dont, entre circuits traditionnels de diffusion et libre accès, les ressources électroniques sont utilisées par les enseignants chercheurs, comment elles sont intégrées aux services proposés par les bibliothèques et services d'information, comment elles sont évaluées.

Réglementation / Law

Etablissements sociaux et médico-
sociaux
Social health care

45122

OUVRAGE

SAVIGNAT (P.)

Conduire l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Paris : Dunod : 2010 : 214p., tabl., ann.

Cote Irdes : A4092

[http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/
action-sociale-et-medico-sociale/etablissements/
conduire-lrsquoevaluation-externe-dans-les-et](http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/etablissements/conduire-lrsquoevaluation-externe-dans-les-et)

Avant 2015 (2010 pour les services à la personnes) tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux devront avoir procédé à cette évaluation externe (aux résultats de laquelle est subordonné le renouvellement de l'autorisation). De nombreux établissements et services se sont engagés, sous des formes diverses, dans des processus d'évaluation interne, mais il n'existe aucune analyse du décret ni aucun outil pour réaliser l'évaluation externe. Cet ouvrage, réalisé par un des rédacteur du décret, offre les deux, sous une forme pratique et immédiatement utilisable.

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

Aarhus School of Business.....	79
Accreditation Canada	91
AEC Partners	80
Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (A.C.O.S.S.)	21
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.).....	82
Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.)	76
Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (A.N.S.E.S.).....	100
AGHION (P.).....	107
AITKEN (M.L.).....	83
ALAKESON (V.).....	95
ALASTAIR (M.).....	42
ALEMANY (R.)	49
ALLANSON (P.).....	57
ALLARD (M.).....	70
ALTINDAG (D.T.)	31
AMIRI (A.)	104
AMIT (P.).....	62
ANDERSEN (H.L.).....	41
ANDREASSEN (S.).....	43
ANGELS (B.)	35
AOURAGH (A.)	72
APPLEBY (J.)	95
Assemblée Nationale.....	24, 40
Association des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.)	64
ATTALI (J.).....	80
AUBIN (C.).....	65
AUDIBERT (M.).....	39
AUERBACH (M.).....	92
AUGURZKY (B.)	75
Austrian Federal Ministry of Health. (B.M.G.)	84
Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes. (A.R.C.E.P.).....	109
AYNAUD (O.).....	62

B

BAGO D'UVA (T.).....	52
BANKS (J.).....	42, 90
BARBE (C.).....	48
BARGAIN (O.)	59
BARNAY (T.)	34, 41
BAUDRY (M.).....	107
BEAGLEHOLE (R.)	108
BEAUCHEMIN (C.)	106
BELL (N.).....	67
BELORGEY (N.)	73
BENCHETRIT (K.)	13
BERNDT (E.R.)	83
Bertelsmann Stiftung	11
BHATTACHARYA (J.)	100
BIGOT (R.)	109
BIJLSMA (M.).....	72
BILLON (A.).....	65
BIZOT (C.)	65
BLANC (P.).....	21
BLEMONT (P.)	65
BOERMA (W.).....	94
BOJKE (C.).....	15
BOKENBLOM (M.)	44, 45
BOLANCE (C.)	49
BONITA (R.)	108
BOROWITZ (M.)	15
BOUKACEM-ZEGHMOURI (C.).....	111
BOUSQUET (P.)	38
BOUT (B.)	40
BRAS (P.L.).....	11
BRIAND-MICHEL (Y.)	83
BRIARD (K.).....	41
BRODIN (M.)	31, 34
BROWN (T.).....	109
BRYDEN (A.)	107
BUR (Y.).....	29

C

CABRAL (J.)	78
CADET-TAIROU (A.).....	43
CAILLAUD (F.).....	107
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.).....	47
CAMIRAND (J.).....	95
CANNONIER (C.)	31
CARDIN (J.F.).....	95
CARRERE (M.O.).....	17
CASHIN (C.).....	36
CASTEL (P.).....	17
CASTELLI (A.).....	15
Catholic University of Leuven.....	48
CAWLEY (J.).....	33
CAZALET (A.)	21
Center for Economic Studies	85
Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International. (C.E.R.D.I.).....	39
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	26, 48
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.).....	109
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.)	32
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.....	18, 87
Centre for Health Economics Research and Evaluation. (C.H.E.R.E.).....	91
Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations. (C.I.R.A.N.O.).....	68
Centro de Estudios de Monetarios y Financieros. (C.E.M.F.I.).....	50
Cercle Santé Société. (C.S.S.).....	19
CERF (N.).....	38
CHALUMEAU (M.).....	43
CHAN (M.).....	93
CHANDRA (A.).....	53
CHANEL (O.).....	32, 70
CHEVAILLIER (G.)	108
CHEVALIER (J.)	16
CLEEMPUT (I.).....	87
COLDEFY (M.)	16

Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.).....	19, 64
COLLOMBET (A.)	48
COMBES MOTEL (P.)	39
Comité National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.).....	70
Commission Européenne. (C.E.).....	42, 53, 54, 58
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (C.N.I.L.).....	89
Commission pour la Libération de la Croissance Française.....	80
Commonwealth Fund	93
CONCIALDI (P.).....	28
CONG (Z.)	81
Conseil Canadien de Santé. (C.C.S.).....	92
Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.)	107
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.).....	28
Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.)	40
Conseil Economique et Social Régional Ile-de-France. (C.E.S.R.)	62
Conseil Général des Technologies de l'Information. (C.G.T.I.).....	109
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).....	64
Conseil Supérieur de la Recherche et de la Technologie. (C.S.R.T.)	107
COQUELIN (A.)	43
CORSINI (V.)	105
Cour des Comptes.....	74
CRESPO (L.)	50
CROUTTE (P.)	109
CZAJA (S.J.).....	51

D

DAHAN (M.)	84
DALEN (D.M.)	85
DANIEL (C.).....	65
DAVID (G.).....	31
DE HAAS (P.).....	67
DENAVAS-WALT (C.)	26
DESOMER (A.)	18

Index des auteurs
Author index

DEVETERRE (R.J.)	12
Direction de la Recherche - des Etudes et de l'Evaluation Statistique. (D.R.E.E.S.)	26
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.).....	82
Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.).....	13, 73
DIXON (A.)	95
DIXON (J.)	95
DOOR (J.P.)	24
DOUMONT (D.).....	60
DRABO (A.)	39
DREUX (C.)	31
DUBOIS (C.).....	87
DUGAS (L.)	95
DUHAMEL (S.).....	16
DUNCAN (P.).....	12
DUSSAULT (G.).....	78

E

EKBLAD (K.).....	44, 45
ELIOT (A.).....	65
Europ Assistance	19
European Centre for Social Welfare Policy and Research.....	35
European Commission.....	84, 86
European Observatory on Health Systems and Policies.....	36
Eurostat	105, 110
EYSEN (M.)	18

F

FASSIN (D.).....	18, 105
FERNANDES (N.)	91
FEULIEN (C.).....	60
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.).....	65
Fondation d'Entreprise Crédit Coopératif.....	59
FONTAINE (D.)	63

FORTIN (B.).....	68
FRANKEN (M.).....	87
FRIOT (B.)	27
FRONTEIRA (I.)	78
Fundacion de Estudios de Economia Aplicada. (F.E.D.E.A.).....	41

G

GALAMA (T.)	57
GALECKI (A.T.).....	102
GALLEGO (G.)	91
GANDILHON (M.)	43
GARCIA GOMEZ (P.).....	41
GATHION (S.).....	79
GAUTHIER (A.).....	93
GEOGANTZI (A.E.)	48
George Mason University	62
GERDTHAM (U.G.).....	57
GEYER (J.)	46
GIMBERT (V.)	48
GIP Santé Protection Sociale Internationale. (G.I.P.S.P.S.I.)	14
GODOT (C.).....	48
GOHET (P.)	11
GOLDMAN (D.).....	81
GOODWIN (N.).....	96
GOSELIN (P.).....	24
GRIGNON (M.)	72
GRIMALDI (A.)	23
GRIMM (M.).....	60
Groupe de Concertation entre Académies des Sciences de la Vie et de la Santé. (G.C.A.S.V.S.).....	31, 34, 52
Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille. (G.R.E.Q.A.M.).....	70, 75, 104
GUELLEC (D.).....	107
GUERMOND (Y.).....	102
GUEVARA (H.H.).....	86
GUILLEMAUD (C.).....	68
GUILLEN (M.)	49
GUSTMAN (A.L.).....	47

H

HAAS (M.R.)	91
HALL (J.P)	91
HAM (C.)	71
HAMEL (C.).....	54, 106
HANCOCK (R.)	48
HAUGHTON (J.).....	110
HAURAY (B.).....	18
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.).....	21
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	99
HEIJINK (R.)	94
HEMERY (C.)	108
HENON (D.).....	40
HERRMANN (D.J.)	103
HERVAS (F.).....	86
HILL (C.).....	38
HOFFMANN (F.).....	35
HOOG LABOURET (N.)	79
HUBER (M.).....	102
HUBERT (E.)	64

I

IMMERVOLL (H.).....	59
Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche	65
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).....	11, 12, 26, 65, 75, 84
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).....	95
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).....	16
Institut Gustave Roussy. (I.G.R.).....	38
Institut Montaigne.....	88
Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.)	56
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.).....	105

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.) ...	38, 79, 89
Institute for Fiscal Studies. (I.F.S.)	90
Institute for Futures studies	98
Institute for Social and Economic Research. (I.S.E.R.).....	48
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.).....	46, 59, 102
Institute of Health Economics. (I.H.E.)	67
Institute of Social Studies. (I.S.S.)	60
International Labor Organization. (I.L.O.)	29

J

JACCARD RUEDIN (H.)	78
JACQUEMET (N.)	68
JACQUIN (E.)	12
JAKAB (M.)	36
JEGOU (J.J.)	35
JELOVAC (I.).....	70
JEURISSEN (P.).....	74
JIMENEZ MARTIN (S.).....	41
JONES (C.M.)	56
JOUINI (E.).....	107
JUSOT (F.).....	56

K

KAISER (U.)	86
KAYE (N.)	93
KEESE (M.).....	49
KHANDKER (S.R.).....	99, 110
King's Fund Institute	95, 96
KJELLSTROM (T.)	108
KLEIN (T.).....	48
KOIZUMI (N.).....	62
KONING (P.)	72
KOOLWAL (G.B.).....	99
KOOPMANSCHAP (M.).....	87
KORNSTADT (T.)	43
KRONEMAN (M.).....	94

Index des auteurs
Author index

KUTZIN (J.)36

L

LAHAIE (E.).....43
 LAKDAWALLA (D.).....81
 LALLEMENT (R.)107
 LAPLANCHE (A.).....38
 LAUDICELLA (M.)15
 LE BRETON-LEROUVILLOIS (G.).....64
 LE FUR (P.)16
 LE PEN (C.)23
 LE POLAIN (M.)87
 LECHNER (M.)102
 LEGER (P.T.)70
 LEMERY (B.)63
 LERGERON (P.).....45
 LEROUX (I.)16
 Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.)..80,
 81
 LESSOF (C.).....90
 Levy Economics Institute of Bard College92
 LEYS (M.).....18
 LICHTENBERG (F.R.).....38
 LIN (Z.)55
 LINDEBOOM (M.).....41, 52
 LOMBRAIL (P.)52
 LOPEZ (A.).....11
 LUCAS-GABRIELLI (V.).....16
 LUCHINI (S.)32
 Lund University.....57

M

MADIES (T.).....107
 MARANINCHI (D.)38
 MARMOT (M.)90
 MASSONI (S.)32
 McLAFFERTY (S.)109
 McMaster University91
 Médecins du Monde.
 (M.D.M.)52
 Melbourne Institute of Applied Economics
 and Social Research.....66

MENDEZ (S.J.)..... 86
 MENG (A.) 49
 MEYERHOEFER (C.) 33
 MICHAUD (P.C.) 81
 MICHELOT (F.)..... 63
 MILON (A.) 35
 Ministère chargé de la Santé.
 (M.S.S.P.S.)..... 13, 22, 25, 26, 29, 73, 76, 77, 82
 Ministère de l'Economie - des Finances
 et de l'Emploi.
 (M.I.N.E.F.E.) 109
 Ministère du Budget - des Comptes Publics et
 de la Fonction Publique 26
 Ministry of Health - Labour and Welfare
 of Japan. (M.H.L.W.) 93
 Ministry of Health and Social Affairs 97
 MIRA (P.) 50
 MOCAN (N.H.)..... 31
 MOFFAT (J.)..... 67
 MOISY (M.)..... 54
 MONTANARI (I.) 98
 MONTCHAMP (M.A.) 24
 MONTGOLFIER (A. de) 21
 MOON (G.) 109
 MOQUET (M.J.) 56
 MORELLE (A.) 17
 MOSCHETTI (K.) 75
 MOULLE (F.) 16
 MOURLAT (B.) 79
 MOUSQUES (J.) 16
 MOYNIHAN (R.)..... 11
 MYCK (M.)..... 46

N

National Bureau of Economic
 Research. (N.B.E.R.)31, 33, 47, 53, 83
 National Committee for Quality Assurance.
 (N.C.Q.A.) 66
 National Institute for Public Health and
 the Environment. (R.I.V.M.)..... 94
 NAYLOR (C.) 96
 NAZROO (J.) 90
 NELSON (K.)..... 98
 Netherlands Bureau for Economic Policy
 Analysis. (C.P.B.) 72
 NGOUYOMBO (B.)..... 88

Index des auteurs
Author index

NORDIN (M.).....57
NOWAK (F.).....79

O

Observatoire Européen des Drogues et des
Toxicomanies. (O.E.D.T.)43
Observatoire Européen des Systèmes et
Politiques de Santé.....36
Observatoire Français des Drogues et des
Toxicomanies. (O.F.D.T.)43
Observatoire Suisse de la Santé.
(Obsan) 78, 97
O'DONNELL (O.)52
Office Parlementaire d'Evaluation des
Choix Scientifiques et Technologiques.
(O.P.E.C.S.T.).....40
OLLIVIER (P.)107
OLLIVIER (R.)12
Orebro University44, 45
Organisation de Coopération et de
Développement Economiques.
(O.C.D.E.) 14, 15, 39, 44, 84
Organisation Internationale du Travail.
(O.I.T.).....29
Organisation Mondiale de la Santé.
(O.M.S.)..... 36, 39, 78, 93, 94, 108
OULLIER (O.)48

P

PACKALEN (M.)100
PARAPONARIS (A.).....70
Paris School of Economics
(P.S.E.).....50
PAUL (S.)12
PERRONNIN (M.)16
PERROT (A.)107
PESTIEAU (P.)50
PICHELOT (J.)24
PIKE (C.)69
PONTHIERE (G.)50
POTERBA (J.M.).....33
POTVIN (L.)56

PRAGER (J.C.) 107
Présidence de la République 64
PROCTOR (B.D.) 26
Programme des Nations Unies pour le
développement. (P.N.U.D.)..... 55
PROTIERE (C.) 70
PRUS (S.G.) 55
PUDNEY (S.) 48

R

Rand Corporation 42, 57
RAPOPORT (J.)..... 67
RAYMOND (G.) 13
Régime Social des Indépendants.
(R.S.I.)..... 27
RENAUDIE (O.) 48
Réseau CHU 72
Rheinisch-Westfälisches Institut für
Wirtschaftsforschung. (R.W.I.) 75
RICE (N.) 15
ROBERFROID (D.) 87
ROBERTSON (R.)..... 95
ROBONE (S.) 15
ROCHAIX (L.) 75
ROCHE (L.) 45
Rockefeller Foundation..... 23
RODRIGUES (R.) 35
RODWIN (V.) 13
ROMEYER (H.) 20
RONDE (T.) 86
ROTHBARD (A.) 62
Ruhr-Universität Bochum (R.U.B.) 49

S

SADOWSKY (J.) 45
SAMAD (H.A.)..... 99
SANFOURCHE (C.) 13
SASSI (F.) 39
SAUNERON (S.) 48
SAURET (J.)..... 84
SAVIGNAT (P.) 112
SCHAETZEL (F.) 65

Index des auteurs
Author index

SCHAFF (C.)	48
SCHECHTER (S.)	103
SCHMITZ (H.)	75
SCHNABEL (R.)	49
SCHODER (J.)	38
SCHOFER (W.)	94
SCHWARZ (N.)	103
SCOTT (A.)	66
Secours Catholique	59
SEITER (A.)	85
Sénat	21, 30, 35, 40
SHARIT (J.)	51
SHEARER (B.)	68
SHESTALOVA (V.)	72
SIMON (P.)	106
SIMS-KASTELEIN (K.)	93
SIRKEN (M.G.)	103
SIVEY (P.)	66
SKIPPER (N.)	79
SMITH (J.)	71
SMITH (J.C.)	26
SMITH (J.P.)	42
SMITH (P.C.)	15
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.)	55, 72
Société Française de Médecine Générale. (S.F.M.G.)	69
SOOD (N.)	81
SORISIO (E.)	85
SPENCER (B.G.)	72, 91
STAIGER (D.O.)	53
STEILLER (D.)	45
STEINMEIER (T.)	47
STREET (A.)	15
STROM (S.)	85
SUDMAN (S.)	103
Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. (S.N.I.T.E.M.)	88

T

TABUTEAU (D.)	13, 17
TAKACH (M.)	93
TANUR (J.M.)	103
TERCERIE (O.)	75
TFAILY (R.)	55

The Nuffield Trust	71, 90, 95
THEURL (E.)	70
THIEBAUD (S.)	34
Tinbergen Institute	52
TNS Opinion & Social	42, 53
TOUFIK (A.)	43
TOURANGEAU (R.)	103
TRANNOY (A.)	56
Travail Emploi Politiques Publiques. (T.E.P.P.)	34, 41
TRUGEON (A.)	63
TUBEUF (S.)	56
TUBKE (A.)	86

U

Union Française des Consommateurs. (U.F.C. - Que choisir)	36
Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.)	64
Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (U.N.O.C.A.M.)	27
United States General Accounting Office. (G.A.O.)	76
Université Catholique de Louvain. (U.C.L.)	60
Université de la Méditerranée	75
Université Laval	81
University of Barcelona	49
University of Copenhagen	86
University of Dundee	57
University of Salzburg	70
University of Turin	43
University of Waterloo	100
University of York	15, 56
University of Zurich	38
US Census Bureau	26

V

VALL CASTELLO (J.)	41
VALLET (G.)	75
VAN DER BERG (M.J.).....	94
VAN DOORSLAER (E.).....	52
VAN KIPPERSLUIS (H.).....	57
VENTELOU (B.).....	34, 70, 104
VENTI (S.F.)	33
VERGNAUD (J.C.)	32
VEYRET (J.)	65
Viavoice	19
VIITAMAKI (H.).....	59
VINEY (R.C.)	91
VRIJENS (F.).....	87

W

WANG (L.).....	72
WARD (P.).....	15
WELCH (K.B.)	102
WEST (B.T.)	102
WESTERT (G.P.).....	94
WIDMER (M.).....	78
WINCKLER (M.)	13
WINNER (H.)	70
WISE (D.A.)	33
WISNIA-WEILL (V.).....	48
WITT (J.).....	66
WRAY (L.R.).....	92
WUNSCH (G.).....	102

Y

YVRANDE-BILLON (A.).....	107
--------------------------	-----

Z

ZEGGAR (H.).....	75
------------------	----

CARNET D'ADRESSE DES ÉDITEURS

PUBLISHER ADDRESS BOOK

A

A.C.O.S.S. (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale)

65, bd Richard-Lenoir
75536 Paris cedex 11
☎ 01 49 23 30 00
<http://www.acoss.urssaf.fr/>

A.D.B.S. (Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation)

25, rue Claude Tillier
75012 Paris
☎ 01 43 72 25 25
Fax : 01 43 72 30 41
Email : adbs@adbs.fr
<http://www.adbs.fr>

A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits du santé)(ex Agence du Médicament)

(Les Commissions de transparence et d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps ont été rattachés à l'H.A.S)
Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
Email : wb.internet@afssa.fr
<http://www.afssaps.fr/>

A.N.A.P. (Agence Nationale d'Appui à la Performances des établissements de santé et médico-sociaux)

23 avenue d'Italie
75013 Paris
☎ 01 57 27 12 00
<http://www.anap.fr/accueil/>

A.N.S.E.S. (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation Environnement travail)(ex A.F.S.S.A.)

27/31 avenue du général Leclerc
94701 Maisons-Alfort
☎ 01 49 77 13 50
<http://www.afssa.fr>

Aarhus University School of Economics : School of Economics and Management

Aarhus University
Bartholins Allé 10
DK-8000 Aarhus C
Danemark
Email : oekonomi@au.dk
<http://www.au.dk/>

Accreditation Canada

1150, chemin Cyrville
Ottawa (Ontario)
K1J 7S9
Canada
<http://www.accreditation.ca/fr/default.aspx>

Assemblée Nationale

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

B

Banque Mondiale / World Bank

1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Etats-Unis
Email : books@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>
<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de
recherche des documents et rapports)

Banque Mondiale (Distributeur en France)

Editions Eska;
12, rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
☎ 01 42 86 55 66
Email : eska@eska.fr
<http://www.eska.fr/>

Bertelsmann Stiftung

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
Allemagne
☎ : ++49 5241 81 0
Email : Info-Kontakt
<http://www.hpm.org/en/index.html>

Blackwell Publishing

Commerce Place
350 Main Street
Malden, MA02148
Etats-Unis
☎ 00 1 781 388 8200
Fax : 00 1 781 388 8210
<http://www.blackwellpublishing.com/>

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.M.F.I. (Centro de Estudios de Monetarios y Financieros)

Casado del Alisal, 5
27014 Madrid
Espagne
Email : cemfi@cemfi.es
<http://www.cemfi.es/>

C.E.S.R. Ile-de-France (Conseil Economique et Social d'Ile-de-France)

29 Rue Barbey de Jouy
75007 Paris
☎ 01 53 85 66 25
Fax : 01 53 85 65 89
<http://www.cesr-ile-de-france.fr/cesr.htm/sommaire.asp>

C.E.R.D.I. (Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International)

Clermont Université
65, bd François Mitterrand
63000 Clermont-Ferrand
☎ 04-73-17-74-00
<http://cerdi.org/>

C.H.E.R.E. (Centre for Health Economics Research and Evaluation)

PO Box
123 Broadway NSW 2007
Level 2, block D, building 5
1-59 quay Street Haymarket NSW 2000
Sydney
Australie
Email : mail@chere.uts.edu.au
<http://www.chere.uts.edu.au>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

C.I.R.A.N.O. (Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations)

2020, rue University, 25e étage
Montréal, Québec, H3A 2A5
☎ : (514) 985-4000
Email : webmaster@cirano.qc.ca
<http://www.cirano.qc.ca>

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

Institut d'économie appliquée-HEC
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
Canada H3T 2A7
<http://www.cirpee.org/>

C.I.S.S. (Collectif Interassociatif sur la Santé)

10, villa Bosquet
75007 Paris
☎ 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
Email : contact@leciss.org
<http://www.leciss.org/>

C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

8, rue Vivienne
CS 30223
75083 Paris cedex 02
☎ 01 53 73 22 22
<http://www.cnil.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.N.O.M. (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

180, bd Haussman
75008 Paris
☎ 01 53 89 32 00

Fax : 01 53 89 32 01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

C.O.R. (Conseil d'orientation des retraites)

113, rue de Grenelle
75007 Paris
<http://www.cor-retraites.fr/>

C.P.B. Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis

CPB Library
P.O. Box 80510
2508 GM The Hague
Pays-Bas
<http://www.cpb.nl/en/publications>

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/>

Catholic University of Leuven /Université Catholique de Louvain

Clos Chapelle aux Champs, 30-41
1200 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 764 30 97
<http://www.uclouvain.be/ucl.html>

Carnets de l'info (Les)

8, rue Saint-Marc
75002 Paris
☎ 01 42 36 01 83
Email : lescarnetsdelinfo@scrineo.fr
<http://www.lescarnetsdelinfo.com/f/index.php?sp=ct>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Centre d'Economie de la Sorbonne

Maison des Sciences Économiques
106-112 boulevard de L'Hôpital
75647 Paris Cedex 13
☎ 01 44 07 81 00
Fax : 01 44 07 81 09
<http://centredeconomiesorbonne.univ-paris1.fr/>

Center for Economics Studies

Munich University
Poschingerstr. 5
81679 Munich
Allemagne
Email : ifo@ifo.de
<http://www.cesifo-group.de/portal/page/portal/ifoHome>

Center for Industrial Economics

Centre Coordinator: Thomas Rønde
Department of Innovation and Organizational
Economics
Copenhagen Business School
Kilevej 14a, 3rd floor
DK-2000 Frederiksberg
Danemark
☎ +45 3815 2573
Email : thr.ino@cbs.dk
<http://www.econ.ku.dk/cie/>

Cercle Santé Société

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

Chapman & Hall

CRC 2000 Corporate BLVD
NW, Boca Raton
Florida 33431
Etats-Unis
<http://www.crcpress.com/>

Commission européenne

Direction générale Communication
Secteur Analyse de l'opinion publique
B-1049 Bruxelles
Email : eurobarometer@ec.europa.eu

Commonwealth Fund (The)

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

Conseil canadien de la santé

90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Canada
<http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php>

D

D.G.O.S (Direction Générale de l'Offre de Soins)

Ministère de la Santé
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 49 63
<http://www.sante.gouv.fr/offre-de-soins.html>
<http://www.sante.gouv.fr/les-rapports-et-publications.html>

D.G.S. (Direction Générale de la Santé)

Ministère chargé de la santé
14, av. Duquesne
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.sante.gouv.fr/direction-generale-de-la-sante-dgs.html>

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

E

Editions des Journaux Officiels

26 rue Desaix
75727 Paris cedex 15
☎ 01 40 58 75 00
Email : info@journal-officiel.gouv.fr
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

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-distribution.com/turpinweb/content/home.aspx>
Consultation des documents : à la Documentation Française

Editions Harmattan (L')

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

Editions Dispute (La)

109, rue Orfila
75020 Paris
☎ 01 43 61 99 84

Editions Dunod

5, rue Laromiguière
75005 Paris
☎ 01 40 46 35 00
Email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

Editions Elsevier / Masson

62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
☎ 01 71 16 55 00
<http://www.em-consulte.com/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Editions Hermès

Commandes : Lavoisier
14 rue de Provigny
94236 Cachan Cedex
☎ 01 47 40 67 00
Email : livres@lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>

Librairie : Librairie Lavoisier (magasin)
11, rue Lavoisier
75008 Paris
☎ 01 42 65 39 95
Fax : 01 42 65 02 46
Email : magasin@Lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>
<http://www.hermes-science.com/fr/>

Editions John Libbey Eurotext

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

**Editions John Wiley & Sons
Wiley Europe Ltd.**

Customer Services Department (ref. DMW)
1 Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex
PO22 9SA
Royaume Uni
<http://www.wiley.co.uk>

Editions La Découverte et Syros

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

Editions Lignes de Repères

3, rue de Téhéran
75008 Paris
☎ 09.61.02.55.16 ou 06.80.45.33.94
Email : contact@lignes-de-reperes.com
<http://www.lignes-de-reperes.com/index.htm>

Editions Médicales Internationales

Allée de la Croix-Bossée
94234 Cachan cedex France
☎ 01 4546 15 00
Email : contact@eminter.fr
<http://www.eminter.fr/librairie/nouveautes.asp>

Editions Odile Jacob

15, rue Soufflot
75005 Paris
☎ 01 46 33 27 40
<http://www.odilejacob.fr>

Éditions Prométhée

BP 60010
33035 Bordeaux Cedex
Email : editions.promethee@free.fr
<http://www.editionspromethee.com/index.html>

Erasmus University Rotterdam

P.O. Box 1738
3000 DR Rotterdam
Pays-Bas
<http://www.eur.nl/english/>

**European Centre for Social Welfare
Policy and Research**

Berggasse 17
A-1090 Vienna
☎ +43-1-319 4505-0
Email : ec@euro.centre.org
<http://www.euro.centre.org>

F

F.E.D.E.A. (Fundación de Estudios de Economía Aplicada)

C/ Jorge Juan
46 28001 – Madrid
Email : carias@fedea.es
<http://www.fedea.es/>

F.C.R.S.S. (Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé)/ C.H.S.R.F. (Canadian Health Services Research Foundation)

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Canada
<http://www.chsrf.ca>

France Europe Editions

1, rue de Stockholm - 75008 Paris
☎ 01 44 70 19 21
Ou : 1, Traverse Lympia
B.P. 4049 – 06301
Nice Cedex 4
☎ 04 93 26 90 93
<http://www.france-europe-editions.com/>

G

G.A.O. (US General Accounting Office)

441 G Street NW, Room LM
Washington DC 20548
Etats-Unis
☎ 00 1 202 512 6000
Fax : 00 1 202 512 6061
<http://www.gao.gov/>

G.A.T.E. (Groupe d'Analyse et de Théorie Économique)

UMR 5824 du CNRS
93 chemin des Mouilles
69130 Écully
B.P. 167
69131 Écully Cedex
☎ 04 72 86 60 60
Email : gate@gate.cnrs.fr
<http://www.gate.cnrs.fr>

G.R.E.Q.A.M. (Groupement de Recherche en Economie Quantitative)

Centre de la Vieille Charité
2 rue de la Charité
13236 Marseille cedex 02
☎ 04 91 14 07 70
Email : greqam@ehess.univ-mrs.fr
<http://www.greqam.fr/>

George Mason University.

School of Public Policy.
3351 Fairfax Dr., Arlington VA 22201
<http://policy.gmu.edu/>

Georgetown University Health Policy Institute

Box 571444
3300 Whitehaven Street, N.W., Suite 5000
Washington, DC 20057-1485
Etats-Unis
☎ 00 1 202 687 0880
Fax : 00 1 202 687 3110
<http://ihcrp.georgetown.edu/>

GIP SPSI (GIP Santé Protection Sociale Internationale)

76 bd Haussmann
75008 Paris
☎ 01 55 30 17 00
<http://www.gipspsi.org>

H

H.A.s. (Haute Autorité de santé)

2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
☎ 01 55 93 70 00
Email : contact.presse@has-sante.fr
(contact presse)
http://www.hassante.fr/portail/display.jsp?id=j_5

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

Adresse postale :
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
14 avenue Duquesnes
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 56 00
Fax : 01 40 56 59 55

Locaux HCAAM:
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
7 rue Saint-Georges - 5ème étage
75009 Paris
<http://www.securitesociale.fr/institutions/hcaam/hcaam.htm>

H.E.D.G. (Health, Econometrics and Data Group)

C.H.E. (Centre for Health Economics)
University of York
York A010 5DD
Royaume-Uni
☎ 00 44 1904 431438
<http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/index.htm>

I

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

25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
☎ 01 40 56 6000
Fax : 01 40 56 6001
<http://www.igas.gouv.fr/>

I.G.R. (Institut Gustave Roussy)

39 rue Camille-Desmoulins
94805 Villejuif
☎ 01 42 11 42 11
<http://www.igr.fr/>

I.H.E. (Institute for Health Economics)

Box 2127
S-220 02 Lund
Suède
☎ 00 46 46 32 91 00
<http://www.ihe.se/start-2.aspx>

I.H.E. (Institute of Health Economics)

10405 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta
Canada T5J 3N4
☎ 00 1 780 448 4881
Fax : 00 1 780 448 0018
<http://www.ihe.ca/>

I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques)

133, boulevard Davout
75020 Paris cedex
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 21 99
<http://www.ined.fr>

**I.N.P.E.S. (Institut National de
Prévention et d'Éducation pour la
Santé)**

42, Bd de la Libération
93203 St Denis cedex
☎ 01 49 33 22 22
<http://www.inpes.sante.fr>

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

18, boulevard Adolphe-Pinard
75675 Paris cedex 13
☎ 01 41 17 50 50
<http://www.insee.fr>
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452
Fax : 01 53 17 88 09
http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm

**I.N.S.E.R.M. (Institut National de la
Santé et de la Recherche Médicale)**

Service Editions Librairie
101, rue de Tolbiac
75013 Paris
☎ 01 44 23 60 82
Hotline : 01 55 74 31 60
(activités de recherche de l'Inserm)
Fax : 01 45 85 68 56
<http://www.inserm.fr>

**I.R.D.E.S. (Institut de Recherche et
Documentation en Economie de la
Santé)
(ex CREDES)**

Service Publication-communication
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 17
Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>

**I.S.E.R. (Institute for Social & Economic
Research)**

University of Essex
Colchester
Essex, CO4 3SQ
Royaume Uni
☎ +44 (0)1206 872957
Fax: +44 (0)1206 873151
<http://www.iser.essex.ac.uk/>

**I.S.Q. (Institut de la Statistique du
Québec)**

200, chemin Sainte-Foy, 1^{er} étage
Québec (Québec) G1R 5T4
Canada
<http://www.stat.gouv.qc.ca/default.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/>

Institut National du Cancer

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

Institut Montaigne

38 rue Jean Mermoz
75008 Paris
☎ : 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28
Email : info@institutmontaigne.org
<http://www.institutmontaigne.org/site/page.php>

Institute for Fiscal Studies (I.F.S.)

7 Ridgmount Street
London WC 1E 7AE
Royaume-Uni
☎ 020 7291 4800

<http://www.ifs.org.uk/index.php>

Institute for Futures Studies

Holländargatan 13
Stockholm
Norvège

☎ +46 8 402 12 13

<http://www.framtidsstudier.se/>

Institute of Social Studies

Kortenaerkade 12
2518 AX La Hague
Pays Bas

Email : information@iss.nl

<http://www.iss.nl/>

J

Johns Hopkins University Press

2715 North Charles Street
Baltimore, Maryland 21218-4363
Etats-Unis

☎ 410-516-6900

Fax: 410-516-6968

Book Orders:

☎ 1-800-537-5487

Fax : 410-516-6998

<http://press.jhu.edu/books/distribution.html>

Jossey Bass Inc

Wiley Imprint
989 Market Street
San Francisco
California 94103-1741
Etats-Unis

<http://www.josseybass.com/WileyCDA/>

K

**K.C.E. (Federaal Kenniscentrum voor
de Gezondheidszorg / Centre Fédéral
d'Expertise des Soins de Santé)**

Centre Administratif du Botanique
Door Building (10e étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles

Belgique

☎ 00 32 2 287 33 88

<http://www.kce.fgov.be/>

King's Fund Institute

11-13 Cavendish Square
London W1G 0AN

Royaume-Uni

☎ 00 44 20 7307 2591

Fax : 00 44 20 7307 2801

Email : bookshop@kingsfund.org.uk

<http://www.kingsfund.org.uk>

L

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

(Ex SNIP : Syndicat National de l'Industrie
Pharmaceutique)

88, rue de la Faisanderie

75016 Paris

☎ 01 45 03 88 88

<http://www.leem.org>

Lavoisier

11, rue Lavoisier
75008 Paris

☎ 01 42 65 39 95

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

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Le Coudrier (Editions)

Park avenir II
313 avenue Marcel Mérieux
Zone d'activités de Sacuny
69530 Brignais
<http://www.edition-lecoudrier.fr/>

Levy Economics Institute of Bard College

P.O. Box 5000
Annandale-on-Hudson
NY 12504-5000
Etats-Unis
<http://www.levyinstitute.org>

Lund University

Department of Economics
P.O. Box 7082
SE-22007 Lund
Suède
<http://www.nek.lu.se/>



M.S.S.P.S. (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)

Ministère chargé de la Santé
8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.sante.gouv.fr/>

McMaster University

Department of Economics
Kenneth Taylor Hall, Rm 426
McMaster University
1280 Main Street West
Hamilton, Ontario, Canada
L8S 4M4
☎ 00 1 905 525 9140, ext. 22765
Email : econ@mcmaster.ca - econch@mcmaster.ca
<http://www.mcmaster.ca/economics/>

Médecins du Monde (MDM)

62, rue Marcadet
75018 Paris
☎ 01 44 92 15 15
Email : medmonde@medecinsdumonde.org
<http://www.medecinsdumonde.org>

Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research

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

Ministry of Health, Labour and Welfare (Japon)

2-2 Kasumigaseki Chiyoda-ku
Tokyo, 100-8916
Japon
<http://www.mhlw.go.jp/english/index.html>

Ministry of Health and Social Affairs (Suède)

Fredsgatan 8
SE-103 33 Stockholm
Suède
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061>

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

<http://www.nber.org>

National Committee for Quality Assurance

1100 13th Street, NW
Suite 1000
Washington, DC 20005
Etats-Unis
Email : customersupport@ncqa.org

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

Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services

59 New Cavendish Street
London W1G 7LP
Royaume Uni
☎ 00 44 20 7631 8450
Fax : 00 44 20 7631 8451
Email : mail@nuffieldtrust.org.uk

<http://www.nuffieldtrust.org.uk>

O

O.B.I.G. (Osterreichisches Bundesintitut für Gesundheitswesen)

Stubenring 6
A-1010 Wien
Autriche
☎ 00 43 1 515 610
Fax : 00 43 1 513 84 72
Email : oebig@oebig.at

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

O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)

3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Email : ofdt@ofdt.fr

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

O.I.T. (Organisation International du Travail)

4, route des Morillons
CH 1211 Genève 22
Suisse
Email : ilo@ilo.org

<http://www.ilo.org>

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 Copenhagen
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17

Fax : 00 45 39 17 18 18

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

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

Eurostat Data Shop Paris
195, Tour Gamma A
75582 Paris cedex 12
☎ : 01 53 17 88 44
Fax : 01 53 17 88 22

Email : datashop@insee.fr

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

Observatoire Suisse de la Santé

Office fédéral de la statistique
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
Suisse
☎ +41 32 713 60 45
Email : obsan@bfs.admin.ch
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/01.html>

Örebro University

SE-701 82
Örebro
Suède
<http://www.oru.se/English/>

Office des Publications Officielles des Communautés Européennes

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
☎ 00 352 29 29 1
http://publications.europa.eu/index_fr.htm
Réseau d'agents de vente :
http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm => France

P

PSE Paris School of Economics

48 boulevard Jourdan
75014 Paris
☎ 01 43 13 63 00
Fax : 01 43 13 63 10
Email : accueil@pse.ens.fr
<http://www.pse.ens.fr/>

Presses de l'E.H.E.S.P. (Ecole des hautes Etudes en santé Publique)

Avenue du Professeur Léon-Bernard
CS 74312
35043 Rennes
☎ 02 99 54 90 98
Fax : 02 99 54 22 84
<http://www.presses.ehesp.fr/>

Presses Universitaires de France (PUF)

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
☎ 01.58.10.31.00
Fax : 01.58.10.31.82
<http://www.puf.com/>

R

R.I.V.M. (National Institute for Public Health and the Environment)

PO Box 1
3720 Bilthoven
Pays Bas
☎ +31 30 274 9111
<http://www.rivm.nl/en/>

R.S.I. (Régime Social des Indépendants)

264 avenue du Président Wilson
93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex
☎ 01 77 93 00 00
<http://www.le-rsi.fr/index.php>

R.W.I. (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)

Hohenzollernstrasse 1/3
D-45128 Essen
Allemagne
☎ 00 49 201 81 49 0
Fax : 00 49 201 81 49 200
Email : rwi@rwi-essen.de
<http://www.rwi-essen.de/>

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>

Réseau CHU

Marie-Georges Fayn
Domaine de Bellevue
36290 Saint-Michel-en-Brenne
☎ 02 54 38 06 59
Email : resocho@club-internet.fr
<http://web.reseau-chu.org/accueil.do>

Rockefeller Foundation
420 Fifth Ave
New York, NY 10018

Etats-Unis
☎ (212) 869-8500
<http://www.rockefellerfoundation.org/>

Ruhr-Universität Bochum

Universitätsstraße 150
44801 Bochum
Allemagne
http://www.ruhr-uni-bochum.de/index_en.htm



S.E.D.A.P. (Social and Economic Dimensions of Aging Population)

Hall, Room 426
McMaster University
Hamilton, Ontario
Canada L8S 4M4
Fax : 00 1 905 521 8232
Email : sep@mcmaster.ca
<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/>

S.F.M.G. (Société Française de Médecine Générale)

141, avenue de Verdun
92130 Issy Les Moulineaux
☎ 01 41 90 98 20
Fax : 01 41 90 07 82
<http://www.sfm.org>

S.N.I.T.E.M. (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales)

92038 Paris-La Défense
☎ 01 47 17 63 88
Fax : 01 47 17 63 89
<http://www.snitem.fr/>

Sage Publications Ltd

1 Oliver's Yard
55 City Road
London EC1Y 1SP
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7324 8500
<http://www.sagepub.co.uk/>

Secours Catholique

Département Méthodes-Statistiques
106, rue du Bac
75341 Paris cedex 07
☎ 01 45 49 73 71
Fax : 01 45 49 94 50
Email : dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr
<http://www.secours-catholique.org/>

Sénat

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 Paris
☎ 01 42 34 21 21
Email : espace-librairie@senat.fr
<http://www.senat.fr>

Social Science research network

2171 Monroe Avenue, Suite 3
Rochester, NY 14618
Etats-Unis
<http://www.ssrn.com/>

T

T.E.P.P. (Travail Emploi et Politiques Publiques)

Centre d'Etudes de l'Emploi
Le Descartes I
29, Promenade Michel Simon
93 166 Noisy-le-Grand cedex
<http://www.tepp.eu/>

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.F.C. - Que choisir (Union Fédérale des Consommateurs)

11, rue Guénot
75011 Paris
☎ 01 43 48 55 48
Fax : 01 43 43 44 35
<http://www.quechoisir.org/>

U.N.O.C.A.M. (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire)

120 Boulevard Raspail
75014 Paris
☎ 01 42 84 95 00
<http://www.unocam.fr/site/index.jsp>

United Nations Publications - ONU

Publication Room DC2-853
New York 10017
Etats-Unis
☎ 00 1 212 963 8302
<http://www.un.org/Publications>

Université de Barcelone

Research Institute of Applied Economics
Av. Diagonal, 690
08034 Barcelona.
Espagne
Email : irea@ub.edu
http://www.ub.edu/irea/index_en.htm

Université de Turin

Department of economics
Via Po, 53
I- 10124 Turin
Italie
<http://www.de.unito.it>

University of Dundee

Department of Economic Studies
University of Dundee,
Dundee
DD1 4HN -UK
Ecosse

University of Salzburg.

Department of Economics and Social
Sciences.
Kapitelgasse 4-6
A-5020 Salzburg
Autriche
<http://www.uni-salzburg.at/>

University of Zurich

Socioeconomic Institute
Faculty of Economics, Business Administration
and IT
Bibliothek (Working Paper)
Rämistrasse 71
CH-8006 Zürich
☎ +41-44-634 21 37
<http://www soi.uzh.ch/index.html>

University of Waterloo.

Department of economics
Hagey Hall of Humanities
Waterloo, Ontario
Canada N2L 3G1
<http://economics.uwaterloo.ca/>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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/economics/>

US Government Printing Office

732 north Capitol
Washington DC, 20401
Etats-Unis
Fax : 202.512.2104
Email : ContactCenter@gpo.gov
<http://www.gpo.gov/>



Viavoice

Etudes et conseil en opinion
9 rue Huysmans
75006 Paris
☎ 01 40 54 13 90
Email : contact@institut-viavoice.com
<http://www.institut-viavoice.com/>

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:
Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé