

Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé
Janvier - Février 2006

■ Service Documentation

Présentation

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

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

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

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

L'IRDES est disponible sur Internet.

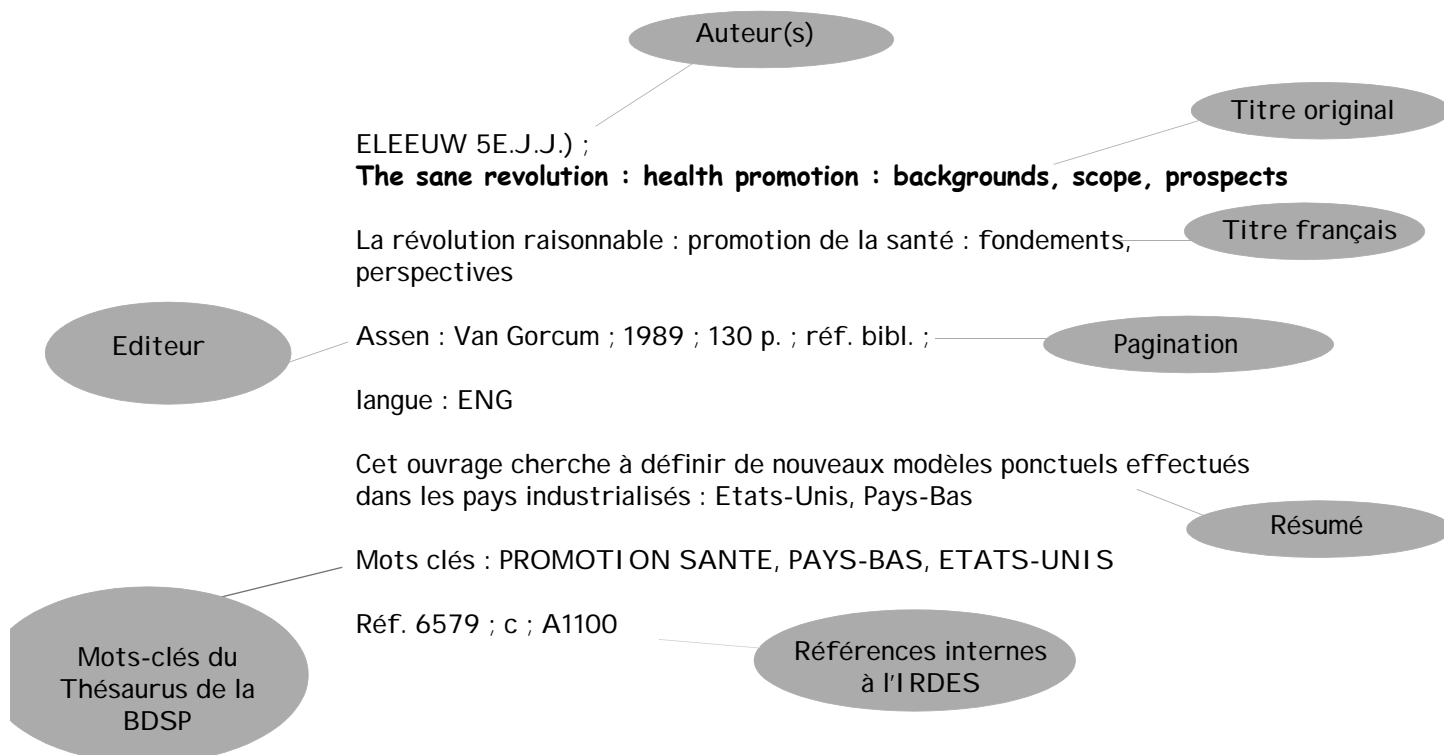
Pour contacter le centre de documentation :

E-Mail : document@irdes.fr

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

Serveur Web : www.irdes.fr

Comment lire une notice ?



Signification des abréviations

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

Sommaire

**Nous vous rappelons
qu'il ne sera délivré**

aucune photocopie

**par courrier des documents
signalés dans ce bulletin**

SOMMAIRE

Références bibliographiques13

POLITIQUE DE SANTÉ

Recherche en santé	15
Réformes	15
Régulation	15
Sondages d'opinion	16

PROTECTION SOCIALE

COG	17
Gouvernance	17
Mondialisation	18
Réformes	19
Protection complémentaire	19
Rapport au parlement	19
Remboursement	20

PRÉVENTION SANTÉ

Généralités	21
Alcoolisme	21
Baromètre santé	22
Maladies chroniques	22
Obésité	23

DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes de la Sécurité sociale	23
Déterminants	24

CONSOMMATION MÉDICALE

Médicaments	25
-------------------	----

INDICATEURS DE SANTÉ

Mesure de la santé	25
Niveau d'enseignement	27
Obésité	27
Toxicomanie	28

PERSONNES ÂGÉES

Dépendance	29
Hébergement collectif	30
Vieillesse	30

GROUPES DE POPULATION

Exclu	31
Inégalités devant soins	32
Jeunes adultes	32
Prisonniers	32
Sociologie de la santé	32

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Généralités	33
Démographie médicale	33
Ile-de-France	33
Régionalisation	34
Rhône-Alpes	35

MÉDECINE LIBÉRALE

Communication médicale	36
Médecins référents	36
Médecins traitants	36
Pratique médicale	36

HÔPITAL

Analyse des problèmes	37
Cardiologie	37
Classement	38
Hospitalisation à domicile	38
Tarification	38

PROFESSIONS DE SANTÉ

Personnel hospitalier	39
Régulation	39

MÉDICAMENTS

Antibiotiques	40
Chiffres-clés	40
Innovation	40
Prescription	41
Politique du médicament	41
Prix	42
Produits génériques	43
Psychotropes	44
Recherche pharmaceutique	44
Sondages d'opinion	45

TECHNOLOGIES MÉDICALES

Informatique médicale	45
-----------------------------	----

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne	46
Canada	46
Etats-Unis	47
Europe Occidentale	50
Monde	50
Pays-Bas	50
Pays industrialisés	51
Royaume-Uni	51
Union européenne	52

PRÉVISION-ÉVALUATION

Analyse coût-efficacité	57
Chimiothérapie	57
Etat de santé	58
Macroéconomie de la santé	58
Productivité	58
Recommandations	58

MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Econométrie	59
Economie de la santé	59
Epidémiologie statistique	59
Epidémiologie descriptive	60
Mortalité évitable	60

DÉMOGRAPHIE-MODE VIE

Famille	61
---------------	----

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Emploi	61
Prospective des métiers	61

DOCUMENTATION

Enquêtes	62
Répertoire	62

RÉGLEMENTATION

Accidents du travail	63
Hospitalisation à domicile	63

Index des auteurs	65
--------------------------------	-----------

Carnet d'adresses des éditeurs.....	75
--	-----------

Calendrier des colloques	85
---------------------------------------	-----------

Références bibliographiques

POLITIQUE DE SANTÉ

Recherche en santé

30571

RAPPORT

OLIVIER (A.) / éd.

The Nuffield Trust for Research and Policy.
Londres. GBR

Personal histories in Health research.

Histoires personnelles dans la recherche en santé.

Londres : The Nuffield Trust : 2005 : 220p.

B5218

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/260805PersonalHistories.pdf>

Ce rapport rassemble les libres propos de chercheurs et professionnels de santé sur la santé, la politique de santé et l'inégalité dans le système d'accès aux soins.

Réformes

30236

OUVRAGE

BENAMOUGIG (D.)

La santé au miroir de l'économie : une histoire de l'économie de la santé en France.

Paris : Presses universitaires de France : 2005 : 479p.

A3367

Le système de santé français est connu pour être en crise depuis plusieurs années et "le trou de la sécu" augmente. Pour sortir de cette spirale, il faut identifier les inefficiences et infléchir les logiques. L'économie de la santé est supposée offrir des éléments de diagnostic et des remèdes indispensables à la survie de notre système de santé. Mais l'appréhension du domaine de la santé par l'économie reste encore un sujet tabou. Pour sortir de cette vision réductrice, il est nécessaire d'en comprendre l'histoire, ce que tente cet ouvrage.

Régulation

30577

FASCICULE

KERVASDOUE (J. de), ULMANN (P.), LEQUET-SLAMA (D.), GRIGNON (M.), POLTON (D.), PELLET (R.), CAUSSAT (L.), RAYNAUD (D.),

CANIARD (E.), MEYER (C.), PIVETEAU (D.), ROTH (N.), CASH (R.), ROCHAIX (L.), MAZIERES (C. de), PARIS (V.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Paris : AEF : 2004/11 : 354p.

A3389

Cet numéro spécial de la Revue d'économie financière est entièrement consacrée à la régulation des dépenses de santé en France, avec quelques exemples de l'étranger. Les thèmes abordés sont les suivants : est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ? ; la régulation des systèmes de santé : quelques expériences étrangères de réformes en Europe ; l'assurance maladie : financement collectif et régulation par le marché, la concurrence par le financement fonctionne-t-elle ? ; bilan et perspectives sur l'évolution du financement de l'assurance-maladie ; le rôle de l'assurance maladie dans la régulation de la demande de soins ; l'assurance maladie complémentaire dans la régulation ; le panier de soins ; la prise en charge de la dépendance ; la tarification à l'activité ; les modes de rémunération des médecins ; la régulation dans l'industrie pharmaceutique ; les politiques de régulation et systèmes d'information. ▲

30578

OUVRAGE

AARON (H.J.), SCHWARTZ (W.B.), COX (M.), TALBOTT (S.) / préf.

Can we say no ? The challenge of rationing health care.

Pouvons-nous dire non ? Le challenge du rationnement en santé.

Washington : the Brookings Institution Press : 2005 : 199p., index

Over the past four decades, the share of income devoted to health care in the United States has nearly tripled. If current policy remains unchanged, this worrisome trend is likely to continue. Should Americans decide to rein in the growth of health care spending, on the other hand, they will be forced to consider whether to ration care for the well insured—a prospect that is odious and unthinkable to many. In «Can We Say No?», Henry Aaron and William B. Schwartz argue that sensible health care rationing not only can save money, but that it can improve general welfare and public health, as well. The book reviews Great Britain's experience with health care rationing. The choices the British have made point up the nature of the options Americans will face if they wish to prevent public health care budgets from driving taxes even higher and private health care spending from crowding out increases in other

forms of worker compensation and consumption. Aaron and Schwartz, along with Melissa Cox, explain why serious consideration of health care rationing is advisable, even inescapable. Can We Say No? provides the information policymakers and concerned citizens need to think clearly about these difficult issues, engage in an informed debate, and formulate responsible, sustainable health care policies (Résumé d'auteur).

Sondages d'opinion

30174

RAPPORT

Ipsos. Paris. FRA, AGF. Paris. FRA

Les Français et la santé : Ipsos Insight Santé/AGF

Paris : AGF : 2005 : 29p., tabl.

Ce document rassemble les résultats d'un sondage réalisé par Ipsos pour les AGF, en septembre 2005, sur le comportement des Français relativement au système de santé actuel, et plus particulièrement le parcours de soins. Si plus de 31,2 millions de personnes ont choisi et déclaré leur médecin traitant au 29 septembre 2005, annonce la CNAMTS, un peu moins des deux tiers des Français déclare avoir choisi son médecin et renvoyé le formulaire à sa caisse (ces proportions augmentent avec l'âge des personnes interrogées). Mais seule la moitié d'entre eux s'adresseront «systématiquement» à celui-ci avant de consulter un spécialiste.. Seuls 11 % d'irréductibles affirment qu'ils ne se situeront jamais dans le cadre du parcours de soins. Toujours selon ce sondage, les Français s'estiment bien informés sur les conséquences d'un moindre remboursement dans le cas de l'accès direct aux spécialistes sans passer par la case généraliste (77 %), sur le remboursement des soins et des médicaments (71 %), sur la qualité des soins (65 %), mais ils méconnaissent le non-remboursement forfaitaire d'un euro (60 % n'en connaissent pas le montant ou pensent qu'il est supérieur à un euro). Par ailleurs, plus de cinq Français sur 10 se montrent intéressés par un service téléphonique les aidant à choisir par spécialité les meilleurs hôpitaux ou cliniques près de chez eux. Les chiffres-clés de la réforme peuvent être par ailleurs consultés sur ameli : <http://www.ameli.fr/213/DOC/1958/article.html>. ▲

30175

RAPPORT

CSA. Paris. FRA, Sénat. Paris. FRA

L'opinion des Français sur le système de santé : sondage de l'Institut CSA.

Paris : AGF : 2005/10 : 14p., tabl.

B5122

<http://www.csa-tmo.fr/dataset/data2005/opi20051012d.pdf>

Ce document rassemble les résultats d'un sondage réalisé par l'Institut CSA pour le Sénat, en octobre 2005, sur l'opinion des Français sur le système de santé actuel. Ainsi, 67 % des personnes interrogées estiment que l'assurance maladie doit continuer à prendre en charge tous les assurés quel que soit leur comportement (tabagisme, boisson et autres comportements à risque), 31 % estimant au contraire qu'elle devrait «pénaliser les assurés qui mettent en danger leur santé». Les Français sont 71 % à penser que l'on est mieux soigné lorsqu'on dispose de revenus importants. Ils sont 68 % à se dire bien informés pour s'orienter dans le parcours de soin, et 67 % sur la qualité des soins pratiqués dans les différents hôpitaux, cliniques, centres de soins. S'agissant de l'offre de soins hospitalière, les Français se montrent très partagés : alors que 48 % se prononcent pour le maintien de tous les services hospitaliers de proximité, même si la qualité n'est pas optimale, 43 % préfèrent la fermeture de certains services au profit d'établissements plus éloignés, mais avec une qualité de soins supérieure. Enfin à la question de savoir, «s'il n'y avait plus de Sécurité sociale dans cinq ans», quelle serait leur réaction, 51 % répondent qu'ils utiliseraient les services d'une mutuelle quitte à la payer cher, 49 % disent qu'ils continueraient à aller chez le médecin comme aujourd'hui même sans être remboursés, 21 % qu'ils diminueraient leurs achats de médicaments et 21 % qu'ils éviteraient de se rendre chez le médecin.

PROTECTION SOCIALE

COG

30536

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Sécurité Sociale. (D.S.S.). Sous-Direction de la Gestion et des Systèmes d'Information. (S.D.G.S.I.). Mission Evaluation des Conventions d'Objectifs et de Gestion. (M.E.C.O.G.). Paris. FRA

Convention d'objectifs et de gestion Etat/ AcoSS 2002-2005.

Paris : Mssps : 2005 : 40p.

C, B5205

http://www.securite-sociale.fr/secu/cog/evaluation/cog_acoss_eval2005.pdf

Cette évaluation s'inscrit dans le contexte de la préparation de la prochaine COG Etat / ACOSS (2006-2009). Si quelques constats visent à apporter un éclairage quant à la mise en oeuvre de la Convention d'Objectifs et de Gestion en cours, deux thématiques ont été privilégiées pour cette campagne d'évaluation : l'efficience du contrôle des cotisants et le développement des offres de service aux cotisants et la dématérialisation. Deux démarches complémentaires ont concouru à la réalisation de la présente évaluation : la diffusion d'un questionnaire auprès de l'ensemble des organismes de la branche Recouvrement, ainsi qu'une enquête approfondie menée par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales au sein d'un échantillon de 52 organismes (l'URSSAF de Paris - Région parisienne étant représentée par 2 directions départementales du recouvrement). Pour la liste exhaustive des organismes composant l'échantillon, on se reportera utilement à l'annexe 2, figurant en fin de rapport.

Gouvernance

29841

RAPPORT

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. (D.R.A.S.S.). Mission d'Evaluation des Conventions d'Objectifs et de Gestion. Paris. FRA

La qualité du pilotage dans les organismes de Sécurité sociale.

Paris : DRASS : 2005 : 35p., tabl.

B5085

http://www.securite-sociale.fr/secu/cog/evaluation/cog_eval2005.pdf

Cette présente évaluation s'inscrit dans le contexte de la préparation de la troisième génération de Conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les différentes caisses de Sécurité sociale qui mettent particulièrement l'accent sur la nécessité de renforcer les engagements de performance déjà amorcés par les organismes. Elle a concerné des organismes des trois régimes (général, indépendants et agricole) mais aussi certains régimes spéciaux. L'objectif de cette évaluation était d'apprécier, de façon comparative, la qualité du pilotage des organismes. Celle-ci a été abordée sous l'angle de la mise en œuvre des fonctions "contrôle de gestion" et "statistiques" au niveau local et de leur contribution au système national. Le rapport présente un état des lieux des pratiques, les marges et la nature des progrès à réaliser pour les organismes, ainsi que des pistes de recommandations.▲

30575

OUVRAGE

PALIER (B.)

Gouverner la Sécurité sociale.

Paris : Presses Universitaires de France : 2005 : 502p.

A3387

Créé en 1945 et pour des temps aujourd'hui révolus, le système français de Sécurité sociale est appelé depuis le début des années 1980 à s'adapter au nouveau contexte économique et social. Ce livre analyse l'ensemble des évolutions et des réformes du système français de protection sociale de 1945 à 2005, qui, depuis le début des années 80, est appelé à s'adapter au nouveau contexte économique et social. Il défend la thèse que les politiques sociales, conçues dans un contexte keynésien, connaissent au cours des années 1990-2000 une phase de réajustement au nouveau cadre économique, marqué par la domination des politiques néo-classiques centrées sur l'offre, la compétitivité des entreprises et l'orthodoxie budgétaire. Il analyse les conséquences de ces politiques en soulignant les dualisations engendrées par ces réformes : dualisation entre les populations assurées et les populations exclues, entre protection sociale collective, solidaire, et protection individuelle privée, dualisation du système lui-même enfin, avec, d'un côté, des secteurs de

plus en plus étatisés (santé, famille, lutte contre la pauvreté) et, de l'autre, des secteurs assurantiels de plus en plus régis par une logique d'individualisation et de privatisation des risques.

Mondialisation

30450

OUVRAGE

BRENDER (A.),

STRAUSS-KAHN (D.) / préf.

La France face à la mondialisation.

Paris : Editions la Découverte : 2004 : 124p.

Passant au-dessus des idées reçues des thuriféraires de la mondialisation libérale comme de celles de ses détracteurs, l'auteur s'efforce de montrer que la compétitivité des nations dépend de leurs infrastructures, de leur capital humain et de leur organisation sociale et que l'augmenter suppose des gains de productivité, mais aussi un recentrage de l'État et un renouveau du débat politique. Pour Anton Brender, la mondialisation est devenue une réalité. L'influence de l'Europe sur le monde est perdue, mais la richesse des pays d'Europe occidentale est acquise. Pour la conserver, il faut renoncer à la passivité actuelle. Il n'est pas question de lutter contre la Chine ou le Viêt-nam en baissant les salaires ou en abandonnant notre protection sociale mais il faut apprendre à échanger et faire preuve d'imagination et de volonté. L'ouvrage s'articule en trois parties : le chemin parcouru, des vents nouveaux, un cap à tenir. Dans la première partie, l'auteur rappelle les atouts de l'Europe (productivité élevée, relatif accord sur les règles du jeu social et paix civile) mais ne cache pas les menaces qui pèsent sur cette richesse (nécessité d'investir, d'augmenter les efforts de recherche, de lutter contre l'exclusion qui menace le tissu social). Cette richesse, l'Europe ne l'a pas construite dans un cadre purement libéral. Elle est le fruit du lien entre le capitalisme et une force, émanant entre autres des partis et des syndicats, qui a imposé une amélioration des conditions de vie et le progrès social. Dans la seconde partie, l'auteur s'intéresse à trois aspects de la mondialisation, l'émergence des pays du Sud, la pression des marchés financiers et l'impact de Maastricht. L'auteur rappelle judicieusement que si les délocalisations nous font perdre des emplois, nous gagnons aussi des marchés avec le développement de nouveaux clients. Si la globalisation est bancaire, c'est que le problème du financement de l'économie mondiale n'est pas réglé, que le crédit international ne parvient pas à stimuler la croissance mondiale, non en raison

d'une pénurie d'épargne comme on l'affirme souvent, mais en raison de la préférence des marchés financiers pour le court terme. L'auteur appelle toutefois à se méfier des idées reçues sur les marchés financiers. Ils sont indispensables en ce qu'ils permettent aux entreprises de se couvrir contre les risques, ce qui favorise la croissance. Mais il ne faut pas s'abandonner pour autant aux sirènes libérales ; ces marchés ne sont pas omniscients ; ils sont agités de mouvements de panique ou de lubies. Les autorités publiques ont une responsabilité de pilotage et des moyens d'action, comme le montre la réussite de " l'atterrissage en douceur " organisé pour l'économie américaine par Alan Greenspan en 1994. Mais la globalisation a introduit une contrainte nouvelle. Les pays les moins puissants financièrement, et les banques centrales les plus timides, risquent, à défaut de coordination de leur politique monétaire, de se voir imposer leurs taux d'intérêt et de change. La mise en place de l'euro ne semble pas avoir permis à l'Union européenne d'échapper à ce danger. Unis dans leur politique monétaire et contraints dans leur politique budgétaire, les pays de la zone euro restent trop figés sur la maîtrise de l'inflation et se sont privés d'instruments de relance de la croissance. La dernière partie s'intéresse au cap à tenir pour faire face au défi de la mondialisation. La croissance exige de nouveaux gains de productivité car tous les besoins ne sont pas satisfaits et parce qu'il faut faire face au vieillissement de la population. Il faut aussi mettre ces gains au service de la réduction des inégalités. Pour éviter une hausse du chômage, l'augmentation de la productivité doit s'accompagner de la création d'emplois nouveaux, ce qui suppose de repérer les activités qui généreront une demande accrue de travail cher (industrie de haute technologie, mais aussi de respect de l'environnement, services), et de favoriser les investissements matériels et immatériels qui permettront de les développer. On ne peut se contenter de partager le travail et les salaires pour sortir du chômage, dit l'auteur. La mondialisation impose une sortie par le haut et on ne peut s'en remettre aux seules forces du marché pour régler les problèmes. " Si nous voulons garder notre richesse, il faut consolider les infrastructures sociales, moderniser les dispositifs de solidarité, rénover les grands appareils sociaux (éducation, santé, justice, ville). " Pour assurer ces missions, " l'État doit se désengager de celles où il n'a plus de raison d'intervenir comme entrepreneur ". L'auteur plaide pour la privatisation des entreprises publiques et d'une partie des grands réseaux de services collectifs, mais pour la préservation des services publics qui sont facteurs d'intégration sociale ou de compé-

titivité. «Investir dans l'intégration sociale n'implique donc pas une augmentation des dépenses de l'État, mais un redéploiement des efforts.». Le danger le plus pressant dans la période actuelle tient à l'érosion de notre capital social. Pour l'enrayer, il faut trancher des questions délicates et ouvrir des voies nouvelles : redévelopper les banlieues, réinsérer les exclus, accepter les privatisations pour dégager pour l'État des moyens, transformer la Sécurité sociale. " Le Plan ne jouant plus son rôle, le renouveau du débat politique impliquant les partis, les syndicats, l'administration, les groupes de pression, les entreprises, est devenu indispensable. Pour l'auteur, la mondialisation est donc un défi qui offre à la France la possibilité de se réformer. Mais il ne s'agit pas pour autant de s'abandonner aux forces aveugles du marché. L'État a un rôle essentiel à jouer, mais il doit se réformer, et la société tout entière doit participer aux débats sur les grandes orientations. Il n'est pas étonnant que le livre soit préfacé par Dominique Strauss-Kahn.

Réformes

30217
RAPPORT
VASSELLE (A.)
Sénat. Paris. FRA
Réforme de l'assurance maladie : les nouveaux outils de la régulation.

Paris : Sénat : 2005 : 53 p.
B5145
<http://www.senat.fr/rap/r05-011/r05-0111.pdf>
Le présent rapport a pour ambition de mettre en exergue les éléments de la réforme qui, sans appartenir au domaine de loi, constituent des éléments déterminants de la configuration du système d'assurance maladie. Il a pour objectif de donner un éclairage sur trois pans de la réforme qui distinguent la loi du 13 août 2004 des multiples plans de sauvetage de la Sécurité sociale adoptés au cours des vingt dernières années : le parcours de soins et les modalités d'association des professionnels de santé à la réforme, la coordination entre les interventions du régime obligatoire et celles des régimes complémentaires, la régionalisation du système de santé. Il s'attache à l'analyse des dispositifs mis en œuvre dans ces domaines et examine les conditions nécessaires au bon fonctionnement de ces nouveaux outils de régulation.

Protection complémentaire

30178
NOTE
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
Les couvertures complémentaires en assurance maladie.
Paris : HCAAM : 2005 : 20p., fig., tab., carte
B5124
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_271005b.htm
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/note_271005b.htm

Cette deuxième note du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les couvertures complémentaires valide à l'unanimité la note de suivi de l'avis du 24 février 2005. Elle insiste sur deux souhaits : celui qu'on mette en œuvre la mesure annoncée par le Premier Ministre en 2004 sur l'extension de la CMUC aux familles avec enfants et celui qu'on développe les études sur la montée en charge du dispositif de complémentaire à la CMUC, sur les dépassements d'honoraires en secteur II, sur la mise en œuvre de la Loi Evin (sortie des contrats collectifs en entreprise) et sur l'indemnisation des arrêts de travail maladie par les entreprises et les organismes complémentaires. Dans la note annexée à l'avis, le HCAAM donne quelques références utiles sur les évolutions de charges des OC. Ainsi, le Haut Conseil chiffre à 630 millions d'euros les augmentations de charges en 2006, telles qu'elles découlent du PLFSS 2006. "Cela représente une hausse de 3 % environ des cotisations des organismes complémentaires". En cas de non remboursement des veinotoniques, "la hausse ne sera plus que de 1,5 à 2 %". La Mutualité française a indiqué, vendredi 28 octobre, que sa propre évaluation des charges des complémentaires santé était "conforme" à celle réalisée par le Haut Conseil.

Rapport au parlement

29795
RAPPORT
Cour des Comptes. Paris. FRA
La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement.
Paris : Cour des Comptes : 2005/09 : 409p., tabl.
B5077
<http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2005/introduction.htm>
Présenté lors d'une conférence de presse le 14

septembre 2005, ce huitième rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale comprend trois parties. La Cour examine d'abord, comme chaque année, les comptes de la Sécurité sociale et l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale. Cette partie rend aussi compte de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes de sécurité sociale (COREC). En matière de gestion des risques, elle analyse les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics et l'assurance maladie pour agir sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux. Elle examine aussi les retraites du monde agricole et l'avantage social vieillesse (ASV) des professions de santé conventionnées. La Cour traite enfin la certification des comptes de la Sécurité sociale, dans la perspective de la nouvelle mission qui lui a été confiée, en la matière, par la loi organique du 2 août 2005. Le rapport, en ligne sur le site de la Cour des Comptes, est accompagné d'une synthèse en français et en anglais.

Remboursement

30177

NOTE

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

Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base.

Paris : HCAAM : 2005 : 34p., fig., tab., carte B5123

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_271005.htm

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/note_271005.htm

Un avis consacré au périmètre de prise en charge intégrale par les régimes de base, adopté jeudi 27 octobre à la quasi unanimité par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, propose de remettre à plat les critères occasionnant une couverture intégrale des soins, afin de donner plus de cohérence à notre système, et envisage les conséquences du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Le Haut Conseil ne conteste pas le fait que la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux, mais il observe que, en fait, on exonère non pas sur la seule constatation d'une dépense élevée mais aussi en fonction du statut de l'individu : état de santé, situation du bénéficiaire (régime des accidents du travail, femmes enceintes...). Il en résulte des incohérences, certes à la marge mais choquantes. L'avis s'inquiète d'une telle distor-

sion [...] qui est de nature à diminuer l'attachement des Français à une Sécurité sociale obligatoire et solidaire. Quant au forfait de 18 euros sur les actes lourds (supérieurs à 91 euros), le Haut Conseil souligne qu'il s'agit d'une petite franchise qui représente 1 % des dépenses exonérées à ce titre. L'avis insiste aussi sur le fait que 2,3 millions d'assurés hospitalisés ne sont pas exonérés aujourd'hui (absence d'acte technique lourd), ce qui occasionne pour eux un reste à charge moyen de 500 euros. Si ce forfait de 18 euros peut apparaître comme un moyen de rééquilibrer les règles de prise en charge entre assurés hospitalisés, selon que leur séjour comporte un acte technique ou non, ce rééquilibrage reste partiel et ne résout en rien le fait que certains hospitalisés supportent des coûts très élevés. De plus, le fait d'exonérer du forfait de 18 euros les personnes en ALD, les femmes enceintes ou les titulaires d'une pension d'invalidité risque d'accroître la distorsion pointée par le Haut Conseil, entre les assurés pris en charge à 100 % et les autres.

PRÉVENTION SANTÉ

Généralités

29802

OUVRAGE

BEAGLEHOLE (R.) / éd.

Global public health : a new area.

La santé publique globale : un nouveau domaine.

Oxford : Oxford University Press : 2003 : 284p., index

A3329

This book addresses three major issues : the changing global context for public health; the state of public health practice in developed and developing countries ; and strategies for strengthening the practice of public health in the twenty-first century. This book is in three parts. The first part has two aims. Firstly, it surveys the complex old and new challenges facing public health practitioners. Secondly, it summarises the state of health globally using new data based on measures developed by the World Health Organization and other groups to better describe population health status and trends. Part two presents the first detailed review of the global state of public health. It analyses the public health situation in all regions of the world. Six chapters cover Europe, North and Latin America, and Australia and New Zealand. Three chapters cover China, Sub-Saharan Africa, and South Asia. The lessons from these chapters are surprisingly similar: the challenges are great; the public health workforce and infrastructure have long been neglected; and much needs to be done to reinvigorate the practice of public health. The third section covers several cross cutting themes : the impact of the new public health threat from bioterrorism and its implications for the future of public health practice ; the developing field of international public health ethics ; and the central and neglected role of the public in strengthening the practice of public health. The final chapter summarises the major themes of the book and explores the opportunities for building the capacity of the public health workforce to respond to the major global health needs. Despite the enormity of the challenges facing public health practitioners, especially in developing countries, the tone adopted in the final section of this book is relatively optimistic.▲

29803

CONGRES, OUVRAGE

KIRCH (W.) / éd.

European Public Health Association. (E.P.H.A.). Dresden. GER

Public health in Europe : 10 years European Public Health Association.

La santé publique en Europe : 10 ans de l'Association européenne de santé publique.

10th annual congress of the European Public Health Association. : Dresden, 2002/11/28-30

Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 376p., tabl., graph., index

A3330

This book reflects the scientific and practical developments and results in european public health in the 10 years since the establishment of the European public health association (EUPHA). The contributions cover current topics and issues in various aspects of public health : health care management and quality assurance in various settings, health promotion and prevention for different population groups, health-related information and communication, health care policy and science, public health research and practice. ▲

30451

OUVRAGE

FASSIN (D.)

Faire de la santé publique.

Rennes : Editions de l'ENSP : 2005 : 59p.

La définition de santé publique est souvent normative. L'auteur préfère explorer deux voies différentes : celle généalogique qui s'intéresse à la constitution d'un gouvernement des corps et des populations dans le temps long de l'histoire et l'autre sociologique qui analyse la construction d'une politique sanitaire à partir de cas exemplaire. Cet ouvrage démontre comment des idées naissent, des instruments se forment et des acteurs se mobilisent pour faire exister et reconnaître ce qu'on appelle des " problèmes de santé publique ". Tout cela transforme notre vision des choses et, avec elle, notre responsabilité à l'égard du monde et de ses citoyens. L'ouvrage comprend 2 parties d'une bibliographie : - Généalogies : entre pouvoirs et savoirs ; - Sociologies : de la nature à la culture.

Alcoolisme

30442

OUVRAGE

CHABALIER (H.)

Alcoolisme : le parler vrai, le parler simple : rapport de la mission sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme.

Paris : Robert Laffont : 2005 : 158p., tabl. A3372

A la suite de la publication de son livre «Le Dernier, pour la route», Hervé Chabalier est devenu presque malgré lui le porte-voix de la lutte contre l'alcoolisme, grâce au succès et à l'impact de son récit-choc, et s'est vu confier par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, une mission sur l'alcoolisme en France. En tant que citoyen et alcoolique "qui s'en est sorti", il se devait d'accepter cette mission. Il a donc repris son bâton de pèlerin, réuni une équipe de réflexions et d'échanges, constituée de médecins, alcoologues, addictologues, membres d'associations d'anciens buveurs... Il a interrogé les spécialistes, donné la parole aux malades et à leurs proches, confronté les statistiques, analysé les implications économiques, sociales, culturelles... Le constat est sans appel : un Français sur dix est malade de l'alcool. Cinq millions de personnes sont concernés par une consommation abusive. L'alcool est responsable de 10 % des décès : chaque jour, cinq personnes meurent d'un accident impliquant l'alcool. Qui est également la première cause de mortalité chez les jeunes, et la première cause non génétique de handicap chez l'enfant. Ces chiffres sont éloquentes, et pourtant la loi Evin a été récemment assouplie sous la pression des lobbies viticoles, et 15 à 20 % des alcooliques ne sont pas soignés pour leur alcoolisme. Pour quelles raisons ? Manque de moyens et de stratégie, banalisation du produit alcool... les pouvoirs publics ont jusqu'à présent fermé les yeux. On a du mal, particulièrement en France, à reconnaître que l'alcoolisme est une véritable maladie. Il est donc urgent d'agir. Et il existe des solutions pour lutter contre ce fléau. Pour commencer, en faire un véritable enjeu de santé publique, une cause nationale. C'est ce que propose ce rapport sans complaisance, riche de propositions concrètes (4e de couverture.)

Baromètre santé

30143

OUVRAGE

GAUTIER (A.) / dir., LAMOUREUX (P.) / préf.
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA
Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003.

Saint-Denis : INPES : 2005 : 271p., tabl., graph.,

fig.

Ac3348

Médecins et pharmaciens perçoivent-ils la prévention de manière identique ? Quels obstacles considèrent-ils comme les plus importants à une démarche éducative ou préventive ? Leurs comportements ont-ils évolué depuis 1998 ? Pour la première fois, l'étude des médecins généralistes a été effectuée conjointement à celle des pharmaciens d'officine et a donné lieu à l'édition d'un unique ouvrage. Cette enquête, réalisée auprès de 2 057 médecins généralistes exerçant en mode libéral et 1 062 pharmaciens titulaires d'officine, décrit les opinions, comportements et pratiques de ces professionnels de santé. Les questionnaires portent entre autres sur leurs comportements personnels de santé, leurs opinions et attitudes vis-à-vis de la prévention, la vaccination, le dépistage des cancers, le VIH, l'hépatite C, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction. Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 est destiné à tous ceux qui s'intéressent à l'implication des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine dans le domaine de la prévention.

Maladies chroniques

30147

RAPPORT

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

Preventing chronic diseases : a vital investment.

Prévention des maladies chroniques : un investissement vital.

Genève : OMS : 2005 : 182p., tabl., fig., index
Preventing chronic diseases: a vital investment dispels the long-held misunderstandings about heart disease, stroke, cancer and other chronic diseases that have contributed to their global neglect. The reality is that 80% of this year's 35 million chronic disease-related deaths will occur in low and middle income countries, where they affect men and women at younger ages than in high income countries. Premature deaths in countries such as China, India and the Russian Federation are projected to cost billions of dollars over the next 10 years. Even more importantly, this report gives practical advice for reducing deaths and improving the lives of millions of people. Every country, regardless of its level of resources, has the potential to make significant improvements in chronic disease prevention and control. A great amount can be achieved with leadership and effective and low-

cost interventions. This report shows the way forward

Obésité

30214

RAPPORT

DERIOT (G.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. (O.P.E.P.S.). Paris. FRA

Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité.

Paris : Assemblée Nationale : 2005/09 : 174p.

Cette étude menée par l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) s'appuie pour la première fois sur un tableau complet et pluridisciplinaire de l'obésité en y incluant non seulement les aspects médicaux mais également épidémiologiques, économiques ou sociologiques, et en y associant aussi bien des praticiens que des acteurs du monde institutionnel ou de la recherche. L'équipe rassemblée par l'Inserm pour mener cette étude a parfaitement répondu à ces préoccupations. Les constats effectués par les experts ouvrent de fait de nombreuses pistes de réflexion. Les parlementaires, et notamment ceux membres de l'OPEPS, s'en inspireront pour proposer, à l'occasion des prochains rendez-vous législatifs, une amélioration de la prévention et de la prise en charge d'une maladie dont la progression est actuellement inquiétante. Ils se fonderont également sur cette étude pour alerter la population, mais également les pouvoirs publics et les très nombreux acteurs concernés, sur l'ampleur et la gravité du phénomène de l'obésité.

DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes de la Sécurité sociale

29853

RAPPORT

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

Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale - CCSS. Résultats 2004.

Prévisions 2005 - 2006. Rapport provisoire. Tome 1.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 2005/09 : 241p., tabl., graph.

Bc5096

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2005/ccss200509t1.pdf>

Ce rapport présente les comptes de la Sécurité sociale du régime général pour l'année 2004 et les prévisions actualisées pour 2005 et 2006. Le rapport s'organise autour : d'une synthèse et d'un avant propos réunissant les principaux résultats ; de fiches organisées par thème autour du financement, des prestations maladies et AT/MP, des prestations familiales et des prestations vieillesse ; de fiches sur les comptes des régimes en commençant par les fonds de financement et le régime général. Le tome II présente les autres régimes de base et les régimes de retraite complémentaire. ▲

29864

RAPPORT

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

Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale - CCSS. Résultats 2004.

Prévisions 2005 - 2006. Rapport provisoire.

Tome 2.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 2005/09 : 234p., tabl., graph.

Bc5096bis

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2005/ccss200509t2.pdf>

Ce rapport présente une actualisation des prévisions des comptes de la Sécurité sociale publiées antérieurement pour 2004 et des premiers comptes prévisionnels pour 2005. Ce second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général. ▲

30209

RAPPORT

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

Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale - CCSS. Résultats 2004. Prévisions 2005 et 2006.

Paris : La Documentation Française : 2005/09 : 476p., tabl., graph.

Bc5140

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2005/ccss200509t1.pdf>

<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2005/ccss200509t2.pdf>

Ce rapport a été présenté le 28 septembre 2005 à la Commission des Comptes de la Sécurité sociale. Il présente les résultats des comptes des régimes de Sécurité sociale pour l'année 2004 et les prévisions pour les années 2005 et 2006. Ces comptes prévisionnels sont cohérents avec les prévisions économiques ayant servi de base au rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006. En revanche, ils ne tiennent pas compte des mesures nouvelles qui sont proposées au vote du Parlement dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, à l'exception des mesures dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Ce présent rapport examine l'ensemble des régimes de sécurité sociale.



Déterminants

30479

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRIGNON (M.)

McMaster University. Department of Economics. Ontario. CAN

Ageing, health and aggregate medical care spending in France.

Vieillesse, santé et dépenses de santé agrégées en France.

Department of Economics Working Paper Series.

Ontario : McMaster University : 2005/05 : 53p., tabl.

Even though institutions rather than ageing influence medical expenditure at the aggregate level, measuring the expected impact of changes in need (age and health status) on expenditure in a given national health care system allows one to assess how institutions allocate resources across ages. I attempt such a decomposition of

the variation of medical expenditure between need, socioeconomic circumstances and technology in the case of France, using a unique data set at the individual level. I use morbidity as an indicator of health and test for endogeneity of health to expenditure, as well as for temporal stability of the relationship between health and medical care.

CONSOMMATION MÉDICALE

Médicaments

30108

RAPPORT

DUPUIS (S.), JEANTET (M.), LE CORRE (V.),
PELC (A.)

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.
(C.C.M.S.A.). Direction des Etudes - des Réper-
toires et des Statistiques. (D.E.R.S.). Direction
de la Santé (D.S.). Bagnolet. FRA

**MédicMSA : les médicaments remboursés
par le Régime Agricole au cours des années
2003 et 2004.**

Tableaux de bord.

Bagnolet : CCMSA : 2005/08 : 55p., tabl.

B5110

Ce document publié par la Caisse centrale de la
Mutualité sociale agricole (CCMSA), est un ins-
trument de mesure périodique pour une connais-
sance plus approfondie de la consommation de
médicaments au sein des populations couvertes
par le régime agricole. Cette nouvelle édition
porte sur l'analyse des médicaments délivrés en
officines de ville au cours des années 2003 et
2004. Sont analysés : les montants présentés au
remboursement ; les médicaments les plus pres-
crits en 2004 ; les premiers médicaments pré-
sentés au remboursement ; les remboursements
des médicaments ; les prescriptions de spéciali-
tés ; la répartition par génériques et princeps...

INDICATEURS DE SANTÉ

Mesure de la santé

29713

DOCUMENT DE TRAVAIL

STEWART (S.T.), WOODWAED (R.M.),
CUTLER (D.M.)

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

**A proposed method for monitoring US
population health : linking symptoms,
impairments, chronic conditions, and health
ratings.**

*Proposition de méthode pour surveiller l'état de
santé de la population aux Etats-Unis : comment
relier symptômes, dégradation de l'état de santé,
conditions chroniques et mesures de santé.*

NBER Working Paper Series ; n° 11358

Cambridge : NBER : 2005/05 : 46p., tabl., gra-
ph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11358.pdf>

We propose a method of quantifying non-fatal
health that details the mechanisms through
which chronic conditions affect health. Self-rated
health status and time-tradeoff ratings of current
health are regressed on impairments and symp-
toms from the Quality of Well-Being Scale, using
OLS regression and ordered probit. This yields
estimates of their effects analogous to disutility
weights but not based on counterfactual scenar-
ios, and accounts for complex non-additive rela-
tionships. Data are from 1420 adults age 45-89
in the Beaver Dam Health Outcomes Study.
Chronic condition weights and summary measur-
es of health are derived, laying the groundwork
for a detailed national summary measure of
health. ▲

29715

DOCUMENT DE TRAVAIL

MURPHY (K.M.), TOPEL (R.H.)

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

The value of health and longevity.

La valeur de la santé et de la longévité.

NBER Working Paper Series ; n° 11405

Cambridge : NBER : 2005/06 : 59p., tabl., gra-
ph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11405.pdf>

We develop an economic framework for valuing
improvements to health and life expectancy,
based on individuals' willingness to pay. We then

apply the framework to past and prospective reductions in mortality risks, both overall and for specific life-threatening diseases. We calculate (i) the social values of increased longevity for men and women over the 20th century; (ii) the social value of progress against various diseases after 1970; and (iii) the social value of potential future progress against various major categories of disease. The historical gains from increased longevity have been enormous. Over the 20th century, cumulative gains in life expectancy were worth over \$1.2 million per person for both men and women. Between 1970 and 2000 increased longevity added about \$3.2 trillion per year to national wealth, an uncounted value equal to about half of average annual GDP over the period. Reduced mortality from heart disease alone has increased the value of life by about \$1.5 trillion per year since 1970. The potential gains from future innovations in health care are also extremely large. Even a modest 1 percent reduction in cancer mortality would be worth nearly \$500 billion. ▲

29715

ARTICLE

DANEL (T.), KARILA (L.)

Exposition prénatale à l'alcool : expression clinique à l'âge adulte.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/09 ; vol. : n° 48 : 14-17

Cote Irdes : P49

La consommation d'alcool chez les femmes enceintes peut être responsable, pour l'enfant, de séquelles neuro-comportementales. A l'âge adulte, ces troubles doivent être identifiés et faire l'objet d'une prise en charge adaptée. ▲

29824

OUVRAGE

YOUNG (T.K.)

Population health : concepts and methods.

Santé populationnelle : concepts et méthodes.

New York : Oxford University Press : 2005 : VII-392p., tabl., graph., fig., index

A3334

Population health encompasses traditional public health and preventive medicine but emphasizes the full range of health determinants affecting the entire population rather than only ill or high-risk individuals. The population health approach integrates the social and biological, the quantitative and qualitative, recognizing the importance of social and cultural factors in practice and research. This text is organized around the

logical sequence of studying and attempting to improve the health of populations: measuring health status and disease burden, identifying and modeling health determinants, assessing health risks and inferring causation, designing research studies, planning interventions, and evaluating health programs. The second edition incorporates many new topics that reflect change in contemporary public health concerns and our response to them, as well as shifts in research directions. These include lifecourse approaches to health, gene-environment interactions, emergent infections, and bioterrorism. Among the specific changes are new or expanded discussions of confidence intervals for commonly used rates, the impact of population aging on mortality trends, healthy survey questionnaires, summary measures of population health, the new International Classification of Functioning, Disability and Health, migrant studies, race and ethnicity, psychoneuroendocrine pathways, social epidemiology, risk perception, communicating the SARS epidemic, ecologic studies, the odds ratio, participatory research, suicide, evidence-based community interventions, evaluation methods and health economics, the Cochrane Collaboration, and systematic reviews. The many positive features on the first edition have been retained, such as the extensive use of boxes, case studies, and exercises; the selection of examples representing a variety of health problems, geographic regions, and historical periods; and a multidisciplinary orientation bridging the quantitative and qualitative, the social and biomedical sciences. The book aims to spark a new kind of broad-based training for researchers and practitioners of population health. ▲

29826

OUVRAGE

KELEHER (H.) / éd., MURPHY (B.) / éd.

Understanding health : a determinant approach.

Comprendre la santé : une approche par les déterminants.

New York : Oxford University Press : 2005 : XVII-361p., tabl., graph., fig., index

A3335

This book introduces the basic components of old and new public health, placing them in the wider context of conditions and structures in society. The 'determinants of health' approach focuses on both health inequalities and the consequences of social disadvantage for people's health.▲

29829

OUVRAGE

STREINER (D.L.), NORMAN (G.R.)

Health measurement scales : a practical guide to their development and use.

Echelles de mesure de la santé : un guide pratique pour leur développement et leur utilisation.

Oxford : Oxford University Press : 2003 : 283p., index

A3336

The second edition of the only practical guide for clinicians developing tools to measure subjective states, attitudes, and other 'non-tangible' outcomes in their patients has been thoroughly revised to incorporate all the latest research results. New to this edition are a chapter on ethics and a discussion of reliability and generalizability theory. The authors offer an overview of both the theory and the practical applications of health measurement scales, and offer the reader a methodical, step-by-step guidance to the development of their own scales. These features combine to provide the most up-to-date guide to measurement scale development available. Written in a concise and intelligible style, it enables both experienced researchers and novices to develop accurate, sensitive and easy-to-use measurement scales of their own. This is an essential book for anyone who uses or would like to use rating scales in their clinical practice.



Niveau d'enseignement

29860

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRIGNON (M.)

McMaster University. Department of Economics. Ontario. CAN

The role of education in health system performance.

Le rôle de l'éducation dans la performance du système de santé.

Department of Economics Working Paper Series.

Ontario : McMaster University : 2005/08 : 48p., tabl.

B5094

<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/2005-06.pdf>

This study investigates the role of education on health, using country level data and the production frontier framework suggested by the World Health Organization to assess performances of health care systems. It finds that the role of human capital is much smaller than what appears

in the WHO frontier model, and the relationship exhibits diminishing return in the observed range. Taking into account the non-linearity in this relationship generates a different ranking of countries according to the efficiency of their health care system. This suggests that the method currently used by the WHO indeed favours health care systems operating in countries which underinvested in education in the past. The relationship between education and health changes around an average value of 8 years of education per individual: above that level, the return of years of education in health is zero.



Obésité

29712

DOCUMENT DE TRAVAIL

CONLEY (D.), GLAUBER (R.)

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

Gender, body mass and economic status.

Sexe, poids corporel et statut économique.

NBER Working Paper Series ; n° 11343

Cambridge : NBER : 2005/05 : 27p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11343.pdf>

Previous research on the effect of body mass on economic outcomes has used a variety of methods to mitigate endogeneity bias. We extend this research by using an older sample of U.S. individuals from the PSID. This sample allows us to examine age-gender interactive effects. Through siblingrandom and fixed effects models, we find that a one percent increase in a woman's body mass results in a .6 percentage point decrease in her family income and a .4 percentage point decrease in her occupational prestige measured 13 to 15 years later. Body mass is also associated with a reduction in a woman's likelihood of marriage, her spouse's occupational prestige, and her spouse's earnings. However, consistent with past research, men experience no negative effects of body mass on economic outcomes. Age splits show that it is among younger adults where BMI effects are most robust, lending support to the interpretation that it is BMI causing occupational outcomes and not the reverse.▲

29716

DOCUMENT DE TRAVAIL

CAWLEY (J.), MEYERHOEFER (C.),

NEWHOUSE (D.)

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

The impact of state physical education requirements on youth physical activity and overweight.

L'impact des exigences d'éducation physique de l'Etat sur l'activité physique et le surpoids des jeunes adultes.

NBER Working Paper Series ; n° 11411

Cambridge : NBER : 2005/06 : 29p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11411.pdf>

To combat childhood overweight, which has risen dramatically in the past three decades, many medical and public health organizations have called for students to spend more time in physical education (PE) classes. This paper is the first to exploit state PE requirements as quasi-natural experiments in order to estimate the causal impact of PE on student activity and weight. We study nationwide data from the YRBSS (Youth risk behavior surveillance system) for 1999, 2001, and 2003 merged with data on state minimum PE requirements from the 1994 and 2000 School Health Policies and Programs Study and the 2001 Shape of the Nation Report. We find that certain state regulations are effective in raising the number of minutes during which students are active in PE. Our results also indicate that additional PE time raises the number of days per week that students report having exercised or engaged in strength-building activities, but lowers the number of days in which students report light physical activity. PE time has no detectable impact on youth BMI or the probability that a student is overweight. We conclude that while raising PE requirements may make students more active by some (but not all) measures, there is not yet the scientific base to declare raising PE requirements an anti-obesity initiative.▲

29725

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRUBER (J.), FRAKES (M.)

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

Does falling smoking lead to rising obesity ?

La réduction de la consommation de tabac augmente-t-elle l'obésité ?

NBER Working Paper Series ; n° 11483

Cambridge : NBER : 2005/06 : 28p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w1148311.pdf>

The strong negative correlation over time between smoking rates and obesity have led

some to suggest that reduced smoking is increasing weight gain in the U.S. This conclusion is supported by findings of Chou et al. (2004), who conclude that higher cigarette prices lead to increased body weight. We investigate this issue and find no evidence that reduced smoking leads to weight gain.

Using the cigarette tax rather than the cigarette price and controlling for non-linear time effects, we find a negative effect of cigarette taxes on body implying that reduced smoking leads to lower body weights. Yet our results, as well as Chou et al., imply implausibly large effects of smoking on body weight. Thus, we cannot confirm that falling smoking leads in a major way to rising obesity rates in the U.S.



Toxicomanie

29721

DOCUMENT DE TRAVAIL

NOONAN (K.), REICHMAN (N.), COMAN (H.), DAVE (D.)

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

Prenatal drug use and the production of infant health.

Usage des drogues pendant la grossesse et état de santé de l'enfant.

NBER Working Paper Series ; n° 11433

Cambridge : NBER : 2005/06 : 39p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11433.pdf>

We estimate the effect of illicit drug use during pregnancy on low birth weight. We use data from a national longitudinal study of urban parents that includes post-partum interviews with mothers, hospital medical record data on the mother and newborn, extensive demographic information on both parents, and information about the city where the mother resides. We address the potential endogeneity of prenatal drug use and present estimates using alternative measures of prenatal illicit drug use. Depending on how drug use is measured, we find deleterious effects of illicit drug use on low birth weight that range from 3 to 5 percentage points.

PERSONNES ÂGÉES

Dépendance

29780

RAPPORT

LEONETTI (J.)

Comité de Suivi et d'Evaluation de la Journée de Solidarité. Paris. FRA

Rapport du Comité de Suivi et d'Evaluation de la Journée de Solidarité.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2005/07 : 43p., tabl., ann.

B5067

Après avoir présenté les objectifs d'une journée de solidarité destinée à financer des prestations sociales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, le rapport, dans la première partie, fait le bilan de cette première journée. Latitude avait été laissée aux partenaires sociaux de choisir une autre date que le lundi de Pentecôte : cette faculté a été peu utilisée. Dans le secteur privé, on note quelques accords de branches d'entreprises. Dans le secteur public, le lundi de Pentecôte (16 mai 2005) a été majoritairement travaillé, mais on note néanmoins 20 % de grévistes. Les deux milliards d'euros de recettes récoltés lors de la journée de solidarité ont été affectés au financement des prestations sociales en faveur des personnes dépendantes. Dans la deuxième partie, le rapport propose un dispositif plus souple, plus lisible et plus équitable et suggère pour 2006, de donner plus de liberté aux entreprises et aux administrations pour l'organisation de cette journée, de créer plus de fraternité envers les personnes dépendantes dans le cadre de la proximité et de favoriser l'égalité pour permettre l'évolutivité de la mesure.▲

30404

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

Les personnes âgées dépendantes. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés.

Paris : Cour des Comptes : 2005/11 : 447p.

B5160

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

Ce rapport sur les personnes âgées dépendantes a été présenté par la Cour des comptes le 9

novembre 2005. Dans ce rapport, la Cour dresse un état des lieux des besoins issus du vieillissement et de la multiplication des situations de dépendance et met l'accent sur l'ampleur des problèmes que pose l'hébergement - à domicile ou en institution - des personnes âgées dépendantes. Elle examine ensuite la mise en œuvre des décisions prises depuis le milieu des années 1990 pour humaniser, moderniser et médicaliser les dispositifs de prise en charge et dresse également un premier bilan des réponses actuelles, en termes de capacités d'hébergement et d'offres de services. Puis elle décrit la complexité du système de financement actuel qui rend difficile la mesure précise des efforts consentis par la collectivité nationale pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle met l'accent sur les modalités de répartition des charges entre les différentes institutions et attire l'attention sur l'ampleur des besoins de financement à venir. Enfin, la Cour porte un intérêt particulier aux problèmes d'organisation et de pilotage à un moment où le jeu complexe d'acteurs institutionnels et professionnels très nombreux est modifié par l'accélération de la décentralisation : elle souligne la nécessité de mesures de coordination et de simplification permettant de mieux prendre en compte les besoins des personnes âgées et d'assurer la continuité de la prise en charge.▲

30517

RAPPORT

JACQUAT (D.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.). Paris. FRA

Rapport sur la mise en application de la loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 55p.

B5197

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i2719.pdf>

Le présent rapport dresse donc un bilan quantitatif des textes d'application de la loi du 30 juin 2004 (plan canicule, journée de solidarité, création de la CNSA) et commente les conditions de mise en application de la loi. Le rapporteur a en outre examiné la conformité des textes d'application aux intentions du législateur.

Hébergement collectif

30514

RAPPORT

LAROQUE (M.)

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

Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées.

Paris : la Documentation française : 2004/09 : 40p.

B5196

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000236/0000.pdf>

Le présent rapport de préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées fait un point sur les données déjà disponibles ou en cours de collecte et d'exploitation en matière d'établissements et de démographie, sur les moyens du développement des investissements et propose une démarche concertée avec les principaux acteurs de ce domaine permettant de favoriser des investissements répondant aux besoins prévisibles, compte tenu du vieillissement de la population française. ▲

30652

OUVRAGE

HUBER (M.), HENNESSY (P.), IZUMI (J.), KIM (W.), LUNDSGAARD (J.)

Organisation de Coopération et de Développement Economique. (O.C.D.E.). Division de Politique Sociale. Paris. FRA

Long-term care for older people.

Les soins de longue durée pour les personnes âgées.

Paris : OCDE : 2005 : 137p., tabl., fig., ann.

A3322

Long-term care is a cross-cutting policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living. When the cohorts of the baby-boom generation will reach the oldest age groups over the next three decades, demand for long-term care will rise steeply. How do governments in OECD countries respond to this growing demand ? What has been done to improve access to long-term care, improve quality of services and make care affordable? Are there examples of successful strategies to improve the mix of services and policies to enable a larger number of older persons to stay in their homes ? And has this helped contain the costs of caring for the elderly ? This study reports on the latest

trends in long-term care policies in nineteen OECD countries: Australia, Austria, Canada, Germany, Hungary, Ireland, Japan, Korea, Luxembourg, the Netherlands, New Zealand, Norway, Mexico, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States. It studies lessons learned from countries that undertook major reforms over the past decade. Trends in expenditure, financing and the number of care recipients are analysed based on new data on cross-country differences. Special attention is given to experience with programmes that provide consumers of services with a choice of care options, including cash to family caregivers. Concise country profiles of long-term care systems and an overview on demography and living situations of older persons make this complex policy field more accessible.

Vieillessement

29772

OUVRAGE, CONGRES

JOEL (M.E.) / dir., WITTEWER (J.) / dir.

Association d'Economie Sociale. (A.E.S.). Paris. FRA

Economie du vieillissement : tome 1. Age et emploi.

25e journées de l'Association d'économie sociale. : Paris, 2005/09/08-09

Paris : L'Harmattan : 2005 : 379p., tabl.

A3323/1

Cet ouvrage rassemble les communications présentées lors des 25e journées d'Economie sociale organisées par l'Association d'économie sociale, en septembre 2005, sur le thème de l'économie du vieillissement. Il s'agit d'étudier quelles sont les transformations économiques résultant de l'accroissement du nombre de personnes âgées et de l'ensemble des modifications du cycle de vie. La démonstration est faite que les économistes en France retiennent, à ce jour, deux questions de la problématique du vieillissement : la question de l'emploi et la question du vieillissement. Le premier tome des actes regroupe les communications s'intéressant à la question de l'emploi des seniors et plus généralement au marché du travail. Le taux d'activité des plus de 50 ans est la résultante de l'interaction entre le comportement des employeurs, le comportement des actifs potentiels de plus de 50 ans et les incitations générées par les politiques publiques. Il est nécessaire d'avoir bien compris le rôle de chacun de ces trois facteurs pour juger de la pertinence des réformes envisagées tant du point de vue de l'efficacité (augmentation du

taux d'emploi) que du point de vue normatif.▲

29773

OUVRAGE, CONGRES

JOEL (M.E.) / dir., WITTEWER (J.) / dir.

Association d'Economie Sociale. (A.E.S.). Paris. FRA

Economie du vieillissement : tome 2. Age et protection sociale.

25e journées de l'Association d'économie sociale. : Paris, 2005/09/08-09

Paris : L'Harmattan : 2005 : 391p., tabl.

A3323/2

Cet ouvrage rassemble les communications présentées lors des 25e journées d'Economie sociale organisées par l'Association d'économie sociale, en septembre 2005, sur le thème de l'économie du vieillissement. Il s'agit d'étudier quelles sont les transformations économiques résultant de l'accroissement du nombre de personnes âgées et de l'ensemble des modifications du cycle de vie. La démonstration est faite que les économistes en France retiennent, à ce jour, deux questions de la problématique du vieillissement : la question de l'emploi et la question du vieillissement. Le deuxième tome des actes regroupe les communications traitant des retraites, de la protection sociale et de l'impact du vieillissement sur cette dernière. Trois thèmes successifs sont développés à propos des retraites : l'efficacité et les résultats des différentes réformes ou projets de réformes (en France, en Tunisie, au Portugal et en Suède), les transformations des comportements d'épargne des retraités et les inégalités entre retraités.

GROUPES DE POPULATION



Exclu

29737

RAPPORT

REISCHAUER (B.)

The Henry J. Kaiser Family Foundation. Commission on Medicaid and the Uninsured. Menlo Park CA. USA

Sicker and poorer : the consequences of being uninsured.

Plus malade et plus pauvre : les conséquences de l'absence d'une couverture sociale.

Menlo Park : The Henry J. Kaiser Family Foundation : 2003 : 20p., tab., graph., fig.

B5041

<http://www.kff.org/insurance/7031/index.cfm>

La Kaiser Family Foundation conduit des recherches et des analyses sur les tendances du marché de la santé américain qui affectent plus particulièrement les populations défavorisées et les personnes âgées, et sur les projets politiques relatifs au système de santé privé. Ce rapport traite du recours aux soins des populations défavorisées sans couverture sociale. ▲

29738

RAPPORT

HADLEY (J.), HOLAHAN (J.)

The Henry J. Kaiser Family Foundation. Commission on Medicaid and the Uninsured. Menlo Park CA. USA

Who pays and how much ? The cost of caring for the uninsured.

Qui paie et combien ? Le coût des soins pour les non-assurés.

Menlo Park : The Henry J. Kaiser Family Foundation : 2003 : 63p., tab., graph., fig.

B5042

<http://www.kff.org/insurance/7031/index.cfm>

La Kaiser Family Foundation conduit des recherches et des analyses sur les tendances du marché de la santé américain qui affectent plus particulièrement les populations défavorisées et les personnes âgées, et sur les projets politiques relatifs au système de santé privé. Ce rapport traite du financement des soins pour les non-assurés sociaux.

Inégalités devant soins

30210

RAPPORT

FAHET (G.), CAYLA (F.), DROUOT (N.), SIMONNOT (N.), FAUVEL (G.) / coll.

Médecins du Monde. (M.D.M.). Paris. FRA, Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse. FRA

Rapport 2004 de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde.

Paris : Médecins du Monde : 2005/07 : 195p., tabl., graph., ann.

B5141

<http://www.medecinsdumonde.org/publications/rapports/observatoire2005>

Après une présentation de la méthodologie du recueil des données, ce rapport analyse l'activité des centres de santé de Médecins du Monde, en France, pour l'année 2004. Sont décrits successivement : le volume d'activité des centres, les caractéristiques sociales des consultants à Médecins du Monde, les données médicales, les pathologies, les types de populations, ainsi que les premiers résultats de la mise en place du recueil de données dans quelques actions mobiles de proximité.

Jeunes adultes

30150

OUVRAGE

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent.

Paris : INSERM : 2005 : 428p., tabl.

A3354

Oppositions, désobéissance et colères répétées, agressivité chez l'enfant, coups, blessures dégradations, fraudes et vols chez l'adolescent : ces différents comportements caractérisent le trouble des conduites. Considéré au plan clinique comme un facteur de risque de délinquance sur lequel on peut agir, ce trouble des conduites ne doit cependant pas être confondu avec la délinquance qui est un concept légal dont l'appréciation dépend des pratiques policières ou judiciaires en cours. Le dépistage, la prévention et la prise en charge médicale du trouble des conduites restent insuffisants en France en regard de ses conséquences (risque de mort prématurée, troubles associés...) et du coût pour la société (instabilité professionnelle, délinquance,

criminalité...). Afin d'aider à mieux définir les actions nécessaires en santé publique et en recherche, la Canam (Caisse nationale d'assurance-maladie des professions indépendantes) a sollicité l'Inserm pour réaliser, selon la procédure d'expertise collective, un bilan des connaissances scientifiques et médicales sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Quelle est la prévalence de ce trouble et la fréquence des troubles associés ? Quels sont les facteurs de risque périnataux ? Comment interagissent les susceptibilités génétiques, le tempérament, la personnalité avec l'environnement familial et social ? Comment dépister et prévenir précocement ce trouble et quelles sont les thérapies efficaces ? Autant de questions auxquelles le groupe d'experts réuni par l'Inserm, et associant des compétences dans les domaines de la psychiatrie, psychologie, épidémiologie, sciences cognitives, génétique, neurobiologie et éthologie a tenté de répondre, grâce à une analyse critique approfondie des données nationales et internationales.

Prisonniers

29777

OUVRAGE

HUREIKI (J.)

Humanités en souffrance à la Santé : des abandons en abondance.

Paris : L'Harmattan : 2005 : 265p.

A3325

L'auteur a recueilli les récits de vie de ses patients détenus à la maison d'arrêt la Santé. Leur itinéraire est marqué par des traumatismes, des séparations, des abandons, des deuils, des maltraitements dans la petite enfance. La répétition de ces blessures et leurs reviviscences par la suite finirent par transformer ces victimes à répétition en délinquants ou en criminels. Cette ethnographie des douleurs marquées par l'abandon et la lutte contre l'abandon interpelle nos parts d'humanité, réfute le concept de "résilience" comme un opium du traumatisé, sollicite un effort de compréhension, voire dans certains cas une empathie.

Sociologie de la santé

30474

OUVRAGE

CHAUVIN (P.) / dir., PARIZOT (I.) / dir., REVET (S.) / collab.

Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social.

Paris : INSERM, Paris : Vuibert : 2005 : 292p., tabl.

A3378

Cet ouvrage explore les liens entre les situations sociales des personnes ayant recours aux soins et leur prise en charge médicale. Partant de l'étude de situations critiques ou de publics particuliers, il examine les enjeux d'une approche médico-sociale élargie, tenant compte du contexte social et des conditions de vie dans la prise en charge de la santé.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ



Généralités

30645

OUVRAGE

GATRELL (A.C.)

Geographies of health.

Géographie de la santé.

Maiden : Blackwell Publishing : 2002 : 294p., tabl., index

A3391

This text shows how health may be studied from geographical perspectives and reviews a wide range of studies linking health outcomes with social and physical environments. The structure of this book is designed to guide the reader through the relevant theoretical perspectives, methodologies, and research. It opens with definitions of health and an explanation of how they relate to geography, followed by illustrations of the different theoretical approaches employed. There is also a comprehensive overview of quantitative and qualitative methods. Research is then considered in two broad areas : first, the ways in which social processes operate in space to produce inequalities in health and health provision ; second, the ways in which human modification of the environment (including air and water quality, and global environmental change) impacts upon health.



Démographie médicale

30107

RAPPORT

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

Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2005.

Paris : CNOM : 2005/11 : 131p., tabl., graph., carte, ann.

B5109

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux38.pdf>

Ce document dresse un état des lieux de la démographie médicale française. Il aborde successivement les questions de l'évolution des effectifs de médecins, des tendances démographiques majeures du corps médical, de la répartition des médecins en activité selon le cadre, le mode d'exercice, et la spécialité. De nouveau cette année, ce rapport insiste tout particulièrement sur les médecins en activité dont l'activité est régulière et ceux dont l'activité ne l'est pas (remplaçants ou temporairement sans activité).



Ile-de-France

29782

RAPPORT

Union Régionale des Médecins Libéraux.
(U.R.M.L.). Paris. FRA

Fermeture et reconversion des établissements de soins privés : que deviennent les médecins spécialistes libéraux ? Exemple des Yvelines entre 1999 et 2002.

Paris : URML : 2005 : 46p., tabl., graph.

B5069

<http://www.urml-idf.org/urml/Reclassement/URLMmed2005.pdf>

De 1997 à 2002, en Ile-de-France, 79 établissements de santé privés ont été fermés ou reconvertis en adéquation avec les orientations prises par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). La section spécialistes de l'URML IDF a souhaité évaluer et analyser l'impact de ces événements sur l'activité des médecins spécialistes exerçant dans ces établissements de soins privés. Une enquête a été menée dans le département des Yvelines par le Cabinet Grès Médiation Santé de février à septembre 2004. L'étude de l'URML montre que la fermeture d'un établissement ne se "solde" pas uniquement par le transfert des médecins d'un établissement à l'autre. On perçoit à travers l'enquête, l'impact psychologique fort qu'a représenté cet événement pour les médecins spécialistes libéraux. La faible con-

sidération de leur cas au moment des prises de décision dans les établissements, le court délai imparti pour quitter l'établissement une fois la fermeture annoncée, l'écèlement d'une équipe de travail " à laquelle les médecins étaient attachés et l'abandon d'un lieu fortement investi au niveau humain sont autant de facteurs contribuant à leur malaise. Toute cette période de bouleversements avec son lot de stress et de tracasseries administratives a aussi eu des conséquences sur la vie personnelle et familiale de ces praticiens spécialistes libéraux. Des actes médicaux utiles et spécialisés disparaissent, retentissant ainsi sur la prise en charge des patients ; c'est en particulier le cas pour la prise en charge de certains cancers et des accouchements.▲

30149

OUVRAGE

SERFATY (A.) / dir., PAPIERNIK (E.) / dir.
L'action collective périnatalité en Ile-de-France : 1996-2000.

Rennes : Editions de l'ENSP : 2005 : 410p., tabl., index

A3353

Quels sont les facteurs qui contribuent à inscrire un problème de santé publique sur l'agenda politique régional ? Comment passe-t-on de directives nationales à leur déclinaison régionale et à leur mise en œuvre locale ? Comment réaliser le suivi et l'évaluation d'une politique régionale ? Autant de questions qui trouvent dans cet ouvrage des réponses pratiques et abondamment illustrées. Les auteurs y décrivent par le menu l'élaboration et le déroulement de la politique publique périnatale en Île-de-France, entre 1996 et 2000. Ils retracent les événements qui ont permis aux différents acteurs de peser sur la définition et la mise en œuvre de cette politique. Ils dressent l'état des lieux et exposent les réflexions qui ont émergé au sein de l'instance ad hoc mise en place par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, avec l'implication forte des professionnels. À l'heure où la périnatalité subit la pression conjuguée des contraintes organisationnelles, démographiques, économiques, médico-légales... cet ouvrage témoigne d'une expérience collective qui a réuni l'ensemble des experts, des décideurs et des usagers autour d'objectifs et de valeurs partagés en santé publique. "Ce travail donne un bon exemple de la nécessité de la concertation interinstitutionnelle et interprofessionnelle pour réfléchir collectivement à un problème de santé. La mobilisation des acteurs est une étape indispensable à la définition d'une politique de santé publique et à sa mise en œuvre, et l'un des intérêts

de cet ouvrage est justement d'explicitier le processus de mobilisation des acteurs qui a permis l'évolution des pratiques et des organisations nécessaires à la mise en œuvre effective des directives nationales." (Extrait de la préface du Pr Roland Sambuc).

Régionalisation

30196

RAPPORT

CHAMBARETAUD (S.), PERICARD (B.)
TIBERGHIE (F.) / préf.

Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Groupe Poles. Paris. FRA

Pour une régionalisation du système de santé en 2025 : offre, régulation, acteurs : essai de prospective.

Paris : Commissariat Général du Plan : 2005/11 : 132p.

B5131

<http://www.plan.gouv.fr/actualites/fiche.php?id=259>

Ce rapport rassemble les recommandations du groupe de projet POLES, du Commissariat général du Plan, sur la régionalisation du système de santé. L'une d'entre-elles préconise de donner un rôle majeur aux régions dans la réforme du système de santé. « Cette gestion régionale de la santé doit passer par la décentralisation. Aujourd'hui, les conditions ne sont pas réunies, mais dans 20 ans, c'est un pari plausible », indique le groupe qui retient trois scénarios possibles du futur d'un système de santé régionalisé. Dans le scénario « L'an II de la décentralisation », privilégié par le groupe, « les collectivités régionales se voient confier les missions de régulation, de planification de l'offre de soins et de financement du système de santé ». L'État central garde ses prérogatives en matière de fixation des priorités de santé, édicte les règles communes, alloue aux régions des enveloppes de péréquation et négocie avec elles des programmations pluriannuelles. L'échelon national de l'assurance maladie disparaît purement et simplement. Chaque région gère le système de santé soit en direct par une direction ad hoc soit par le truchement d'une agence régionale. Le scénario « La déconcentration » s'appuie sur une agence régionale de santé qui serait dotée d'un exécutif fort disposant de pouvoirs propres inspirés des prérogatives des directeurs des ARH ou des diverses agences sanitaires. Quant au scénario « Le chariot des desserts », il poursuit la tendance actuelle : ni décentralisation, ni déconcentration, ni délégation. « Fortement em-

preint d'un esprit de déconcentration, sans toucher l'architecture et les compromis implicites actuels, le système régional se scinde en trois opérateurs : l'État déconcentré définit les politiques de prévention et les programmes de santé, l'ARH gère l'offre de soins en établissements, l'Urcam renforcée se constitue en véritable interlocuteur du secteur ambulatoire, qu'elle régule ou avec lequel elle contracte en empruntant aux outils actuels des ARH». Ce scénario ne bouleverse pas les équilibres, il spécialise et renforce les blocs de compétence. Mais ce découpage «fait fi de l'unité de l'utilisateur final, le patient». «Au regard de ces scénarios futurs ramenés au présent, et en vue d'accompagner les processus de territorialisation du système de santé», le rapport POLES propose six principes fondateurs pour l'Etat et les collectivités territoriales autour de trois axes : «L'évolution de l'offre» (poursuivre la gradation de l'offre de soins et la spécialisation avec un continuum des soins de premier recours aux soins les plus techniques, affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appels d'offres et de délégation des tâches) ; «le système de régulation» (choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modes de gestion diversifiés, ce qui permet par exemple d'articuler décentralisation et agence régionale de santé, recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation) ; «les relations entre les acteurs du système de santé» (privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé, conforter la légitimité du politique en santé, autrement dit faire en sorte que le politique s'empare des questions de santé plutôt que construire une démocratie sanitaire spécifique). ▲

30436

OUVRAGE

BACQUE (M.H.) / dir, REY (H.) / dir.,
SINTOMER (Y.) / dir.

Gestion de proximité et démocratie

participative : une perspective comparative.

Paris : Editions de la Découverte : 2005 : 307p.,
tabl.

Les discours sur la «démocratie de proximité» ou la «démocratie participative» ont le vent en poupe. Dans un contexte de remise en question du rôle de l'État, la participation des habitants constituerait un facteur favorisant à la fois une nouvelle légitimité politique et une modernisation de la gestion publique locale. C'est ainsi que se développent depuis plusieurs années des dispositifs qui entendent améliorer la gestion de proximité en s'appuyant sur la participation citoyenne.

Ces expériences appellent des réflexions plus théoriques sur la démocratie et les politiques publiques. Dans quelle mesure une activité citoyenne peut-elle se conjuguer avec une réforme de la gestion urbaine ? Quelles sont les conditions d'une véritable démocratie participative ? Comment l'institutionnalisation de la participation s'articule-t-elle aux tendances plus globales d'évolution des sociétés contemporaines ? Cet ouvrage collectif s'efforce de répondre à ces questions en donnant une vision d'ensemble des dispositifs adoptés et des politiques menées, dans une perspective comparative internationale. Des conseils de quartier français aux jurys citoyens en Allemagne et en Espagne, de l'usage du référendum en Suisse aux empowerment zones en Amérique du Nord, en passant par les budgets participatifs d'Amérique latine et les politiques participatives de gestion de l'eau en Afrique australe, les différentes contributions analysent les modalités des transformations de l'action publique locale et, par là, des institutions et pratiques de la démocratie.



Rhône-Alpes

30543

RAPPORT

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA, Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé. (C.R.A.E.S.). Lyon. FRA, Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. (C.R.I.P.S.). Lyon. FRA

Etude des mutations de la médecine

générale : Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la clientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes.

Lyon : URML : 2005/07 : 122p.

B5209

http://www.upmlra.org/doc/hp_660_doc.pdf

La médecine générale a entamé une profonde mutation sous l'effet conjugué de nombreux facteurs (évolution des comportements, avancées technologiques, contraintes économiques, évolution de la démographie médicale...). C'est dans ce cadre que L'URML-RA a souhaité mener une réflexion approfondie sur ce thème. Pour ce faire, elle a sollicité le CRAES-CRIPS pour réaliser une étude auprès de la population des médecins généralistes libéraux de Rhône-Alpes. Cette étude porte sur la perception, le ressenti et les attentes de la population. Ces premiers éléments d'analyse pointent l'histoire d'une trans-

formation et d'une recombinaison de la relation personne malade-médecin. On assiste à une crise de la représentation symbolique de la profession médicale. Les patients, pour leur part, sont dans une position de plus en plus consumériste du système de soins et exigeants vis à vis de la qualité de la consultation et de l'accompagnement de la part du médecin. (Résumé d'auteur).

MÉDECINE LIBÉRALE

Communication médicale

29790

OUVRAGE

KAPTEIN (A.) / éd., WEINMAN (J.) / éd.

Health psychology.

Psychologie de la santé.

Oxford : Blackwell Publishing : 2004 : 424p., tabl., graph.

A3326

Réalisé par des psychologues spécialisés en psychologie de la santé, cet ouvrage fait une présentation claire et critique de cette discipline. Il est organisé en trois sections : santé et comportement de santé, processus et résultats en santé, contexte médical et pratique de la psychologie en santé. ▲

29791

CHAPITRE

BENSING (J.M.), VERHAAK (P.F.M.)

KAPTEIN (A.) / éd., WEINMAN (J.) / éd.

Communication in medical encounters.

La communication lors de la consultation médicale.

Health psychology.

Oxford : Blackwell Publishing : 2004 : 261-287, graph.

A3326

L'objectif de ce chapitre est de fournir une base théorique et empirique au concept de communication en tant qu'outil central de la consultation médicale.

Médecins référents

30414

RAPPORT

Association Nationale des Médecins Généralistes Référents. (A.M.E.D.R.E.F.). Damgan. FRA
Livre blanc de l'Option Médecin Référent.

Damgan : AMEDREF : 2005 : 54p.

B5164

<http://www.amedref.org/IMG/pdf/>

Livre_blanc_et_addendum_-_Impression.pdf

L'Amedref compile, dans son livre blanc nourri de contributions politiques, économiques ou statistiques, ses bienfaits, résultats d'un changement de pratique. " Pour un coût moyen de 7 070 euros par an, un médecin référent prescrit 20 000 euros de moins en médicaments. Au moment où l'assurance maladie cherche à faire des économies, comment expliquer qu'on mette fin à ce système ? " s'interroge notamment Christian Lehmann, médecin dans la région parisienne.

Médecins traitants

30547

DOSSIER DE PRESSE

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

Le parcours de soins coordonnés : quoi de neuf en 2006 ?

Paris : CNAMTS : 2005/12 : 38p.

C, B5212

www.ameli.fr/pdf/2322.pdf

70 % des Français ont choisi leur médecin traitant en 2005. En 2006, toutes les composantes du parcours de soins coordonnés seront réunies. Les nouvelles incitations financières prévues pour favoriser la coordination des soins entreront en application à partir de janvier 2006. Et surtout, la prévention prendra toute sa place au cœur du dispositif grâce au rôle essentiel exercé dans ce domaine par le médecin traitant.

Pratique médicale

30513

DOCUMENT DE TRAVAIL

EPSTEIN (A.), NOCHOLSON (S.)

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

The formation and evolution of physician treatment styles : an application to cesarean sections.

La formation et l'évolution des styles de traitement : une application aux césariennes.

NBER Working Paper Series ; n° 11549

Cambridge : NBER : 2005/08 : 41p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11549.pdf>

Small-area-variation studies have shown that physician treatment styles differ substantially both between and within markets, controlling for patient characteristics. Using a data set containing universe of deliveries in Florida over a 12-year period with consistent physician identifiers and a rich set of patient characteristics, we examine why treatment styles differ across obstetricians at a point in time, and why styles change over time. We find that the variation in c-section rates across physicians within a market is two to three times greater than the variation between markets. Surprisingly, residency programs explain less than four percent of the variation between physicians in their risk-adjusted c-section rates, even among newly-trained physicians. Although we find evidence that physicians, especially relatively inexperienced ones, learn from their peers, they do substantially revise their prior beliefs regarding how patients should be treated due to the local exchange of information. Our results indicate that physicians are not likely to converge over time to a community standard; thus, within-market variation in treatment styles is likely to persist.

HÔPITAL

■ Analyse des problèmes

29890

OUVRAGE

VASSEUR (V.), HIRSCH (E.) / préf.

L'hôpital en danger.

Paris : Flammarion : 2005 : 263p.

Il y a cinq ans, Véronique Vasseur a défrayé la chronique en publiant «Médecin-chef à la prison de la Santé», une description sans concession de la vie quotidienne dans cet établissement pénitentiaire. Un ouvrage choc qui a suscité des polémiques et marqué les esprits. Aujourd'hui, cette femme de tempérament ouvre un nouveau débat de société ; le délabrement du système hospitalier et les réformes à lui apporter. Parce que ce médecin indépendant d'esprit n'aime rien cacher, son journal d'hôpital ne va pas plaire. Conditions de travail difficiles, manque de moyens et de personnel, cabales internes, lenteurs malheureuses, gabegie, mais aussi dévouement extrême de certains médecins, internes et infirmières, rapports délicats avec la souffrance des patients, accompagnement des mourants comme des familles éplorées... Tous les aspects du quotidien du monde hospitalier sont, ici, racontés sans fard. A la fois terrible et angoissante, émouvante et vraie, enflammée et humaine, cette plongée dans un univers méconnu terrifie autant qu'elle fascine, inquiète autant qu'elle émeut.

■ Cardiologie

30579

DOCUMENT DE TRAVAIL

BARRO (J.R.), HUCKMAN (R.S.), KESSLER (D.P.)

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

Les effets des hôpitaux spécialisés en cardiologie sur les coûts et la qualité des soins.

The effects of cardiac specialty hospitals on the cost and quality of medical care.

NBER Working Paper Series ; n° 11707.

Cambridge : NBER : 2005/10 : 35p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11707.pdf>

The recent rise of specialty hospitals - typically for-profit firms that are at least partially owned by physicians - has led to substantial debate about their effects on the cost and quality of care. Advocates of specialty hospitals claim they improve quality and lower cost; critics contend they concentrate on providing profitable procedures and attracting relatively healthy patients, leaving (predominantly nonprofit) general hospitals with a less-remunerative, sicker patient population. We find support for both sides of this debate. Markets experiencing entry by a cardiac specialty hospital have lower spending for cardiac care without significantly worse clinical outcomes. In markets with a specialty hospital, however, specialty hospitals tend to attract healthier patients and provide higher levels of intensive procedures than general hospitals.

Classement

29717

DOCUMENT DE TRAVAIL

KESSLER (D.P.)

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

Can ranking hospitals on the basis of patients' travel distances improve quality of care ?

Classer les hôpitaux sur la base des distances d'accès hôpital/patients améliore-t-il la qualité des soins ?

NBER Working Paper Series ; n° 11419

Cambridge : NBER : 2005/06 : 30p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11419.pdf>

Conventional outcomes report cards public disclosure of information about the patient-background-adjusted health outcomes of individual hospitals and physicians may help improve quality, but they may also encourage providers to "game" the system by avoiding sick and/or seeking healthy patients. In this paper, I propose an alternative approach : ranking hospitals on the basis of the travel distances of their Medicare patients. At least in theory, a distance report card could dominate conventional outcomes report cards: a distance report card might measure quality of care at least as well but suffer less from selection problems. I use data on elderly Medicare beneficiaries with heart attack and stroke from 1994 and 1999 to show that a distance report card would be both valid that is - correlated with true quality - and able to distinguish confidently among hospitals that is, able to reject at conven-

tional significance levels the hypothesis that the true quality of a low-ranked hospital was the same as the quality of the average hospital. The hypothetical distance report card I propose compares favorably to (although does not necessarily dominate) the California AMI outcomes report card.

Hospitalisation à domicile

30207

RAPPORT

CHEVREUL (K.), COM-RUELLE (L.), MIDY (F.), PARIS (V.)

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

Le développement des services de soins hospitaliers à domicile - Expériences australienne, canadienne et britannique.

Paris : IRDES : 2005/11 : 135p., 17 tabl., 6 graph. R1610, QES 91

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf>

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.

Tarification

30447

OUVRAGE

HARDY (J.P.)

Financement et tarification des établissements et services médico-sociaux.

Paris : Dunod : 2005 : 445p., tabl.

La mise en oeuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale n'a pas rencontrée de plus forte incompréhension et de plus ferme opposition qu'à l'occasion du décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003.

Considéré par certains comme régressif du point de vue des libertés associatives, ce décret renforcerait beaucoup trop les obligations budgétaires et comptables en volume et en technicité, quand il ne conduirait pas purement et simplement, selon d'autres, à une mise sous tutelle des associations par l'administration. Aussi, au-delà d'une présentation complète, méthodique et didactique de la législation et de la réglementation financière dont il est le principal concepteur et rédacteur, Jean-Pierre Hardy nous propose une réflexion libre et critique qui le conduit, pour expliquer le bien-fondé de ce décret, à briser la règle du silence qui règne sur le fonctionnement réel du secteur social et médico-social. Le secteur social et médico-social est à un moment historique de son évolution. S'il veut réussir sa professionnalisation et résister intelligemment à la montée en puissance du néolibéralisme économique de plus en plus hégémonique au niveau européen, il doit impérativement en passer par une réforme de ses pratiques budgétaires et comptables, faute de quoi son implosion bureaucratique entraînera le triomphe des lois du marché. Telle est la conviction qui anime l'auteur et qu'il partage ici avec tous ceux qui ont en charge le fonctionnement financier d'un domaine fondamental de notre démocratie.

PROFESSIONS DE SANTÉ

Personnel hospitalier

29889

OUVRAGE

SAINSAULIEU (I.)

Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital.

Paris : L'Harmattan : 2003 : 238p.

A3338

Le malaise des soignants est désormais connu. Interrogés par l'auteur qui plonge dans leur univers, infirmiers, médecins et chefs d'établissements expriment ici " ce qu'ils ont sur le cœur ". Ni nantis, ni protégés, ni saints, confrontés au stress et à l'impatience des usagers, à la vieillesse qui domine notre pyramide des âges, à la logique de la rentabilité, à la solitude face à la mort et au besoin qu'ils éprouvent eux aussi de fraternité, ils font émerger ici un portrait de notre société. Un portrait assez cru.

Régulation

29742

CHAPITRE

OLSEN (R.N.)

Southwest Missouri State University. Department of Economics. Springfield MO. USA

The regulation of medical professions.

La régulation des professions médicales.

Encyclopedia of law and economics.

Springfield : Southwest Missouri State University, Cheltenham : Edward Elgar Publishing : 1996 : 1018-1054

This chapter reviews two areas of the medical regulation literature, the licensing of medical professionals and medical malpractice. The licensing literature draws upon a more general literature which explains the existence of regulation as reflecting the interests of either (1) the regulated profession, (2) the public, or (3) a combination of both the public and the profession. The major contribution of the licensing literature has been to empirically test these theories, finding mixed support for all three theories; its major weakness is the lack of empirical studies which explicitly test the third theory. The medical malpractice literature also draws upon a more general theory, hypothesizing that malpractice liability deters negligent treatment. The major

contribution is empirical and focuses on two areas: (1) describing the recent existence and extent of the widely perceived medical malpractice 'crisis', which has led researchers to advocate diverse reforms of the system and (2) describing and estimating the effectiveness of actual malpractice reforms. The major weakness of the literature is the failure to consider, based upon historical antecedents, that no crisis might exist but that increased medical liability is simply an efficient response to changes in medical practice.

MÉDICAMENTS

Antibiotiques

30225

DOSSIER DE PRESSE

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

Des antibiotiques aux médicaments : les Français sont-ils prêts à changer de comportements ?

Paris : CNAMTS : 2005/10/18 : 52p., graph., tabl., carte

C, B5152

<http://www.ameli.fr/pdf/2247.pdf>

La tendance à la baisse de la consommation d'antibiotiques en France se poursuit : -13% depuis 2002, mais elle doit se confirmer pour maîtriser le développement des résistances bactériennes et pour préserver l'efficacité des antibiotiques. À mi-parcours, le programme de l'Assurance Maladie pour encourager le bon usage des antibiotiques démontre cependant qu'il est possible de changer de regard et de comportement vis-à-vis d'un médicament.

Chiffres-clés

29861

RAPPORT

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

Die Arzneimittelindustrie in Deutschland : Statistics 2005.

Statistiques de l'industrie pharmaceutique en Allemagne 2005.

Berlin : VFA : 2005 : 63p., tabl.

SE (ALL) - 2005

Le "Verband Forschender Arzneimittelhersteller EU" (VFA) publie la mise à jour 2005 des statistiques sur le secteur pharmaceutique en Allemagne.▲

30140

RAPPORT

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

Réalités économiques : données 2004.

Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services : 2005 : 104p., tabl., graph., index

Bc5518

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

Innovation

30556

DOCUMENT DE TRAVAIL

LAKDAWALLA (D.), SOOD (N.)

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

Insurance and innovation in Healthcare markets.

Assurance et innovation dans le marché des soins de santé.

NBER Working Paper Series ; n° 11602

Cambridge : NBER : 2005/09 : 42p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11602.pdf>

Innovation policy often involves an uncomfortable trade-off between rewarding innovators sufficiently and providing the innovation at the lowest possible price. However, in health care markets with insurance for innovative goods, society may be able to ensure efficient rewards for inventors

and the efficient dissemination of inventions. Health insurance resembles a two-part pricing contract in which a group of consumers pay an up-front fee ex ante in exchange for a fixed unit price ex post. This functions as if innovators themselves wrote efficient two-part pricing contracts, where they extracted sufficient profits from the ex ante payment, but still sold the good ex post at marginal cost. As a result, we show that complete, efficient, and competitive health insurance for innovative products - such as new drugs, medical devices, or patented procedures - can lead to perfectly efficient innovation and utilization, even when moral hazard exists. Conversely, incomplete insurance markets in this context lead to inefficiently low levels of innovation. Moreover, optimally designed public health insurance for innovative products can solve the innovation problem by charging ex ante premia equal to consumer surplus, and ex post co-payments at or below marginal cost. When these quantities are unknown, society can usually improve static and dynamic welfare by covering the uninsured with contracts that mimic observed private insurance contracts.

Prescription

30580
DOCUMENT DE TRAVAIL
PHILIPSON (T.J.), BERNDT (E.R.),
GOTTSCHALK (A.H.B.), STROBECK (M.W.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA
**Assessing the safety and efficacy of the
FDA : the case of the prescription drug user
fee acts.**
*Evaluer la sécurité et l'efficacité de la FDA : le
cas des "prescription drug user fee acts".*
NBER Working Paper Series ; n° 11724.
Cambridge : NBER : 2005/10 : 41p., tabl., gra-
ph., fig.
P193
<http://www.nber.org/papers/w11724.pdf>
The US Food and drug Administration (FDA) is
estimated to regulate markets accounting for
about 20% of consumer spending in the US. This
paper proposes a general methodology to eval-
uate FDA policies, in general, and the central
speed-safety tradeoff it faces, in particular. We
apply this methodology to estimate the welfare
effects of a major piece of legislation affecting
this tradeoff, the Prescription Drug User Fee
Acts (PDUFA). We find that PDUFA raised the
private surplus of producers, and thus innovative
returns, by about \$11 to \$13 billion. Dependent

on the market power assumed of producers while having patent protection, we find that PDUFA raised consumer welfare between \$5 to \$19 billion; thus the combined social surplus was raised between \$18 to \$31 billions. Converting these economic gains into equivalent health benefits, we find that the more rapid access of drugs on the market enabled by PDUFA saved the equivalent of 180 to 310 thousand life-years. Additionally, we estimate an upper bound on the adverse effects of PDUFA based on drugs submitted during PDUFA I/II and subsequently withdrawn for safety reasons, and find that an extreme upper bound of about 56 thousand life-years were lost. We discuss how our general methodology could be used to perform a quantitative and evidence-based evaluation of the desirability of other FDA policies in the future, particularly those affecting the speed-safety tradeoff.

Politique du médicament

30512
RAPPORT
NGUYEN-KIM (L.), OR (Z.), PARIS (V.),
SERMET (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Eco-
nomie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
**Les politiques de prise en charge des
médicaments en Allemagne, Angleterre et
France.**
Paris : IRDES : 2005/11 : 57p., 12 tabl., 1 graph.
R1617, QES 99
<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum99.pdf>
Les dépenses publiques de médicaments, qui
ont doublé au cours des dix dernières années,
sont une préoccupation majeure en France com-
me dans la plupart des pays industrialisés. La
France se distingue toutefois par une dépense
deux fois plus élevée que l'Angleterre et une fois
et demie plus élevée que l'Allemagne. Pour con-
trôler leurs dépenses, ces pays utilisent des lis-
tes définissant les médicaments pris en charge
(liste positive) ou non pris en charge (liste nég-
ative) par les financements publics. Cette étude
compare le processus de définition de ces listes
et les règles de prise en charge des médica-
ments en France, Allemagne et Angleterre, et
évalue leur impact sur la consommation de mé-
dicaments. Trois catégories de médicaments
pour lesquels les pays ont adopté des stratégies
différentes ont été étudiées : les benzodiazépi-
nes, les vasodilatateurs et les médicaments vi-
sant à améliorer la qualité de la vie (obésité,

tabagisme). Il semble que la taille du panier pris en charge soit indépendante de la nature positive ou négative de la liste. De plus, ces exemples révèlent que ce sont les comportements de prescription et non le nombre de produits disponibles pris en charge qui expliquent les écarts de dépenses entre les pays. L'expérience de nos voisins suggère l'importance de dispositifs efficaces pour réguler la demande, notamment des incitations financières à une prescription et une consommation plus rationnelles. ▲

30648

OUVRAGE

BERAUD (C.)

Les médicaments sans tabou : pièges, mensonges et vérités.

Paris : Libro ; Paris : Mutualité française : 2005 : 95p., index

A3394

Les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments en Europe. Mais tous les médicaments sont-ils efficaces ? Certains sont-ils particulièrement dangereux ? Quelles différences y-a-t-il entre un générique et un médicament de référence ? Quels sont les risques liés à l'automédication ? Comment choisir son médecin ? Cet ouvrage est un véritable guide qui aide à faire le point sur l'univers quelque peu opaque des médicaments : conseils pratiques, définitions claires... Des informations essentielles pour avoir les bons réflexes en matière de santé !



Prix

29778

RAPPORT

IMS Consulting. Londres. GBR

Interpharma. Bâle. CHE, Vips. Zoug. CHE

A comparison of pharmaceutical pricing in Switzerland with selected countries.

Une comparaison des prix des médicaments en Suisse avec ceux pratiqués dans certains pays.

Londres : IMS Consulting : 2003/09 : 18p., graph.

B5065

[http://www.interpharma.ch/fr/pdf/2.1.20-](http://www.interpharma.ch/fr/pdf/2.1.20-IMS_Report.pdf)

[IMS_Report.pdf](http://www.interpharma.ch/fr/1901.asp) - <http://www.interpharma.ch/fr/1901.asp>

En Suisse, les patientes et les patients paient leurs médicaments achetés en pharmacie à peu près le même prix que dans d'autres pays européens. Telle est la conclusion qui ressort d'une nouvelle étude internationale de comparaison

des prix menée à la demande des associations d'entreprises pharmaceutiques Interpharma et AISP. L'étude de comparaison des prix a été réalisée par l'entreprise londonienne IMS Consulting, spécialisée dans le conseil en questions de santé, et a porté sur les 100 médicaments pris en charge par les caisses-maladie les plus vendus en Suisse. A cet effet, les prix suisses ont été comparés avec ceux pratiqués dans dix pays répartis en trois groupes de référence sur la base des prix et des taux de change effectifs au 2e trimestre 2003. L'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark et la Grande-Bretagne constituaient le groupe des pays de référence pour la fixation des prix de nouveaux médicaments, tandis que les pays voisins - à savoir l'Autriche, l'Italie et la France -, ainsi que la Suède, les États-Unis et le Canada formaient deux autres groupes. Étant donné que de nombreux facteurs jouent un rôle dans la formation et le niveau des prix des médicaments, l'étude a pris en compte - outre les prix fabricants et les prix publics en termes absolus - également les prix après correction du pouvoir d'achat. De plus, les prix des médicaments admis sur le marché avant et après l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 ont été évalués séparément. ▲

29842

RAPPORT

DUKES (M.N.G.) / éd., HAAIJER-RUSKAMP

(F.M.) / éd., DE JONCHEERE (C.P.), RIETVELD (A.H.) / éd.

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

Drugs and money : Prices, affordability and cost containment.

Médicaments et argent : prix, accès et maîtrise des coûts.

Amsterdam : IOS Press : 2003 : 149p., tabl.

B5086

During recent decades, society has attached great importance to improved health, and has witnessed a fast rising demand for health care. The very rapid growth of expenditure on medicines is of particular concern and it has attracted considerable political attention, in part no doubt because it is a concrete issue which at first sight appears readily amenable to economic control. Many member states have over the years approached the World Health

Organization for advice or information on the feasibility of measures to control the growth of expenditure on medicines. Such calls for help led the Organization as early as 1983 to undertake a study under the title "Drugs and Money"; it culminated in a deliberately concise report, providing

a critical overview of the effectiveness of older cost-containment schemes while also paying attention to innovative ventures. The report was widely used and repeatedly updated, and this is now its seventh edition. This latest edition aims to provide policy makers and regulators with a compact and practical review of the various approaches that have been developed and tested to date in an effort to contain the overall costs of pharmaceutical services and drug treatment. The true art of good housekeeping in this field is clearly to ensure that drugs continue to benefit society wherever they can, while eliminating every form of waste of public funds. Although the title "Drugs and Money" may to some suggest otherwise, this book also addresses issues of the organization, standards and delivery of health care. Many regulations concerning the intrinsic quality of pharmaceuticals, the quality of prescribing and the proper use of medicines have been introduced over the last four decades, and their influence is complementary to that of measures designed primarily to have economic effects in this field. Unlike earlier editions of "Drugs and Money", this volume devotes considerable attention to the special problems of developing countries and those where the economy is currently in transition.▲

29843

RAPPORT

Association of the British Pharmaceutical Industry. (A.B.P.I.). Londres. GBR, Department of Health. Londres. GBR

The pharmaceutical price regulation scheme 2005 : eighth report to Parliament.

Le modèle de régulation du prix des médicaments 2005 : huitième rapport au Parlement.

Londres : Department of Health : 2004/11 : 56p., ann.

B5087

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/69/24/04106924.pdf>

The Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) ensures the NHS has access to good quality branded medicines at reasonable prices, and promotes a healthy, competitive pharmaceutical industry. Published 24 March 2005, this document is the eighth Report to Parliament on the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS). The first report was published in May 1996 following a recommendation by the Health Committee¹ that the 'Department of Health should introduce greater transparency into the PPRS by publishing an annual report on the scheme'. The objectives of the 2005 - 2010 Phar-

maceutical Price Regulation Scheme (PPRS) continue to be to : Secure the provision of safe and effective medicines for the NHS at reasonable prices ; Promote a strong and profitable pharmaceutical industry capable of such sustained research and development expenditure as should lead to the future availability of new and improved medicines ; encourage the efficient and competitive development and supply of medicines to pharmaceutical markets in this and other countries. ▲

30475

RAPPORT

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

Prescription drugs : Price trends for frequently used brand and generic drugs from 2000 through 2004.

Prescription des médicaments : tendances des prix pour les médicaments de marque et les médicaments génériques pour la période 2000-2004.

Washington : GAO : 2005/08 : 33p., tabl.

B5182

<http://www.gao.gov/new.items/d03177.pdf>

Ce rapport analyse l'évolution des prix des médicaments de marque et des médicaments génériques pour la période 2000-2004. Il se base sur des données fournies par le Medicare.



Produits génériques

29720

DOCUMENT DE TRAVAIL

RIZZO (J.A.), ZECKHAUSER (R.)

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

Generic scrip share and the price of brand-name drugs : the role of consumer choice.

Part de marché des génériques en valeur et le prix des médicaments de marque : le rôle du choix du consommateur.

NBER Working Paper Series ; n° 11431

Cambridge : NBER : 2005/06 : 42p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11431.pdf>

Generic drug utilization has risen dramatically, from 19% of scrips in 1984 to 47% in 2001, thus bringing significant direct dollar savings. Generic drug use may also yield indirect savings if it lowers the average price of those brand-name drugs that are still purchased. Prior work indica-

tes - and we confirm - that generic competition does not induce brand-name producers to lower prices. However, consumer choices between generic and brand-name drugs could affect the average price of those brand-name drugs that are purchased. We use nationally representative panel data on drug utilization and costs for the years 1996-2001 to examine how the share of an individual's prescriptions filled by generics affects his average out-of-pocket cost for brand-name drugs. Our principal finding is that a higher generic scrip share lowers average brand-name prices to consumers, presumably because consumers are more likely to substitute generics when the price gap is great. This effect is substantial: a 10% increase in the consumer's generic scrip share is associated with a 15.6% decline in the average price he pays for brand-name drugs.

Psychotropes

29800

CHAPITRE

TERRIEN (K.), HAXAIRE (C.)

SCHWEYER (F.X.) / dir., PENNEC (S.) / dir.,

CRESSON (G.) / dir., BOUCHAYER (F.) / dir.

L'usage de psychotropes et normes sociales : autorégulation et effets d'interactions dans des réseaux de sociabilité féminins en Finistère.

Normes et valeurs dans le champ de la santé.

Rennes : Editions ENSP : 2004 : 261-272

A3328

Basé sur une enquête régionale réalisée auprès d'un échantillon de femmes sélectionnées dans les réseaux de sociabilité ou dans les communautés de travail de la région du Finistère, cet article analyse les normes propres et les formes de déviance en matière de consommation de psychotropes. Normes et déviations sont évaluées par les acteurs au regard des contraintes de l'environnement socio-économique et de la nécessité d'y maintenir intégration sociale et bien-être, épanouissement prescrit par les normes sociales actuelles. L'analyse des carrières des consommatrices montre que ces médicaments ne sont employés que lorsque d'autres produits psychoactifs tels que tabac, alcool ou cannabis, tout comme d'autres types de médicaments ou de pratique, ne suffisent plus.

Recherche pharmaceutique

29719

DOCUMENT DE TRAVAIL

BERNDT (E.R.), GOTTSCHALK (A.H.B.),

STROBECK (M.W.)

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

Opportunities for improving the drug development process : results from a survey of industry and the FDA.

Opportunités pour améliorer les processus de développement des médicaments : résultats d'une enquête de l'industrie pharmaceutique et de la FDA.

NBER Working Paper Series ; n° 11425

Cambridge : NBER : 2005/06 : 39p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11425.pdf>

In the United States, the Food and Drug Administration (FDA) agency is responsible for regulating the safety and efficacy of biopharmaceutical drug products. Furthermore, the FDA is tasked with speeding new medical innovations to market. These two missions create an inherent tension within the agency and between the agency and key stakeholders. Oftentimes, communications and interactions between regulated companies and the FDA suffer. The focus of this research is on the interactions between the FDA and the biopharmaceutical companies that perform drug R&D. To assess the current issues and state of communication and interaction between the FDA and industry, we carried out a survey of industry leadership in R&D and regulatory positions as well as senior leadership at the FDA who have responsibility for drug evaluation and oversight. Based on forty-nine industry and eight FDA interviews we conducted, we found that industry seeks additional structured and informal interactions with the FDA, especially during Phase II of development. Overall, industry placed greater value on additional communication than did the FDA. Furthermore, industry interviewees indicated that they were willing to pay PDUFA-like fees during clinical development to ensure that the FDA could hire additional, well-qualified staff to assist with protocol reviews and decision-making. Based on our survey and discussions, we uncovered several thematic opportunities to improve interactions between the FDA and industry and to reduce clinical development times: 1) develop metrics and goals at the FDA for clinical development times in exchange for PDUFA like fees; 2) establish an oversight board consisting

of industry, agency officials, and premier external scientists (possibly at NIH or CDC) to evaluate and audit retrospectively completed and terminated drug projects; and 3) construct a knowledge database that can simultaneously protect proprietary data while allowing sponsor companies to understand safety issues and problems of previously developed/failed drug programs. While profound scientific and medical challenges face the FDA and industry, the first step to reducing development times and associated costs and facilitating innovation is to provide an efficient regulatory process that reduces unnecessary uncertainty and delays due to lack of communication and interaction.

Sondages d'opinion

29891

DOSSIER DE PRESSE

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

Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments.

Paris : Cnamts : 2005 : 30p., tabl., graph., fig. B5107

<http://www.ameli.fr/244/DOC/2252/article.html>

Ce document analyse les résultats de l'enquête Ipsos Santé présentée le 20 octobre 2005 par la Cnamts sur le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. L'étude porte sur 4 000 patients et 1 000 médecins dans quatre pays (Allemagne, Espagne, France, Pays-Bas) et confirme la place de tête de la France en termes de consommation de médicaments. En France, neuf consultations sur dix s'achèvent avec une ordonnance de médicaments contre un peu plus d'une fois sur deux aux Pays-Bas. L'étude constate également que les médecins français se sentent davantage sous pression de la part de leurs patients. C'est le cas pour 46 % d'entre eux contre 36 % en Allemagne et en Espagne et seulement 20 % aux Pays-Bas. L'étude s'intéresse également aux médicaments les plus demandés aux médecins et aux écarts de perception entre praticiens et patients. Enfin, il semble que patients et médecins soient ouverts au changement. 8 personnes sur dix se disent tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments.

TECHNOLOGIES MÉDICALES

Informatique médicale

30413

RAPPORT

JEGOU (J.J.)

Sénat. Commission des Finances - du contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA

L'informatisation dans le secteur de la santé.

Paris : Sénat : 2005 : 65p.

B5163

<http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf>

Ce rapport présente, la réalité contrastée de l'informatisation du secteur de la santé en France et analyse ses faiblesses (défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé). Ce rapport insiste également sur les difficultés de mise en place du dossier médical personnel. Dix propositions sont formulées par le rapporteur.

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne

30472

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRESS (S.), TAMM (M.), TAUCHMANN (H.), WASEM (J.)

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. (R.W.I.). Essen. DEU

Price elasticities and social health insurance choice in Germany : a dynamic panel data approach.

Relation élasticité-prix et le choix d'une assurance sociale de santé en Allemagne : une approche dynamique par données de panel.

RMI Discussion papers ; n° 28.

Essen : RWI : : 24p., 12 tabl.

B5181

http://www.uni-essen.de/medman/Lehrstuhl/Forschung/Berichte/DP_05_028.pdf

In 1996 free choice of health insurers has been introduced in the German social health insurance scheme. Competition between insurers was supposed to increase efficiency. A crucial precondition for effective competition among health insurers is that consumers search for lower-priced health insurers. We test this hypothesis by estimating the price elasticities of insurers' market shares. We use unique panel data and specify a dynamic panel model to explain changes in market shares. Estimation results suggest that short-run price elasticities are smaller than previously found by other studies. In the long-run, however, estimation results suggest substantial price effects.

Canada

29862

RAPPORT

ESMAIL (N.), WALKER (M.)

Fraser Institute. Vancouver. Canada

How good is Canadian Health Care ? 2005 report : an international comparison of health care systems.

De quelle qualité est le système de santé canadien ? Rapport 2005 : une comparaison internationale des systèmes de santé.

Vancouver : The Fraser Institute : 2005 : 64p.

B5093

<http://www.fraserinstitute.ca/admin/books/files/>

HowGoodIsCanHealthCare2005.pdf

This edition of «How Good is Canadian Health Care?» provides answers to a series of questions that are important to resolve if Canada is to make the correct choices as it amends its health care policies. The study is strictly comparative and examines a wide number of factors for the member countries of the OECD in arriving at the answers to the questions posed. In this study, we primarily compare Canada to other countries that also have universal access, publicly funded, health care systems. Since the United States and Mexico do not, we often ignore these countries in the comparisons made. The study's focus, therefore, is not whether we should "abandon the key elements of Canada's compassionate approach to health care delivery," but how we organize to achieve it. To answer this crucial question, which is also the focus of the current debate about health care reform in Canada, we examine whether other industrialized, universal-access countries have implemented those policies that are at the centre of the health care debate in Canada: policies that have been shown to produce, at lower cost, superior access to, to, and outcomes from, health care than Canada's policies do.▲

30496

OUVRAGE

ADAMS (D.) / éd.

Federalism, democracy and health policy in Canada.

Fédéralisme, démocratie et politique de santé au Canada.

Montréal : McGill-Queen's University Press : 2001 : 306p.

A3383

An exploration of the ways in which federal and provincial governments relate to one another, and to the citizenry, in the making of health policy. The future of Canadian health policy is the highest priority issue in Canadian politics and, recognizing that intergovernmental relations are central to tackling this issue, Federalism, Democracy and Health Policy in Canada examines the nature of prevalent intergovernmental regimes in the health sector and the impact of these regimes on both health policy and the health of Canadian federalism and democracy. Case studies tackle such diverse issues as interpretation and enforcement of the Canada Health Act; the way in which Canada-wide health goals and objectives are handled; cost containment; the role of federalism in national health surveillance infrastructure ; regionalization of the health system; and the workings of the federal-provincial-

territorial health conference system. The introductory and concluding chapters provide a broad overview of the governance challenges facing Canadians in the health area. Starting with a belief that it is imperative to restore public confidence in the health system, editor Duane Adams argues that this requires a modernization of public purpose involving a new set of Canada-wide goals and objectives and that this can only be achieved through more effective and collaborative federal-provincial governance structures.▲

30497

OUVRAGE

ARMSTRONG (P.) / éd., ARMSTRONG (H.) / éd., COBURN (D.) / éd.

Unhealthy times : political perspectives on health and care in Canada.

Les temps de la mauvaise santé : perspectives politiques sur la santé et les soins au Canada.

Ontario : Oxford University Press : 2001 : 254p., index

A3384

This unique work assembles in a readily accessible format an enormous amount of research in the areas of health and health care, within a broadly defined political economy framework. Divided into three sections, it covers homecare, globalization, and the comparisons between the Canadian system and the British National Health Service; research in health services, women, and the pharmaceutical industry; and environmental contamination and poverty.



Etats-Unis

29714

DOCUMENT DE TRAVAIL

BUCHMULLER (T.C.)

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

Price and the health plan choices of retirees.

Prix et choix du plan de santé des employés retraités.

NBER Working Paper Series ; n° 11395

Cambridge : NBER : 2005/06 : 30p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11395.pdf>

This study analyzes health plan choices of retirees in an employer-sponsored health benefits program that resembles "premium support" models proposed for Medicare. In this program, out-of-pocket premiums depend on when an individual retired and his or her years of service as of

that date. Since this price variation is exogenous to unobserved plan attributes and retiree characteristics, it is possible to obtain unbiased premium elasticity estimates. The results indicate a significantly negative effect of premiums. The implied elasticities are at the low end of the range found in previous studies on active employees.▲

29718

DOCUMENT DE TRAVAIL

DAFNY (L.S.), DRANOVE (D.)

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

Do report cards tell consumers anything they don't already know ? The case of Medicare HMOs.

Les cartes de rapport disent-elles aux consommateurs autre chose que ce qu'ils ne savent pas déjà ? Le cas des HMO du Medicare.

NBER Working Paper Series ; n° 11420

P193

<http://www.nber.org/papers/w11420.pdf>

Cambridge : NBER : 2005/06 : 36p., tabl., graph., fig.

The use of government-mandated report cards to diminish uncertainty about the quality of various products and services is widespread. However, report cards will have little effect if they simply confirm consumers' prior beliefs. Moreover, documented "responses" to report cards may reflect learning about quality that would have occurred in their absence. Using panel data on Medicare HMO market shares between 1994 and 2002, we examine the relationship between enrollment and quality both before and after report cards were mailed to 40 million Medicare beneficiaries in 1999 and 2000. We find evidence for both market-based and report-card-induced learning. We estimate the report-card effect on enrollment in the 2 years following their release to be approximately equal to that of cumulative market learning between 1994 and 2002. The report-card effect is entirely due to beneficiaries' responses to consumer satisfaction scores; other reported quality measures such as the mammography rate did not affect enrollment.▲

29722

DOCUMENT DE TRAVAIL

BUCHMUELLER (T.C.)

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

Health insurance reform and Hmo penetration in the small group market.

Réforme de l'assurance maladie et pénétration des HMO dans le marché des petits groupes

d'assurance.

NBER Working Paper Series ; n° 11446
Cambridge : NBER : 2005/06 : 31p., tabl., graph., fig.
P193

<http://www.nber.org/papers/w11446.pdf>

We use data from several national employer surveys conducted between the late 1980s and the mid-1990s to investigate the effect of state-level underwriting reforms on HMO penetration in the smallgroup health insurance market. We identify reform effects by exploiting cross-state variation in the timing and content of reform legislation and by using mid-sized and large employers, which were not affected by the legislation, as within-state control groups. While it is difficult to disentangle the effect of state reforms from other factors affecting HMO penetration in the small group markets, the results suggest a positive relationship between insurance market regulations and HMO penetration.▲

30535

DOCUMENT DE TRAVAIL

FINKELSTEIN (A.)

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

The aggregate effects of health insurance : evidence from the introduction of Medicare.

Les effets agrégés de l'assurance maladie : évidence issue de l'introduction du Medicare.

NBER Working Paper Series ; n° 11619
Cambridge : NBER : 2005/08 : 48p., tabl., graph., fig.
P193

<http://www.nber.org/papers/w11619.pdf>

This paper investigates the effects of market-wide changes in health insurance by examining the single largest change in health insurance coverage in American history: the introduction of Medicare in 1965. I estimate that the impact of Medicare on hospital spending is substantially larger than what the existing evidence from individual-level changes in health insurance would have predicted. Consistent with a disproportionately larger impact of aggregate changes in health insurance, the evidence suggests that the introduction of Medicare altered the practice of medicine. For example, I find that the introduction of Medicare is associated with an increase in the rate of adoption of then new medical technologies. A back of the envelope calculation based on the estimated impact of Medicare suggests that the overall spread of health insurance between 1950 and 1990 may be able to explain at least forty percent of the increase in real per capita health spending over this time period.▲

30558

DOCUMENT DE TRAVAIL

CHANDRA (A.), SAMWICK (A.A.)

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

Disability risk and the value of disability insurance.

Risque de handicap et la valeur de l'assurance invalidité.

NBER Working Paper Series ; n° 11605
Cambridge : NBER : 2005/09 : 41p., ann., tabl., graph., fig.
P193

<http://www.nber.org/papers/w11605.pdf>

We estimate consumers' valuation of disability insurance using a stochastic lifecycle framework in which disability is modeled as permanent, involuntary retirement. We base our probabilities of worklimiting disability on 25 years of data from the Current Population Survey and examine the changes in the disability gradient for different demographic groups over their lifecycle. Our estimates show that a typical consumer would be willing to pay about 5 percent of expected consumption to eliminate the average disability risk faced by current workers. Only about 2 percentage points reflect the impact of disability on expected lifetime earnings ; the larger part is attributable to the uncertainty associated with the threat of disablement. We estimate that no more than 20 percent of mean assets accumulated before voluntary retirement are attributable to disability risks measured for any demographic group in our data. Compared to other reductions in expected utility of comparable amounts, such as a reduction in the replacement rate at voluntary retirement or increases in annual income fluctuations, disability risk generates substantially less pre-retirement saving. Because the probability of disablement is small and the average size of the loss - conditional on becoming disabled - is large, disability risk is not effectively insured through precautionary saving.▲

30560

DOCUMENT DE TRAVAIL

FINKELSTEIN (A.), MCKNIGHT (R.)

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

What did Medicare do (and was it worth it) ?

Ce que faisait Medicare (et en valait-il la peine) ?

NBER Working Paper Series ; n° 11609
Cambridge : NBER : 2005/09 : 38p., tabl., graph., fig.
P193

<http://www.nber.org/papers/w11609.pdf>

We study the impact of the introduction of one of

the major pillars of the social insurance system in the United States: the introduction of Medicare in 1965. Our results suggest that, in its first 10 years, the establishment of universal health insurance for the elderly had no discernible impact on their mortality. However, we find that the introduction of Medicare was associated with a substantial reduction in the elderly's exposure to out of pocket medical expenditure risk. Specifically, we estimate that Medicare's introduction is associated with a forty percent decline in out of pocket spending for the top quartile of the out of pocket spending distribution. A stylized expected utility framework suggests that the welfare gains from such reductions in risk exposure alone may be sufficient to cover between half and three-quarters of the costs of the Medicare program. These findings underscore the importance of considering the direct insurance benefits from public health insurance programs, in addition to any indirect benefits from an effect on health.▲

30561

DOCUMENT DE TRAVAIL

BUNDORF (M.K.), HERRING (B.), PAULY (M.)
National Bureau of Economic Research
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Risque santé, revenu et l'achat d'une assurance privée.

Health risk, income, and the purchase of private health insurance.

NBER Working Paper Series ; n° 11677

Cambridge : NBER : 2005/09 : 39p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11677.pdf>

While many believe that an individual's health plays an important role in both their willingness and ability to obtain health insurance, relatively little agreement exists on how and why health status is likely to affect coverage rates, particularly for individuals purchasing coverage in the individual market. In this paper, we examine the relationship between health risk and the purchase of private health insurance and whether that relationship differs between people purchasing coverage in the individual and large group markets and between low and high income individuals. The data source for our analysis is the panel component of the 1996-2002 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). We find that health risk is positively associated with obtaining private health insurance coverage. The positive relationship between health risk and coverage is stronger for individuals obtaining coverage in the large group market than for individuals obtaining coverage in the individual market. In the large

group market, rates of coverage increase more quickly with health risk for low than high income individuals. We conclude that high premiums for high risks are not a significant contributor to the large uninsured population in the U.S. Among low income individuals, high premiums may represent a barrier to low risks in the large group market.▲

30568

DOCUMENT DE TRAVAIL

SHEN (Y.C.), EGGLESTON (K.), LAU (J.), SCHMID (C.)

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

Hospital ownership and financial performance : a quantitative research review.

La propriété hospitalière et la performance financière : une revue de recherche quantitative.

NBER Working Paper Series ; n° 11662.

Cambridge : NBER : 2005/09 : 48p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11662.pdf>

We apply meta-analytic methods to conduct a quantitative review of the empirical literature since 1990 comparing financial performance of US for-profit, not-for-profit, and government-owned general acute hospitals. We find that the diverse results in the hospital ownership literature can be explained largely by differences in authors' underlying theoretical frameworks, assumptions about the functional form of the dependent variables, and model specifications. Weaker methods and functional forms tend to predict larger differences in financial performance between not-for-profits and for-profits. The combined estimates across studies suggest little difference in cost among all three types of hospital ownership, and that for-profit hospitals generate more revenue and greater profits than not-for-profit hospitals, although the difference is only of modest economic significance. There is little difference in revenue or profits between government and not-for-profit hospitals.

Europe Occidentale

30146

OUVRAGE

FIGUERAS (J.) / éd., SALTMAN (R.B.) / éd.,
BUSSE (R.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Observatoire Européen des Systèmes de Santé.
Londres. GBR

Social health insurance systems in western Europe.

Les systèmes d'assurance sociale dans les pays de l'Europe de l'Ouest.

Maidenhead : Open University Press : 2005 :
XV-319p., index

A3350

<http://www.euro.who.int/document/E84968.pdf>

What are the characteristics that define a social health insurance system ? How is success measured in SHI systems ? How are SHI systems developing in response to external pressures ? Using the seven social health insurance countries in western Europe - Austria, Belgium, France, Germany, Luxembourg, the Netherlands and Switzerland - as well as Israel, this important book reviews core structural and organizational dimensions, as well as recent reform and innovations. Covering a wide range of policy issues, the book : Explores the pressures these health systems confront to be more efficient, more effective, and more responsive ; Reviews their success in addressing these pressures ; Examines the implications of change on the structure of SHIs as they are currently defined ; Draws out policy lessons about past experience and likely future.▲

30194

RAPPORT

SALTMAN (R.B.)

The Nuffield Trust. Londres. GBR

Primary care in the driver's seat ? The John Fry fellowship lecture.

Les soins primaires à la place du conducteur : cours magistral de la bourse universitaire John Fry.

Londres : The Nuffield Trust : 2003 : 35p., tabl., graph.

B5129

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/090904primcare.pdf>

This paper focuses on specifically structural and organisational issues on primary care, and does so in three parts. First, adopting the Swedish concept of mapping, the paper presents a broad overview of what appears to be changing in terms of primary care and general practice

across western Europe. The second section considers the controversial topic of the credibility of GPs, an intriguing issue on which my observations may indeed depart from those of some colleagues from the book. Finally, drawing on the first two segments - on the mapping segment and the credibility issue - the paper then looks at the driver's seat question, considering whether general practitioners or primary care ought to be responsible for steering the broad health care system.

Monde

30144

OUVRAGE

SAILLANT (F.) / dir., BOULIANNE (M.) / dir.

Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives.

Laval : Université Laval, Paris : L'Harmattan :
2003 : 311p.

A3349

Ce livre porte sur les transformations des systèmes de santé dans le monde et au Québec. Il s'interroge quant au sens de ces transformations dans leurs relations avec l'État, le néolibéralisme, les valeurs de l'autonomie et de l'individualisme. Les transformations en cours, inscrites dans les phénomènes de globalisation économique, sociale et culturelle affectent particulièrement les populations les plus pauvres et les plus démunies, au Nord comme au Sud, mais aussi les femmes, souvent appelées à intensifier leurs engagements dans la communauté et dans la famille. On s'intéresse aux conditions générales des transformations sociales qui bouleversent les systèmes de santé, aux transformations des systèmes de santé eux-mêmes, mais aussi des modes de prise en charge de la maladie et de la dépendance et, enfin, aux formes que prennent les résistances à ces transformations et aux innovations qu'offrent les savoirs émergeant du mouvement des femmes.

Pays-Bas

30572

RAPPORT

Ministry of Health, Welfare and Sport. La Haye.
NLD

Health insurance in the Netherlands : the new health insurance system from 2006.

L'assurance maladie aux Pays-Bas : le nouveau système d'assurance maladie mis en place à

partir de 2006.

La Haye : Ministry of Health, Welfare and Sport : 2005 : 76p.

B5220

http://www.minvws.nl/images/health-insurance-in-nl_tcm11-74566.pdf

As of January 2006, a new insurance system for curative healthcare came into force in the Netherlands. Under the new Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet), all residents of the Netherlands are obliged to take out a health insurance. The new system is a private health insurance with social conditions. The system is operated by private health insurance companies; the insurers are obliged to accept every resident in their area of activity. A system of risk equalisation enables the acceptance obligation and prevents direct or indirect risk selection. The insured pay a nominal premium to the health insurer. Everyone with the same policy will pay the same insurance premium. The Health Insurance Act also provides for an income-related contribution to be paid by the insured. Employers contribute by making a compulsory payment towards the income-related insurance contribution of their employees. The new health insurance comprises a standard package of essential healthcare. The package provides essential curative care tested against the criteria of demonstrable efficacy, cost effectiveness and the need for collective financing. Before 2006, there were two types of health insurances: compulsory and voluntarily. Employees, people entitled to a social benefit and self-employed people with incomes to a certain level were compulsorily insured under the Social Health Insurance Act (Ziekenfondswet). People on a higher income could choose to either take out a private health insurance or to go through life uninsured.



Pays industrialisés

30142

RAPPORT

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

Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2005.

Paris : OCDE : 2005 : 171p., ann., graph., tabl. A3347

http://www.oecd.org/document/14/0,2340,fr_2649_34631_16558990_1_1_1_1,00.html

Cette troisième édition du Panorama de la santé - Les indicateurs de l'OCDE 2005 présente les données les plus récentes et les tendances de

différents aspects des performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations entre pays en ce qui concerne l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les différences de coûts, d'affectation des ressources et d'activités des systèmes de santé. Par rapport à l'édition précédente, cette édition contient davantage d'indicateurs sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, traduisant l'attention croissante que portent les décideurs au besoin de parvenir à un plus juste équilibre entre dépenses de prévention et dépenses de soins. Chaque indicateur est présenté dans un format qui se veut le plus clair possible : des graphiques illustrent les variations entre pays et dans le temps, un commentaire succinct tire les principales conclusions des données présentées, et un encadré méthodologique rappelle la définition de l'indicateur. Par ailleurs, une annexe statistique fournit des précisions supplémentaires sur chaque indicateur, étayées par des séries temporelles qui dans certains cas remontent jusqu'en 1960. Cette publication s'appuie sur Eco-Santé OCDE 2005, la base de données la plus complète qui existe sur la santé et les systèmes de santé dans les 30 pays Membres de l'OCDE.



Royaume-Uni

29851

RAPPORT

Department of Health. Londres. GBR

Choosing health : making healthy choices easier.

Choisir la santé : faciliter les choix pour améliorer son état de santé.

Londres : Department of Health : 2004/11 : 207p., tabl., fig.

B5092

http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor

This White Paper sets out the key principles for supporting the public to make healthier and more informed choices in regards to their health. The Government will provide information and practical support to get people motivated and improve emotional wellbeing and access to services so that healthy choices are easier to make.▲

29852
RAPPORT
Healthcare Commission. Londres. GBR
State of healthcare 2005.
L'état des soins de santé en 2005.
Londres : Healthcare Commission : 2005/07 :
92p., tabl., graph., fig.
B5095
<http://www.healthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/01/94/27/04019427.pdf>
The Healthcare Commission published here its second report on the state of healthcare in England and Wales, focusing for the first time on the experience of patients. The report asks three questions: do people receive effective healthcare services, do they have enough control over the care that they receive, and do some get a better deal from healthcare services than others? It pulls together the most up to date evidence on the experience of patients, including the findings of the Healthcare Commission's own surveys of patients. The commission strongly praises the improvements that have taken place in some services, such as cancer and heart services. But other services have been left behind, such as sexual health, mental health, maternity and dental services.

Union européenne

29838
RAPPORT
Commission des Communautés Européennes (C.C.E.). Bruxelles. BEL
L'état de santé de la population : réduire les écarts de santé.
Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2003 : 61p., tabl.
B5083
Le présent rapport sur l'état de santé dans la Communauté européenne est le quatrième de ce type. Le premier rapport avait donné une vue d'ensemble de l'état de santé de la Communauté européenne en 1994. Le deuxième avait pour thème l'état de santé des femmes et le troisième celui des jeunes. Rédigé par un groupe d'experts techniques composé de représentants des Etats membres, ce rapport est fondé sur les données disponibles dans les Etats membres, lesquelles ne sont pas toujours aussi complètes et comparables que l'on pourrait le souhaiter. Il dresse néanmoins un panorama intéressant des principales caractéristiques de l'état de santé de la population et des déterminants de santé.▲

30141
OUVRAGE
Commission Européenne. Division Générale de l'Emploi - Affaires Sociales et Egalité des chances. Bruxelles. BEL
MISSOC 2004 : la protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européenne et en Suisse : situation au 1er janvier 2004.
Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005 : 949p.
B5119
http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/missoc_tables_fr.htm
Le MISSOC, système d'information communautaire sur la protection sociale, a de nouveau réalisé une publication dont l'objectif est d'informer sur la situation au 1er janvier 2004 des régimes de protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, des Etats membres de l'Espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) et de la Suisse. La plus grande partie de cette publication décrit les domaines-clés de la protection sociale dans les dix-neuf Etats membres. Une brève explication de l'organisation dans chacun des Etats-membres complète les organigrammes. Ces derniers sont suivis d'un tableau offrant un aperçu sur les différents aspects du financement de la protection sociale.▲

30195
RAPPORT
SUHRCKE (M.), MCKEE (M.), SAUTO ARCE (R.), TSOLOVA (S.), MORTENSEN (I.)
Commission Européenne. Bruxelles. BEL
The contribution of health to the economy in the European Union.
La contribution de la santé à l'économie de l'Union européenne.
Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005 : 134p., tabl., graph. fig.
B5130
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf
This book focuses on the impact of health on the economy in the European Union. Its book is structured into five chapters. After an introduction in chapter 1, chapter 2 briefly lays out the main theoretical framework that underlies the subsequent review of the empirical evidence regarding the impact of health on the economy. Chapter 3 represents the key part of the book, as it reviews the empirical evidence as to whether there are significant economic benefits from health in high income countries, and if so, to

what extent. The section puts the present work into the context of the previous work done by the Commission on Macroeconomics and Health, summarises relevant cost-of-illness studies, and then presents the key microeconomic and macroeconomic evidence. Having provided sufficient evidence to back up the hypothesis that health is good for the economy, Chapter 4 takes the analysis a step further by asking: how then should countries invest in health, and do cost-effective interventions exist to tackle the health challenges EU countries are facing? It would reach beyond the scope of this book to even try to answer this question exhaustively. Instead we seek to provide some basic principles coupled with illustrative examples. We focus in particular on one way of investing in health, which is via investment in the health system, acknowledging that there are important policy levers outside the health system that can impact upon health. Chapter 5 concludes and proposes future potential areas of research. Three annexes cover some specific issues in more detail. Annex 1 discusses two different sets of indicators - indicators of health status and indicators of health system performance. Both are important for a proper assessment of the linkages between health, the health system and the economy. Annex 2 describes the search strategy used to identify the literature cited in this book. Annex 3 tabulates details of the studies that have been cited.▲

30197

RAPPORT

BYRNE (D.)

Commission Européenne. Bruxelles. BEL

Enabling good health for all : a reflection process for a new EU health strategy.

Favoriser la santé de tous : processus de réflexion pour une nouvelle stratégie de l'Union européenne en matière de santé.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005 : 50p., tabl., graph. fig.

B5132

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/pub_good_health_en.pdf

Good health is a state of physical and mental well-being necessary to live a meaningful, pleasant and productive life. Good health is also an integral part of thriving modern societies, a cornerstone of well performing economies, and a shared principle of European democracies. Achieving good health for all means not just reacting to ill-health, but proactively promoting health, preventing diseases and helping people

make healthy choices. It also means successfully tackling important challenges currently facing the European Union. These challenges include ageing-related conditions, high levels of lifestyle related diseases linked for example with obesity or tobacco consumption, a resurgence of serious communicable diseases, such as HIV/AIDS and the threat of new diseases such as SARS. Achieving good health for all is a shared responsibility that requires co-operation between the EU, its Member States and its citizens. The EU is committed to bringing together all health players and building partnerships for health. This aim is inbuilt into EU action to complement national efforts to promote good health, minimise health inequalities and to tackle the factors that determine health. This paper launches a reflection process to help define the future EU Health strategy. It counts on national governments, stakeholders, international organisations, health professionals and citizens to help develop and implement an effective European health strategy.▲

30199

RAPPORT

Commission Européenne. Health & Consumer Protection Directorate General. European Opinion Research Group. (E.E.I.G.). Bruxelles. BEL

The internal market and health services : report of the High Level Committee on Health.

Le marché interne et les services de santé : rapport du Haut Comité sur la santé.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2001 : 30p., tabl., graph. fig.

B5134

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf

Produced by the working group of the Internal Market and Health created by the High Level Committee, this report collects information on the impact of Community provisions on health systems, information on cross-border health care and service arrangements and identifies the nature and degree of problems arising and consider options for Community and national actions to resolve them. It is organised in the following way. An opening section summarises Community powers in health, considers the structure of health systems in Europe and discusses the possible tensions between the economic objectives of EU internal market regulations and the social objectives of the health sector. Section Two describes current regulations governing the co-ordination of cross-

border health services, the recent Court judgments which have implications for the delivery of care to patients, and provides an account of the experience to date in the European Union of cross-border care. A third section details the impact of general EU legislation on the various sub-components of health systems. The final section summarises possible future action against a set of principles which should govern future EU-level activity in this sector.▲

30401

RAPPORT

BLANCHET (D.), DEBRAND (T.), DOURGNON (P.), POLLET (P.)

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

Enquête SHARE 2004 : rapport de clôture.

Paris : IRDES : 2005/10 : 71p., 4 fig, 31 tabl., 2 ann.

R1615

SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est une enquête européenne qui contient des données homogènes sur des thèmes liés au vieillissement et à la retraite collectées auprès de 22 000 européens de plus de 50 ans. Pluridisciplinaire, elle est coordonnée par des chercheurs d'horizons variés (épidémiologie, sociologie, statistique, psychologie, démographie, économie). Le projet SHARE 2004 a fédéré les résultats recueillis dans onze pays européens qui représentent la diversité des situations européennes, s'étendant de la Scandinavie aux pays méditerranéens en passant par l'Europe centrale (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse). Les données collectées incluent des variables de santé (santé perçue, tests physiques et cognitifs, comportements en matière de santé et d'utilisation du système de soins), des variables psychologiques (santé mentale, bien-être), des variables économiques (statut professionnel, caractéristiques de l'activité professionnelle, âge de la retraite, ressources financières, niveau de revenu, logement, éducation) et sur le capital social (soutien familial, transferts financiers, réseaux sociaux, bénévolat...).▲

30412

RAPPORT

HERMANGE (M.T.)

Sénat. Délégation pour l'Union européenne. Paris. FRA

Les agences européennes.

Paris : Sénat : 2005 : 45p., ann.

B5162

<http://www.senat.fr/rap/r05-058/r05-0581.pdf>

Faut-il y voir une mode, le symptôme d'un malaise dans la gestion de l'action publique ou le signe rassurant de la faculté de la fonction exécutive à s'adapter aux défis d'un monde en pleine évolution ? Faut-il s'en réjouir, s'en satisfaire ou s'en inquiéter ? Toujours est-il que l'Union européenne, tous piliers confondus, a créé au cours des cinquante derniers mois plus d'agences de régulation qu'au cours des cinquante premières années de la construction européenne : de treize au début de l'été 2001, leur nombre est aujourd'hui passé à trente. Les propositions de la Commission pour créer de nouvelles agences (pour les produits chimiques, l'égalité des genres, les droits fondamentaux) conduisent raisonnablement à penser que la tendance n'est pas, loin de là, sur le point de s'inverser. L'analyse objective coûts/avantages de la création d'agences de régulation met en évidence l'utilité que peuvent représenter celles-ci dans l'exercice de la fonction exécutive au niveau européen. Encore faut-il que l'architecture des agences européennes soit conçue selon un mode cohérent, respectant les impératifs d'expertise, de crédibilité et de visibilité de la décision publique. À cet égard, et sans remettre en cause le principe même des agences européennes, chaque institution a officiellement constaté ce qui relève presque de l'évidence : le recours aux agences de régulation européennes a jusqu'à présent manqué de cohérence (extrait).▲

30431

REPERTOIRE

Conseil de l'Europe. Direction Générale de la Cohésion Sociale. Strasbourg. FRA

MISSCEO - système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe : tableaux comparatifs des systèmes de protection sociale dans 13 Etats membres du Conseil de l'Europe, en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande : situation au 1er janvier 2004.

Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe : 2005/08 : 707p., tabl.

Les tableaux comparatifs des régimes de protection sociale fournissent des informations concises, actuelles et factuelles, dans un souci d'objectivité et de comparabilité, utiles aux acteurs de la politique sociale et aux recherches universitaires. Les tableaux ont été établis par le système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe (MISSCEO), qui est un réseau de correspondants nationaux qui, afin d'assurer la qualité des tableaux, se réunit

régulièrement. En présentant des informations sur les Etats membres du Conseil de l'Europe qui ne sont pas membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, les tableaux du MISSCEO forment un complément essentiel aux tableaux comparatifs des régimes de protection sociale du système mutuel d'information sur la protection sociale dans les Etats membre de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (MISSOC).▲

30477

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Genève. CHE
The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations.

Le rapport 2005 de la santé en Europe : la santé publique en action pour des enfants et des populations en meilleure santé.

Copenhague : OMS : 2005 : 129p., tabl., ann.

B5184

<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>

Good health is a fundamental resource for social and economic development. Higher levels of human development mean that people live longer and enjoy more healthy years of life. While the health of the 879 million people in the WHO European Region has in general improved over time, inequalities between the 52 Member States in the Region and between groups within countries have widened. In addition to the east-west gap in health, differences in health between socioeconomic groups have increased in many countries. Reducing inequality is increasingly vital. As most countries have declining birth rates and growing elderly populations, it is particularly important to help children to avoid ill health and to become resilient enough to remain in good health long into old age. Special effort should therefore be made to invest in children's health as much as necessary in any given situation. Dramatic social and economic transformations are underway in countries, communities, families and individuals; these add to the complexity of this challenge. A responsible balance must be struck between current burdens on and future benefits for the whole population, but investing in children's health and development is not only a key to the future health of the population but will also reduce inequalities within it. This is the rationale that has inspired this report. The European health report 2005 contributes to this task by summarizing the major public health issues facing the Region, particularly its children, and describing effective policy responses. This helps

to supply the reliable, evidence-based information needed for sound decision-making on public health.▲

30480

RAPPORT

European Parliament. Directorate General for Research. Luxembourg. LUX

Health care systems in the EU : a comparative study.

Les systèmes de santé dans l'Union européenne : une étude comparative.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005 : 118p., tabl. Directorate General for Research Working paper ; Public Health and Consumer Protection Series ; Saco 101 EN.

B5186

http://www.europarl.eu.int/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf

The following report provides essential facts on health and health care in the 15 EU Member States. This new study of the health care systems of the 15 European Union (EU) Member States replaces two existing studies carried out in 1990 and 1993. However, health policy-making is firmly guided by the principle of subsidiarity. The harmonisation of national laws is specifically excluded in Article 129 of the European Union Treaty. Health care systems stem from specific political, historical, cultural and socio-economic traditions. As a result, the organisational arrangements for health care differ considerably between Member States - as does the allocation of capital and human resources. The principal forms of health care organisation in the European Union are the tax-financed national health service systems and those operating with social insurance in which insurance funds may be independent of the government. However, this fundamental division between the systems is weakening. Countries such as the United Kingdom have opened up their NHS to internal competition to diversify supply and increase purchasing power. In contrast, in some traditional social insurance systems sickness funds are being merged and cost control increased on the part of the central government. This trend towards convergence is an attempt to retain the relative advantages of each system. Health care in the EU is at a cross-roads between challenges and opportunities. The Member States are facing common challenges in delivering equal, efficient and high quality health services at affordable cost in times when the amount of care to be delivered is starting to exceed the resource base. The demand for health care in Europe - as el-

sewhere among industrialised countries - is growing as a result of ageing populations and rising public expectations. The combination of demographic changes and technological developments increases the cost of provision. In consequence, the systems face the same problems of rationing services in order to cut costs owing to an increasing demand and a decreasing tax base to pay for that demand. At the same time, it is increasingly difficult to develop widely accepted health policies and maintain public consent. On the other hand, there are new opportunities to secure substantial improvements in health. There is growing interest in disease prevention and health promotion, clinical advances are enabling more effective and efficient use of resources, and information on health and health care can be circulated more rapidly. Strategies employed by the Member States to meet the challenges and opportunities in health differ. For one thing they reflect substantial differences in the organisational framework in which health services are financed and delivered. Furthermore, definitions of what constitutes health and health care differ from country to country and different levels in health outcomes reflect different problems to be tackled. Each system has its own strengths and weaknesses and none of the systems provides a wholly successful solution. Hence each has something to learn from the experience of the other fourteen. In essence, the fifteen health care systems in the EU reflect a variety of different philosophies and approaches and retain their own peculiarities. Comparative studies of these systems aid the process of learning from one another to improve the health of all citizens of the Union. This report aims to provide up to date comparable information on health care systems in the European Union. Part 1 provides an overview of the key components of the health care systems studied and major trends in challenges to health and health care. Part 2 gives a detailed account of the health care system in each of the fifteen Member States. The synoptic table in the final section aims to summarise the main characteristics of the systems.▲

30563

OUVRAGE

SALTMAN (R.B.) / éd., RICO (A.) / éd.,
BOERMA (W.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Observatoire Européen des Systèmes de Santé.
Londres. GBR

Primary care in the driver's seat ?

Organizational reform in European primary care.

*Les soins primaires à la place du conducteur ?
Réforme de l'organisation des soins primaires en Europe.*

Buckingham : Open University Press : 2005 :
251p., tabl., ind.

A3386

What is the best way to structure primary care services ? How can coordination between primary care and other parts of health care systems be improved ? How should new technologies be integrated into primary care ? There is considerable agreement among national policy makers across Europe that, in principle, primary care should be the linchpin of a well-designed health care system. This agreement, however, does not carry over into the organizational mechanisms best suited to pursuing or achieving this common objective. Across western, central and eastern Europe, primary care is delivered through a wide range of institutional, financial, professional and clinical configurations. This book is a study of the reforms of primary care in Europe as well as their impacts on the broader co-ordination mechanisms within European health care systems. It also provides suggestions for effective strategies for future improvement in health care system reform.▲

30570

RAPPORT

Commission Européenne. Luxembourg. LUX

Measuring progress towards a more sustainable Europe.

Comment mesurer les progrès pour une Europe plus durable ?

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005 : 220p., tabl., graph.

B5219

<http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/>

ITY_OFFPUB/KS-68-05-551/EN/KS-68-05-551-EN.PDF

Cette publication, qui s'adresse au grand public ainsi qu'aux décideurs politiques, fournit une première évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie de développement durable, lancée par le Conseil Européen à Göteborg en 2001. Le rapport se concentre sur les tendances quantitatives, en restreignant l'analyse à l'ensemble des indicateurs de développement durable adoptés par la Commission Européenne en février 2005. Il fournit un complément utile à la communication de la Commission sur l'examen de la stratégie de développement

durable. Les tendances sont évaluées par rapport aux objectifs politiques, pour informer les lecteurs sur les succès, les compromis, et les échecs dans la réalisation des objectifs convenus d'un commun accord. Les données présentées couvrent la période de 1990 à 2005 (ou l'année disponible la plus récente). L'accent est sur la visualisation des tendances - les données peuvent être téléchargées des pages web sur les indicateurs de développement durable d'Eurostat. Le large éventail des thèmes couverts illustre à la fois les implications pratiques du développement durable pour les citoyens de l'Union Européenne, et la complexité des problèmes en question. Ce rapport devrait contribuer à faire prendre conscience des opportunités et des défis à venir. (La version française est en préparation.)

PRÉVISION-ÉVALUATION

Analyse coût-efficacité

29818

OUVRAGE

NEUMANN (P.J.)

Using cost-effectiveness analysis to improve health care : opportunities and barriers.

Usage de l'analyse coût-efficacité dans l'amélioration des soins de santé : opportunité et limites

Oxford : Oxford University Press : 2005 : XII-209p. , index

A3332

As health costs in the U.S. soar past \$1.5 trillion, much evidence indicates that the nation does not get good value for its money. It is widely agreed that we could do better by using cost-effective analysis (CEA) to help determine which health care services are most worthwhile. American policy makers, however, have largely avoided using CEA, and researchers have devoted little attention to understanding why this is so. By considering the economic, social, legal, and ethical factors that contribute to the situation, and how they can be negotiated in the future, this book offers a unique perspective. It traces the roots of EA in health and medicine, describes its promise for rational resource allocation, and discusses the nature of the opposition to it, using Medicare and the Oregon health plans as examples. In ex-

ploring the disconnection between the promise of CEA and the persistent failure of rational intentions, the book seeks to find common ground and practical solutions. It analyzes the prospects for change and presents a roadmap for getting there. It offers pragmatic advice for cost-effectiveness analysts, discussing ways in which they can better translate their research findings into the basis for action. The book also offers advice for policy makers and politicians, including lessons from Europe, Canada, and Australia, and underlines the need for leadership to establish the conditions for change.

Chimiothérapie

30212

RAPPORT

HIRTZLIN (I.)

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA

Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels.

St Denis : HAS : 2005/07 : 92p.

B5195

[http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/\(ID\)/6DD1B718A73DCC5BC12570A40047F276?opendocument](http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/(ID)/6DD1B718A73DCC5BC12570A40047F276?opendocument)

Ce document, diffusé par la Haute Autorité de santé est une évaluation économique qui fait suite aux recommandations sur les critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile publiées par l'Anaes en septembre 2003. L'objectif est de procéder à une comparaison des coûts des différentes alternatives de prise en charge : hôpital (hospitalisation complète ou de jour), hospitalisation à domicile (HAD) et réseaux. Cette étude a été élaborée suite à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Cette évaluation a été conduite à partir de l'analyse critique de la littérature internationale de langue française et anglaise. Les données ont été complétées pour la France par une recherche dans les bases du PMSI (coût de la prise en charge hospitalière) et par une extraction spécifique de données de l'enquête HAD de l'IRDES (ex CREDES).

Etat de santé

29821

OUVRAGE

KEMM (J.) / éd., PARRY (J.) / éd., PALMER (S.) / éd.

Health impact assessment : concepts, theory, techniques, and applications.

Evaluation de l'impact en santé : concepts, théories, techniques et applications.

Oxford : Oxford University Press : 2004 : IX-432p., index

A3333

This book gives a comprehensive overview of the concepts, theory, techniques and applications of Health Impact Assessment to aid all those preparing projects or carrying out assessments. It draws on examples and thinking from many different disciplines and many parts of the world. This is the first easily accessible book, which reviews the whole field. It is likely to become the standard reference for HIA and the first place that anyone seeking to learn about the subject will turn.

Macroéconomie de la santé

29723

DOCUMENT DE TRAVAIL

WEILL (D.N.)

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

Accounting for the effect of health on economic growth.

Prendre en compte l'influence de la santé sur la croissance économique.

NBER Working Paper Series ; n° 11455

Cambridge : NBER : 2005/06 : 57p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11455.pdf>

This study uses microeconomic estimates of the effect of health on individual outcomes to construct macroeconomic estimates of the proximate effect of health on GDP per capita. It uses a variety of methods to construct estimates of the return to health, which it combines with cross-country and historical data on several health indicators including height, adult survival, and age at menarche. Its preferred estimates of the share of cross-country variance in log income per worker explained by variation in health is 22.6%, roughly the same as the share accounted for by human capital from education, and larger than the share accounted for by physical capital. Its

presents alternative estimates ranging between 9.5% and 29.5%. Its preferred estimates of the reduction in world income variance that would result from eliminating health variations among countries is 36.6%.

Productivité

30565

DOCUMENT DE TRAVAIL

KNIESNER (T.J.), VICUSI (W.K.), WOOCK (C.), ZILIAK (J.P.)

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

How unobservable productivity biases the value of a statistical life ?

Comment la productivité inobservable biaise la valeur d'une vie statistique ?

NBER Working Paper Series ; n° 11659.

Cambridge : NBER : 2005/09 : 23p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11659.pdf>

A prominent theoretical controversy in the compensating differentials literature concerns unobservable individual productivity. Competing models yield opposite predictions depending on whether the unobservable productivity is safety-related skill or productivity generally. Using five panel waves and several new measures of worker fatality risks, first-difference estimates imply that omitting individual heterogeneity leads to overestimates of the value of statistical life, consistent with the latent safety-related skill interpretation. Risk measures with less measurement error raise the value of statistical life, the net effect being that estimates from the static model range from \$5.3 million to \$6.7 million, with dynamic model estimates somewhat higher.

Recommandations

29840

RAPPORT

Audit Commission. Londres. GBR

Managing the financial implications of NICE guidance.

Gérer les implications financières de NICE.

Wetherby : Audit Commission Publications : 2005 : 58p., 10 fig., tabl., ann.

B5084

<http://www.audit-commission.gov.uk/reports/NATIONAL-REPORT.asp?CategoryID=&ProdID=CC53DDFE-42C8-49c7-BB53->

9F6485262718&fromREPORTSANDDA-TA=NATIONAL-REPORT&page=index.asp&area=hplink

The Audit Commission has issued a national report on financial management and how it can affect the implementation of guidance from the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The report was produced in conjunction with NICE and concludes that greater implementation of NICE guidance will only be achieved if NHS bodies improve their financial management arrangements. The report provides a series of recommendations to NHS bodies and NICE, such as appropriate planning, costing, budgeting and monitoring processes to support the implementation of NICE guidance.

MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Econométrie

30485

OUVRAGE

JONES (A.) / éd., O'DONNELL (O.) / éd.

Econometric analysis of health data.

Analyse économétrique des données de santé.

Chichester : John Wiley & Sons : 2002 : 233p., tabl., index

A3381

Given extensive use of individual level data in Health Economics, it has become increasingly important to understand the microeconomic techniques available to applied researchers. The purpose of this book is to give readers convenient access to a collection of recent contributions that contain innovative applications of microeconomic methods to data on health and health care. Contributions are selected from papers presented at the European Workshops on Econometrics and Health Economics and published in Health Economics. Topics covered include : Latent Variables ; Unobservable heterogeneity and selection problems ; Count data and survival analysis ; Flexible and semiparametric estimators for limited dependent variables ; Classical and simulation methods for panel data ; Publication marks the tenth anniversary of the Workshop series.

Economie de la santé

30483

OUVRAGE

KERNICK (D.) / éd.

Getting health economics into practice.

Mettre l'économie de la santé en pratique.

Abingdon : Radcliffe Medical Press : 2002 : 358p., tabl., index

A3379

Fifty years ago medicine was straightforward. Doctors had limited therapeutic options and patients did as they were told. Today, an array of medial interventions is putting increasing pressure on limited resources, patients are questioning everything and doctors are uncertain of their role. Health economists hoped to offer important insights to aid decision making, but their technical frameworks bore little resemblance to the practical requirements of end users. Now, this book presents the concepts and insights that health economics has to offer in a way that is accessible to every healthcare decision maker. Getting Health Economics into Practice is for all those who are involved in the planning, commissioning and delivery of healthcare. It illuminates the practical value that the concepts and principles of health economics can offer decision makers at all levels. Comprehensive and extensive, it is the first such book to be edited by a clinician rather than a health economist, with contributions from an expert panel of specialists. This approach ensures it is accessible and useful in the everyday work of health professionals. It is relevant for all healthcare sectors, in particular for Primary Care Trusts, and is essential reading for managers, researchers, and especially practitioners.

Epidémiologie statistique

30484

OUVRAGE

HART (A.)

Making sense of statistics in healthcare.

Donner un sens aux statistiques sur la santé.

Abingdon : Radcliffe Medical Press : 2002 : 162p., tabl., index

A3380

This book is unique in being written for people who want to be able to make sense of published studies, or embark on their own studies, without getting bogged down by the details of how to use specific methods. It gives insight into how statisticians view data and research, and into what

they do. This book is virtually formula free, and it does not describe the mechanics of techniques but is packed with ideas and examples. It describes how statisticians use data and provides a thorough explanation of statistical concepts in the context of real studies to enable the reader to make informed judgements. Invaluable for those involved in research, it shows how to combine formal results with common and clinical sense.

Epidémiologie descriptive

30486

OUVRAGE

MORABIA (A.) / éd.

History of epidemiologic methods and concepts.

Histoire des méthodes et concepts épidémiologiques.

Bâle : Birkhäuser Verlag : 2004 : 405p., tabl., index

A3382

Methods, just as diseases or scientists, have their own history. It is important for scientists to be aware of the genesis of the methods they use and of the context in which they were developed. A History of Epidemiologic Methods and Concepts is based on a collection of contributions which appeared in "SPM International Journal of Public Health", starting in January 2001. The contributions focus on the historical emergence of current epidemiological methods and their relative importance at different points in time, rather than on specific achievements of epidemiology in controlling plagues such as cholera, tuberculosis, malaria, typhoid fever, or lung cancer. The papers present the design of prospective and retrospective studies, and the concepts of bias, confounding, and interaction. The compilation of articles is complemented by an introduction and comments by Prof. Alfredo Morabia which puts them in the context of current epidemiological research.

Mortalité évitable

30151

CONGRES

WORTH (M.)

Institute of Medicine of the National Academies.
Washington DC. USA

Estimating the contributions of lifestyle-related factors to preventable death.

Comment évaluer les contributions des

conditions de vie sur la mortalité évitable.

Workshop of the Institute of Medicine (IOM). :
Washington, 2004/12/13-14

Washington : The National Academy Press :
2005 : 70p., tabl., graph.

B5120

Cet ouvrage rassemble les contributions d'une réunion de travail menée par l'Institute of Medicine of the National Academy of Science, dont l'objectif était : d'établir quelles seraient les meilleures méthodologies pour évaluer le nombre de décès évitables aux Etats-Unis parmi les causes de décès, d'estimer la part des facteurs liés aux conditions de vie (alcoolisme, tabagisme, obésité ...) qui contribuent à cette mortalité et de choisir les meilleurs indicateurs (QALY, DALY, HALY) pour identifier le coût économique de ces mortalités, qui pourraient être évitées par une meilleure prévention.

DÉMOGRAPHIE-MODE VIE

Famille

30452

FASCICULE , RAPPORT

GODET (M.), SULLEROT (E.)

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

La famille, une affaire publique

Paris : La Documentation française. : 2005 : 467p., tabl., graph.

Rapport du CAE ; n° 57

P117

Le vieillissement de la population observé en Europe a deux causes : la baisse du taux de fécondité et la hausse de l'espérance de vie. Le renouvellement des générations n'est plus assuré et il y a de moins en moins de jeunes pour payer la retraite des anciens, de plus en plus nombreux. La France est moins touchée par ce phénomène que ses partenaires européens, mais elle n'est pas épargnée. Michel Godet et Évelyne Sullerot considèrent que c'est le développement durable de nos sociétés qui est en danger. Ils plaident en conséquence pour un renforcement de la politique familiale. La famille doit être mieux soutenue car c'est une institution efficace comme lieu d'investissement en capital humain et social. Il s'agit en outre, dans un souci d'équité, d'atténuer le phénomène de paupérisation des familles, et notamment des familles nombreuses. Les auteurs soulignent que la collectivité ne compense pas le coût des enfants. Ils proposent en conséquence des mesures fiscales de soutien au revenu, dont la familialisation de la CSG. Des dispositifs permettant une meilleure conciliation des vies professionnelle et familiale et une politique d'immigration choisie doublée d'une politique d'intégration volontariste font également parti du menu des recommandations. Le rapport de Michel Godet et Évelyne Sullerot est accompagné de commentaires critiques d'Antoine d'Autume et de Jean-Michel Charpin, ainsi que de compléments apportant des éclairages spécifiques sur certains aspects de la question.

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Emploi

30519

RAPPORT

Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.). Paris. FRA

Aider au retour à l'emploi.

Paris : la Documentation française : 2005/11 : 150p.

B5198

<http://www.cerc.gouv.fr/rapports/rapport6cerc.pdf>

Le Premier ministre a demandé au Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, le CERC, de procéder à une analyse approfondie des dispositifs d'aide au retour à l'emploi et de formuler des propositions destinées à améliorer l'accompagnement des chômeurs. Parmi celles-ci, le CERC préconise notamment un système où les partenaires sociaux se verraient reconnaître un rôle effectif dans les orientations stratégiques de l'agence de retour à l'emploi, l'ANPE. Les missions de l'UNEDIC et de l'ANPE seraient resserrées sur l'essentiel : l'indemnisation des chômeurs et la collecte des cotisations pour la première, l'intermédiation et l'aide au retour à l'emploi pour la seconde.

Prospective des métiers

29830

RAPPORT

AFRIAT (C.), GAY (C.), MAILLARD (F.), AGUETTANT (N.)

Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Groupe Qualifications & Prospective. Paris. FRA

Quelle prospective pour les métiers de demain ? L'apport des observatoires de branche.

Paris : La Documentation française : 2005/07 : 228p.

B5081, A3346

<http://www.plan.gouv.fr/intranet/upload/actualite/RapportPrometheeV2.pdf>

Quels seront les besoins de la France en matière de métiers et de compétences ? Les observatoires de branche - impulsés par la loi du 4 mai 2004 sur la formation tout au long de la vie - peuvent apporter leur contribution à cette question essentielle. Les repères méthodologiques proposés par le groupe PROMETHEE vont les y

aider, en fournissant les outils d'une démarche prospective. Le groupe de projet a travaillé sur les différentes méthodes prospectives en s'appuyant sur l'expérience d'une douzaine d'observatoires (sur les seize structurés à l'échelle nationale). Après avoir analysé leurs réalisations, il propose une méthodologie prospective conçue pour que les branches, les partenaires sociaux et les entreprises dégagent les éléments de réponse aux questions identifiées. Elle compte quatre phases : - Recherche et analyse des facteurs d'évolution - Partage et validation des enjeux et hypothèses, - Élaboration des scénarios (événementiel, tendanciel, de rupture) et évaluation de leurs impacts, - Formalisation des recommandations et des plans d'action (emploi-formation, professionnalisation, mobilité ou reconversion, formation, communication vers les jeunes). L'outil méthodologique proposé par le Plan peut s'utiliser partiellement ou en totalité. Il n'a aucune vocation normative. Il a été conçu pour apporter des réponses, des explications ou des exemples à différents types de problématiques et de secteurs.

DOCUMENTATION

Enquêtes

30461
REPERTOIRE
US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. (C.D.C.). National Center for Health Statistics. (N.C.H.S.). Hyattsville. USA
International health data : reference guide 2003.
Données sanitaires internationales : guide de références 2003.
DHHS Publication ; n° 2005-1007
Hyattsville : CDC - NCHS : 2005/09 : 185p., tabl. c, SE (USA) 2003
<http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/ihdrg2003.pdf>
Ce document présente, sous formes de tableaux ou de fiches, un descriptif des enquêtes nationales qui sont réalisées dans un grand nombre de pays et qui permettent à chacun d'entre eux de recueillir des indicateurs démographiques, ainsi que des données sur leur système hospitalier et sur leur démographie médicale et paramédicale.

Les entrées se font par thème, par pays et par enquête, et les informations de cet ouvrage permettent de connaître pour chaque enquête : les items présents ou les thèmes abordés, les années disponibles et la fréquence, leur objectif, la méthode de recueil des données et la taille de l'échantillon, les coordonnateurs de ces enquêtes avec mention d'un contact.

Répertoire

29878
REPERTOIRE
Vidal. Paris. FRA
Pharm'Index : le répertoire administratif et économique : 64 000 références (spécialités pharmaceutiques, diététique, dermo-cosmétique et accessoires, produits vétérinaires).
Paris : Vidal : 2005/08 : (912p.) + mises à jour mensuelles
Ub379 (2005)
Pharm'Index est la version imprimée de la base de données économiques et administratives représentant tous les produits commercialisés en France, que les Editions du Vidal propose aux professionnels de santé. Elle tient à jour 64 000 références, présentées en tableaux récapitulatifs classées en 3 grandes sections : les spécialités pharmaceutiques distribuées en ville et à l'hôpital, disponibles et supprimées (historique sur 4 ans), les produits génériques classés par DCI et les médicaments à prescription restreinte, la parapharmacie (diététique, dermo-cosmétique, accessoires), les produits vétérinaires. Les renseignements compilés par produit sont les suivants : informations administratives et réglementaires, prix fixés, indicatifs (calculés par le Vidal) ou conseillés par le fabricant, références fabricants, marge HT en pourcentage, permettant aux pharmaciens de se situer par rapport au marché. Ce répertoire remplace le répertoire Ofisemp.

RÉGLEMENTATION

Accidents du travail

30445

RAPPORT

EUROGIP. Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité Sociale. Paris. FRA

Accidents du travail - maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes.

Paris : Eurogip : 2005/06 : 16p., ann.

B5158

<http://www.eurogip.fr/pdf/Eurogip-18F%20Branche%20AT-MP.pdf>

Au regard du débat français sur la réparation intégrale des préjudices subis, Eurogip publie dans ce rapport d'enquête une analyse comparée sur les prestations versées et les réformes récentes ou envisagées concernant l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles dans les autres pays européens. L'étude s'articule autour des aspects suivants : quelle réparation pour quels préjudices, lien de causalité et limitation de la responsabilité de l'employeur, l'indemnisation en cause : projets de réforme et réflexions.

Hospitalisation à domicile

30448

RAPPORT

GARCIA (Y.)

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA

Ce qu'il faut savoir pour créer ou gérer une H.A.D.

Paris : FNEHAD : 2005 : 333p., tabl.

B5159

Ce document rappelle le cadre législatif réglementant les structures d'hospitalisation à domicile. Il décortique étape par étape les démarches à accomplir auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation pour apprécier le rôle de la Haute Autorité de santé et revient sur chaque partie du dossier qu'il sera nécessaire d'élaborer.

Index des auteurs

A

AARON (H.J.)	15
ADAMS (D.)	46
AFRIAT (C.)	61
AGUETTANT (N.)	61
Assemblée Nationale. (A.N.).....	23, 29
Association d'Economie Sociale. (A.E.S.)	30, 31
Association Nationale des Médecins Généralistes Référents. (A.M.E.D.R.E.F.)	36
Association of the British Pharmaceutical Industry. (A.B.P.I.)	43
Audit Commission	58

B

BACQUE (M.H.)	35
BARRO (J.R.)	37
BEAGLEHOLE (R.).....	21
BENAMOUGIZ (D.)	15
BENSING (J.M.)	36
BERAUD (C.)	42
BERNDT (E.R.)	41, 44
BLANCHET (D.)	54
BOERMA (W.)	56
BOUCHAYER (F.)	44
BOULIANNE (M.)	50
BRENDER (A.).....	18
BUCHMUELLER (T.C.)	47
BUNDORF (M.K.)	49
Bureau Régional de l'Europe	55

BUSSE (R.)	50
BYRNE (D.)	53

C

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.)	25
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	36, 40, 45
CANIARD (E.)	15
CASH (R.)	15
CAUSSAT (L.)	15
CAWLEY (J.)	27
CAYLA (F.)	32
Centers for Disease Control and Prevention. (C.D.C.)	62
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. (C.R.I.P.S.)	35
CHABALIER (H.)	21
CHAMBARETAUD (S.)	34
CHANDRA (A.)	48
CHAUVIN (P.)	32
CHEVREUL (K.)	38
Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé. (C.R.A.E.S.)	35
COMAN (H.)	28
Comité de Suivi et d'Evaluation de la Journée de Solidarité	29
Commissariat Général du Plan. (C.G.P.)	34, 61
Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.)	29
Commission des Communautés Européennes (C.C.E.)	52

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.)	23, 24
Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation	45
Commission Européenne	52, 53, 56
Commission on Medicaid and the Uninsured	31
COM-RUELLE (L.)	38
CONLEY (D.)	27
Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale. (C.E.R.C.)	61
Conseil de l'Europe	54
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.)	33
Cour des Comptes	19, 29
COX (M.)	15
CRESSON (G.)	44
CSA	16
CUTLER (D.M.)	25

D

DAFNY (L.S.)	47
DANEL (T.)	26
DAVE (D.)	28
DE JONCHEERE (C.P.)	42
DEBRAND (T.)	54
Délégation pour l'Union européenne	54
Department of Health	51
DERIOT (G.)	23
Direction de la Santé (D.S.)	25
Direction de la Sécurité Sociale. (D.S.S.)	17

Direction des Etudes - des Répertoires et des Statistiques. (D.E.R.S.)	25
Direction Générale de la Cohésion Sociale	54
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. (D.R.A.S.S.)	17
Directorate General for Research	55
Division de Politique Sociale	30
Division Générale de l'Emploi - Affaires Sociales et Egalité des chances	52
DOURGNON (P.)	54
DRANOVE (D.)	47
DROUOT (N.)	32
DUKES (M.N.G.)	42
DUPUIS (S.)	25

E

EGGLESTON (K.)	49
EPSTEIN (A.)	36
ESMAIL (N.)	46
EUROGIP	63
European Opinion Research Group. (E.E.I.G.)	53
European Parliament.	55
European Public Health Association. (E.P.H.A.)	21

F

FAHET (G.)	32
FASSIN (D.)	21
FAUVEL (G.)	32

Fédération Nationale des Etablissements
d'Hospitalisation à Domicile.
(F.N.E.H.A.D.) **63**

FIGUERAS (J.) **50**

FINKELSTEIN (A.) **48**

FRAKES (M.) **28**

Fraser Institute **46**

G

GARCIA (Y.) **63**

GATRELL (A.C.) **33**

GAUTIER (A.) **22**

GAY (C.) **61**

GLAUBER (R.) **27**

GODET (M.) **61**

GOTTSCHALK (A.H.B.) **41, 44**

GRESS (S.) **46**

GRIGNON (M.) **15, 24, 27**

Groupe Poles **34**

Groupe Qualifications & Prospective **61**

Groupement de l'Institution Prévention
de la Sécurité Sociale **63**

GRUBER (J.) **28**

H

HAAIJER-RUSKAMP (F.M.) **42**

HADLEY (J.) **31**

HARDY (J.P.) **38**

HART (A.) **59**

HARTMANN (L.) **33**

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance
Maladie. (H.C.A.A.M.) **19, 20**

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.) **57**

HAXAIRE (C.) **44**

Health & Consumer Protection Directorate
General **53**

Healthcare Commission **52**

HENNESSY (P.) **30**

HERMANGE (M.T.) **54**

HERRING (B.) **49**

HIRSCH (E.) **37**

HIRTZLIN (I.) **57**

HOLAHAN (J.) **31**

HUBER (M.) **30**

HUCKMAN (R.S.) **37**

HUREIKI (J.) **32**

I

IMS Consulting **42**

Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.) **30**

Institut de Recherche et Documentation
en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.) **15, 38,**
41, 54

Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.) **32**

Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.) **22**

Institute of Medicine of the National
Academies **60**

Interpharma **42**

Ipsos **16**

IZUMI (J.) **30**

J

JACQUAT (D.)	29
JEANTET (M.)	25
JEGOU (J.J.)	45
JOEL (M.E.)	30, 31
JONES (A.)	59

K

KAPTEIN (A.)	36
KARILA (L.)	26
KELEHER (H.)	26
KEMM (J.)	58
KERNICK (D.)	59
KERVASDOUE (J. de)	15
KESSLER (D.P.)	37, 38
KIM (W.)	30
KIRCH (W.)	21
KNIESNER (T.J.)	58

L

LAKDAWALLA (D.)	40
LAMOUREUX (P.)	22
LAROQUE (M.)	30
LAU (J.)	49
LE CORRE (V.)	25
LEONETTI (J.)	29
LEQUET-SLAMA (D.)	15
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.)	40

LUNDSGAARD (J.)	30
-----------------------	----

M

MAILLARD (F.)	61
MAZIERES (C. de)	15
MCKEE (M.)	52
MCKNIGHT (R.)	48
McMaster University	24, 27
Médecins du Monde. (M.D.M.)	32
MEYER (C.)	15
MEYERHOEFER (C.)	27
MIDY (F.)	38
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.)	17, 23, 24
Ministry of Health, Welfare and Sport	50
Mission Evaluation des Conventions d'Objectifs et de Gestion. (M.E.C.O.G.) ..	17
MORABIA (A.)	60
MORTENSEN (I.)	52
MURPHY (B.)	26
MURPHY (K.M.)	25

N

National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.)	25, 27, 28, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 49, 58
National Center for Health Statistics. (N.C.H.S.)	62
NEUMANN (P.J.)	57
NEWHOUSE (D.)	27

NGUYEN-KIM (L.)	41
NOCHOLSON (S.)	36
NOONAN (K.)	28
NORMAN (G.R.)	27

O

O'DONNELL (O.)	59
Observatoire Européen des Systèmes de Santé	50, 56
Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.)	32
Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. (O.P.E.P.S.)	23
OLIVIER (A.)	15
OLSEN (R.N.)	39
OR (Z.)	41
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	30, 51
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)	22, 42, 50, 55, 56

P

PALIER (B.)	17
PALMER (S.)	58
PAPIERNIK (E.)	34
PARIS (V.)	15, 38, 41
PARIZOT (I.)	32
PARRY (J.)	58
PAULY (M.)	49
PELC (A.)	25
PELLET (R.)	15

PENNEC (S.)	44
PERICARD (B.)	34
PHILIPSON (T.J.).....	41
PIVETEAU (D.)	15
POLLET (P.)	54
POLTON (D.)	15

R

RAYNAUD (D.)	15
REICHMAN (N.)	28
REISCHAUER (B.)	31
REVET (S.)	32
REY (H.)	35
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. (R.W.I.)	46
RICO (A.)	56
RIETVELD (A.H.)	42
RIZZO (J.A.)	43
ROCHAIX (L.)	15
ROTH (N.)	15

S

SAILLANT (F.)	50
SAINSAULIEU (I.)	39
SALTMAN (R.B.)	50
SALTMAN (R.B.)	56
SAMWICK (A.A.)	48
SAUTO ARCE R.)	52
SCHMID (C.)	49

SCHWARTZ (W.B.)	15
SCHWEYER (F.X.)	44
Sénat	16, 19, 45, 54
SERFATY (A.)	34
SERMET (C.)	41
SHEN (Y.C.)	49
SIMONNOT (N.)	32
SINTOMER (Y.)	35
SOOD (N.)	40
Sous-Direction de la Gestion et des Systèmes d'Information. (S.D.G.S.I.)	17
Southwest Missouri State University	39
STEWART (S.T.)	25
STRAUSS-KAHN (D.)	18
STREINER (D.L.)	27
STROBECK (M.W.)	41, 44
SUHRCKE (M.)	52
SULLEROT (E.)	61

T

TALBOTT (S.)	15
TAMM (M.)	46
TAUCHMANN (H.)	46
TERRIEN (K.)	44
The Henry J. Kaiser Family Foundation..	31
The Nuffield Trust	50
The Nuffield Trust for Research and Policy	15
TIBERGHIE (F.)	34
TOPEL (R.H.)	25

TSOLOVA (S.)	52
--------------------	----

U

ULMANN (P.)	15
ULMANN (P.)	33
Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.)	33, 35
United States General Accounting Office. (G.A.O.)	43
US Department of Health and Human Services	62

V

VASSELLE (A.)	19
VASSEUR (V.)	37
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.v. (V.F.A.)	40
VERHAAK (P.F.M.)	36
VICUSI (W.K.)	58

W

WALKER (M.)	46
WASEM (J.)	46
WEILL (D.N.)	58
WEINMAN (J.)	36
WITTEW (J.)	30, 31
WOOCK (C.)	58
WOODWAED (R.M.)	25
WORTH (M.)	60

Y

YOUNG (T.K.) 26

Z

ZECKHAUSER (R.) 43

ZILIAK (J.P.) 58

Carnet d'adresses des éditeurs

A

A.G.F. (ASSURANCES GÉNÉRALES DE FRANCE)

Service de presse/Case postale A420
87 rue de Richelieu
75113 Paris Cedex 02
☎ 01 44 86 78 97
<http://www.agf.fr>

A.M.E.D.R.E.F. (ASSOCIATION NATIONALE DES MÉDECINS RÉFÉRENTS)

27 rue de la Plage
56750 Damgan
<http://www.amedref.org>

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

Rédaction: HCSP (Haut Comité Santé Publique)
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49

Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

1er accès : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsps?ae=adsps&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)

2ème accès : BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr> =>
Texte intégral (accès à tous les articles pour les abonnés à la BDSP)

ASSEMBLÉE NATIONALE

126, rue de l'Université
75007 Paris
☎ 01 40 63 60 00
<http://www.assemblee-nationale.fr/0index.html>

AUDIT COMMISSION PUBLICATIONS

PO Box 99
Wetherby LS23 7JA
Email: audit-publications@twoten.press.net
☎ 00 44 800 502 030
Fax : 00 44 870 1214217
<http://www.audit-commission.gov.uk/>

B

BIRKHÄUSER VERLAG

Birkhäuser Publishing Ltd.
Sales STM
Viaduktstr. 42
4051 Basel (Bâle)
Switzerland
☎ 00 41 61 205 07 02
Fax : 00 41 61 205 07 92
email : rapp@birkhauser.ch
<http://www.birkhauser.com/>

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/>

BROOKINGS INSTITUTION (THE)

1777 Massachusetts Avenue
NW Washington CD 20036
Etats-Unis
☎ 00 1 202 797 6000
Fax : 00 1 202 797 6004
email : webmaster@brookings.edu
<http://www.brookings.edu>

C

C.C.M.S.A. (CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE)

Direction des Statistiques et des Etudes
Economiques et Financières
Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
73547 Bagnolet cedex
☎ 01 41 63 80 77
Fax : 01 41 63 83 80
<http://www.msa.fr>

C.G.P. (COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN)

18, rue de Martignac
75007 Paris
☎ 01 40 47 60 60
<http://www.plan.gouv.fr>

C.N.A.M.T.S. (CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS)

26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 PARIS cedex 20
Standard ☎ 01 72 60 10 00
Service Documentation :
☎ 01 72 60 18 75/18 01
<http://www.ameli.fr> (assurance maladie en ligne)

C.N.O.M. (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS)

180, bd Haussman
75008 Paris
☎ 01 53 89 32 00
Fax : 01 53 89 32 01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

**COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

D.S.S. (DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)
Sous-direction du financement et de la gestion de la Sécurité sociale
Bureau 5A
1, Place Fontenoy
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00 (standard du Ministère)
☎ 01 40 56 69 94
Fax : 01 740 56 71 32
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ccss/sommaire.htm>

CONSEIL DE L'EUROPE

Division des Editions
Palais de l'Europe
67075 Strasbourg cedex
☎ 03 88 41 25 81
Fax : 03 88 41 39 10
email : publishing@coe.int
<http://www.coe.int/portailT.asp>
<http://www.coe.int/T/F/Communication%5Fet%5FRecherche/Editions/>

COUR DES COMPTES

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

D

D.R.A.S.S.I.F. (DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES D'ILE DE FRANCE)

58, rue Mouzzaia
75935 Paris cedex 19
☎ 01 44 84 22 22
Fax : 01 42 06 81 10
<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/>

DÉCOUVERTE ET SYROS (EDITIONS LA)

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

DEPARTMENT OF HEALTH (D.O.H.)

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

DOCUMENTATION FRANÇAISE (LA)

Librairie de Paris
29, Quai Voltaire
75007 Paris
☎ 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 72 30
email : libparis@ladocfrancaise.gouv.fr
3615 3616 La doc
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> Documentation Française (La)
(par correspondance ou par fax)
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01

3615 3616 La doc
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> Doin

Editeurs

26, av. de l'Europe
78140 Vélizy Villacoublay
☎ 01 34 63 33 33

DUNOD

5, rue Laromiguière
75005 Paris
☎ 01 40 46 35 00
Fax : 01 40 46 49 95
email : infos@dunod.com
<http://www.dunod.com>

E

**EDITIONS DE L'E.N.S.P. (ECOLE
NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE)**

Avenue du Professeur Léon-Bernard
35043 Rennes
☎ 02 99 54 90 98
Fax : 02 99 54 22 84
3617 Ensp
<http://www.editions.ensp.fr>
<http://www.ensp.fr>

EDWARD ELGAR PUBLISHING LIMITED

8 Lansdown Place
Cheltenham Glos, GL50 2HU
Royaume-Uni
☎ 00 44 1242 226 934
Fax : 00 44 1242 262 111
<http://www.e-elgar.co.uk>

**EUROGIP (GROUPEMENT DE L'INSTITU-
TION PRÉVENTION DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE)**

55 rue de la Fédération
75015 Paris
☎ 01 40 56 30 40
Fax : 01 40 56 36 6
email : eurogip@eurogip.fr
<http://www.eurogip.fr/fr/index.htm>

F

**F.N.E.H.A.D. (FÉDÉRATION NATIONALE
DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALI-
SATION À DOMICILE)**

BP 136
40103 Dax cedex
☎ 05 58 74 35 32
Fax : 05 58 90 82 69
<http://www.fnehad.asso.fr/>

FLAMMARION-MÉDECINE-SCIENCES

4, rue Casimir Delavigne
75278 Paris Cedex 06
☎ 01 40 51 30 08
Fax : 01 43 25 01 18
<http://medecine.flammarion.com/>

FRASER INSTITUTE (THE)

Head Office
4th Floor
1770 Burrard Street
Vancouver BC
Canada V6J 3G7
☎ 00 1 604 688-0221
Fax: 00 1 604 688-8539
<http://www.fraserinstitute.ca/>

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/>

H

H.C.A.A.M. (HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE)

Ministère chargé de la santé
D.S.S. (Direction de la Sécurité sociale)
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/avis_hautconseil/sommaire.htm

HARMATTAN ÉDITIONS (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>

HEALTHCARE COMMISSION

London Head Office
Finsbury Tower
103-105 Bunhill Row,
London
EC1Y 8TG
☎ 00 44 20 7448 9200
email : feedback@healthcarecommission.org.uk
<http://www.healthcarecommission.org.uk>

HENRI J. KAISER FAMILY FOUNDATION (THE)

2400 Sand Hill Road
Menlo Park CA 94025
Etats-Unis
☎ 00 1 650 854 9400
Fax : 00 1 650 854 4800
<http://www.kff.org>

I

I.N.P.E.S. (INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ)

(Ex : CFES, Centre Français 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.R.D.E.S. (INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ)

(ex CREDES)
Service Diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 17
Fax : 01 53 93 43 50
email : commande@irdes.fr
<http://www.irdes.fr>

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>
<http://bir.inserm.fr/>

IMS CONSULTING

Regional Headquarters IMS
7 Harewood Avenue
London NW1 6JB
United Kingdom
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7393 5100
<http://www.imshealth.com>

IOS PRESS

Nieuwe Hemweg 6B
1013 BG Amsterdam
Pays-Bas
☎ 31 20 688 3355
Fax : 00 31 20 620 3419
email : market@iospress.nl
<http://www.iospress.nl/>

J

JOHN WILEY & SONS

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

M

M.S.S.P.S. (Ancien sigle du ministère chargé de la Santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire) => voir ministère chargé de la santé

MCGILL-QUEEN'S UNIVERSITY PRESS

3430 McTavish Street
Montreal, Quebec
H3A 1X9 Canada
☎ 00 1 514 398 3750
Fax : 00 1 514 398 4333

Ou

MCGILL-QUEEN'S UNIVERSITY PRESS

Queen's University
Kingston, ON
K7L 3N6 Canada
☎ 00 1 613 533 2155
Fax: 00 1 613 533 6822
Email : mqup@post.queensu.ca
<http://www.mqup.mcgill.ca/>

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

Fax : 00 1 905 521 8232

email : econ@mcmaster.ca - econch@mcmaster.ca

<http://www.mcmaster.ca/economics/>

MÉDECINS DU MONDE

62, rue Marcadet
75018 Paris
☎ 01 44 92 15 15
email : medmonde@medecinsdumonde.org
<http://www.medecinsdumonde.org>

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

8, av. de Ségur
75350 Paris cedex SP
☎ 01 40 56 60 00
<http://www.sante.gouv.fr>

MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT

PO Box 20350
NL-2500 EJ The Hague
Pays-Bas
email: ga.v.delft@minvws.nl
<http://www.minvws.nl>

N

N.B.E.R. (NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH)

1050 Massachusetts Avenue
Cambridge MA 02138
Etats Unis
☎ 001 617 588 0315
Fax : 001 617 441 3895
<http://www.nber.org>

NATIONAL ACADEMIES PRESS

500 fifth Street NW
Washington DC 20001
Etats-Unis
<http://www.nap.edu/>

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.C.D.E.

Les éditions sont localisés à l'OC.D.E., mais il n'est pas possible d'y acheter les documents. Les publications sont diffusées par...

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/>

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

Email : turpin@extenza-turpin.com

<http://www.extenza-turpin.com/login/login.htm>

(Courant 2005, un accord permettra peut-être de souscrire aux abonnements par la Documentation Française...)

Librairie en ligne

Certaines monographies et publications en série sont également disponibles en ligne <http://www.ocdelibrairie.org>

(début 2005)

<http://www.oecdbookshop.org>

Consultation des documents : à la Documentation Française

O.M.S. (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ)

Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse

☎ 00 41 22 791 21 11

<http://www.who.ch>

<http://www.who.int/home/hq.html> (commandes

ou informations par email)
<http://www.who.int/dsa/cat97/zsale.htm#France>
(diffuseurs en France)

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ / EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS AND POLICIES

(ex : Observatoire européen des systèmes de santé / European Observatory on Health Care Systems)

OMS (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/observatory>

OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

2, rue Mercier

2985 Luxembourg

Luxembourg

☎ 00 352 29 29-1

Fax: 00 352 29 29-44619

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

Réseau d'agents de vente : http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

B-1049 Bruxelles

Belgique

☎ 00 32 2 299 11 11

email : info-info-opoce@cec.eu.int

ou email : publications@cec.eu.int

http://europa.eu.int/comm/contact/index_fr.htm

OPEN UNIVERSITY PRESS

McGraw-Hill Education

Shoppenhangers Road

Maidenhead

Berkshire

SL6 2QL

Royaume-Uni

☎ 00 44 1628 502500

Fax : 00 44 1628 635895

email : enquires@openup.co.uk

email : emea_queries@mcgraw-hill

France : Anne-Marie Pluijm : anne-

marie_pluijm@mcgraw-hill.com

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

OXFORD UNIVERSITY PRESS

Publishing office
Great clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 556 767
Fax : 00 1865 556 646
email: enquiry@oup.co.uk
<http://www.oup.co.uk/>

P

**PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
(P.U.F.)**

Librairie
49, Bd St Michel
75005 Paris
☎ 01 43 26 77 41
<http://www.puf-lib.com>

PRESSES UNIVERSITAIRES DE LAVAL

Pavillon Maurice-Pollack, Bureau 3103
Cité Universitaire
Sainte Foy (Québec)
Canada G1K 7P4
☎ 00 1 418 656 2803
Fax : 00 1 418 656 3305
email : presses@pul.ulaval.ca
<http://www.ulaval.ca/pul/>

R

**R.W.I. (RHEINISCH-WESTFÄLISCHES
INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORS-
CHUNG)**

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/>

RADCLIFFE MEDICAL PRESS

18, Marcham Road
Abingdon

Oxon OX14 1AA
Royaume-Uni
☎ 00 44 1235 528 820
Fax : 00 44 1235 528 830
email : contactus@radcliffemed.com
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

**RAPPORT DU CONSEIL D'ANALYSE ECO-
NOMIQUE**

Rédaction : CAE (Conseil d'Analyse Economi-
que)
Hôtel de Broglie
35, rue St Dominique
75007 Paris
☎ 01 42 75 77 47
Fax : 01 42 75 76 46
email : c-carl@cab.premier-ministre.gouv.fr
<http://www.cae.gouv.fr/rapports.htm> (en ligne)

ROBERT LAFFONT EDITIONS

24, av. Marceau
75381 Paris cedex 08
<http://www.laffont.fr/>

S

SÉNAT

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 20 00
Espace librairie
20 rue de vaugirard 75006 PARIS
☎ 01 42 34 21 21
email : espace-librairie@senat.fr
<http://www.senat.fr>

SPRINGER-VERLAG BERLIN

PO-Box 14302
Heidelberger Platz 3
D-14197 Berlin
Allemagne
email: service@springer.de
<http://www.springer.de>

U

**U.R.M.L. D'ILE DE FRANCE (UNION
RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX
D'ILE-DE-FRANCE)**

104, Bd du Montparnasse

75682 Paris cedex 14

☎ 01 40 64 14 70

Fax : 01 40 64 14 89

email : secrétariat@urml-idf.org

<http://www.urml-idf.org>

**U.R.M.L. DE RHÔNE-ALPES (UNION
RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX
DE RHÔNE-ALPES)**

20, rue Barrier

69006 Lyon

☎ 04 72 74 02 75

Fax : 04 72 74 00 23

email : upmlra@upmlra.org

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

V

**V.F.A. (VERBAND FORSCHENDER
ARZNEIMITTELHERSTELLER E.V.)**

Johanna-Kinkel-StraBe 2-4

53175 Bonn

Allemagne

☎ 00 49 228 819 99 0

Fax : 00 49 228 819 99 99

<http://www.vfa.de/>

VIDAL (EDITIONS) - O.V.P.

Service Client

2, rue Béranger

75003 Paris

☎ 01 49 96 22 22

☎ 08 20 90 13 45 (0,10 € la minute)

e-mail : service.clients@vidal.fr

<http://www.vidal.fr>

VUIBERT

12, rue des Cordelières

75013 Paris

☎ 01 44 08 49 00

Fax : 01 44 08 49 29

<http://www.vuibert.com/>

Calendrier des colloques

MARS 2006

- **The sixth international conference on occupational stress and health**
Miami - Floride
2 Mars 2006
Renseignement : Wesley Baker
American Psychological Association
750 First Street, NE - DC 20002-4242 Washington, D.C. - USA
Tél : 202-336-6033- Fax : 202-336-6117
E-mail : wbaker@apa.org
Site internet : <http://www.apa.org>

- **Colloque Les Auditions de la Santé " Hôpital : et si on disait la vérité ? "**
Paris
6 Mars 2006
Renseignement :
Laboratoires Merck Sharp & Dohme-Chibret
3, avenue Hoche - 75114 Paris Cedex 08
Tél : 01 47 54 87 00

- **Conférence annuelle DEPENDANCE - Financement - Assurance - Hébergement et services**
Paris
8 Mars 2006
Renseignement : Les échos Conférences
Sylvie Trubert-Carré
46, rue de la Boétie - 75381 Paris Cedex 08
Tél. : 01 49 53 67 46 - Fax : 01 49 53 68 71
E-mail : strubert@lesechos.fr

- **Healthy ageing in Europe, Gesundes - Altern in Europa**
Vienne
8-9 Mars 2006
Renseignement : EURAG
Curlandgasse 22
1170 Vienne - Autriche
E-mail : eurag@eurag.at
Site internet : <http://www.eurag.at>

- **Les rencontres du CIP 2006**
Paris
9 Mars 2006
Renseignement : CIP
Françoise Besson
Tél. : 01 70 36 03 00 - Fax : 01 70 36 03 01
E-mail : rencontres.cip@cip-club.tm.fr

- **Du bébé à l'adolescent quand consulter un psy ?**
Besançon
13 Mars 2006
Renseignement : Anne Gerard
Association @ntigone
24, place Nationale - 39100 DOLE
Tél : 03 84 72 53 18
E-mail : anne.gerard-antigone@wanadoo.fr

■ **Ilèmes journées scientifiques de l'IFR* SHEES-AM**

Aix-en-Provence
13-15 Mars 2006

Renseignement : MMSH
5, rue du Château de l'Horloge - BP 647
13094 Aix-en-Provence
Site internet : www.mmsh.univ-aix.fr

■ **MEDEC 2006**

Paris
14-17 Mars 2006

Renseignement : Société 3E
21, rue Camille Desmoulins
92789 Issy-Les-Moulineaux Cedex 9
Tél : +33 (0)1 73 28 15 40 - Fax : +33(0)1 73 28 15 58
E-mail : contact@lemedec.com
Site internet : <http://www.lemedec.com>

■ **Journée Scientifique de la Cohorte Gazel**

Paris
15 Mars 2006

Renseignement : GAZEL
Equipe Risques Post-professionnels - Cohortes du CETAF
Unité mixte 687 INSERM/CETAF
18 bis, Chaussée de l'Etang - 94160 SAINT MANDE
Tél ; / + 33 (0)1 58 64 15 50 - Fax : +33 (0)1 58 64 15 51
E-mail : gazel@st-maurice.inserm.fr

■ **15ème colloque international de la revue "Politiques et management public" : l'action publique au risqué du client ? " Client-centrisme " et citoyenneté**

Lille
16-17 Mars 2006

Renseignement : Revue Politiques et management public
44, boulevard Vaugirard
Case Postale A 806 - 75757 PARIS Cedex 15
E-mail : idmpcalmon@aol.com

■ **Colloque du CLERSE (CNRS UMR 8019) - Anthropologues et économistes face à la globalisation**

Lille
16-17 Mars 2006

Renseignement : Faculté des sciences économiques et sociales
Université des sciences et technologies de Lille
59655 Villeneuve d'Ascq Cedex
Tél : 03 20 43 66 40 - Fax : 03 20 43 66 35
E-mail : clerse-direction@iuniv-lille1.fr
Site internet : <http://www.univ-lille1.fr/clerse>

■ **Mission Etude " Le Modèle Suédois "**

Stockholm
16-17 Mars 2006

Renseignement : Aurélia
Scandinavia - Division Relations Développement
Tél. : 0892 222 500*
* (0,34Eur/mm)
E-mail : mial@scandinavia.fr

■ **Colloque Evaluation des pratiques ... en ambulatoire ... en établissement... dans les réseaux de santé**

Pont-à-Mousson
28-29 Mars 2006

Renseignement : Daniel Oberlé
Tél. : 06 67 49 21 97
E-mail : evenements@evalor-sante.fr
Site internet : www.evalor-sante.fr

■ **Rencontres Dauphine-Santé - La Presse, nouvel acteur du système de santé ?**

Paris
29 Mars 2006

Renseignement : Christine Roulliere Le Lidec
Tél. : 06 80 58 04 59
E-mail : christine.roulliere@wanadoo.fr

■ **2ème Edition World Health Care Congress Europe 2006**

Chantilly
29-31 Mars 2006

Renseignement : World Congress
500 West Cummings Park,
Suite 5200
Woburn, MA 01801, USA
Site internet : www.worldcongress.com/europe

■ **10ème Colloque ADEREST : épidémiologie en santé et travail**

Lille
30 Mars 2006

Renseignement : Université Lille2
Faculté de médecine. Pôle Recherche
1, place de Verdun - Lille
E-mail : aderest2006@univ-lille2.fr

AVRIL 2006

■ **Alcoolodépendance et autres addictions : mieux comprendre pour mieux traiter**

Paris
13-14 Avril 2006

Renseignement : Princeps / SFA
64, avenue du Général de Gaulle
92130 Issy-Les-Moulineaux
Tél. : 06 62 19 72 15 - Fax : 33 (0)1 40 95 72 15
E-mail : princeps.formation@wanadoo.fr

■ **European Conference on Quality in Survey Statistics**

Royaume-Uni
24-26 Avril 2006

Renseignement :
E-mail : q2006@ons.gov.uk
Site internet :
<http://www.statistics.gov.uk/events/q2006/registration.asp>

■ **6ème Edition Annuelle Forum 2006 de la Pharmacovigilance**

Hô
26-27 Avril 2006

Renseignement : Dii
87, boulevard Haussmann - 75008 Paris
Tél. : 01 43 12 85 55 - Fax : 01 40 06 95 26
Site internet : www.development-institute.com

■ **Health Economics 2006**

London

26-27 Avril 2006

Renseignement :

Tél. : +44(0) 20 7915 5055 - Fax : +44 (0) 20 7915 5056

E-mail : registration@iir-conferences.com

Site internet : www.iir-lifesciences.com/healthconomics

MAI 2006

■ **1er Congrès International de la Francophonie en Prévention des Assuétudes. Prévention des assuétudes : concepts et stratégies**

Liège - Belgique

10-12 mai 2006

Renseignement :

Site internet : <http://social.prov-liege.be/home.jsp>

■ **Journées de l'Association Française de Science Economique " Développements récents en Economie Financière, aspects microéconomiques et macroéconomiques "**

Strasbourg

11-12 mai 2006

Renseignement :

Site internet : <http://www.iep-strasbourg.fr/>

Site de l'AFSE : <http://www.afse.fr/>

■ **Colloques en santé publique - Epidémiologie Sociale et Inégalités de santé**

Toulouse

18-19 mai 2006

Renseignement : Dominique Lautier

Faculté de médecine

37, allées Jules Guesde - 31073 Toulouse Cedex

E-mail : lautier@cict.fr

Site internet : <http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr>

■ **Travail et conduites addictives**

Nancy

19 mai 2006

Renseignement : PRINCEPS / SFA

64, avenue du Général de Gaulle

92130 ISSY-les-MOULINEAUX

Tél. : (+33) 1 46 38 24 14 - Fax : (+33) 1 40 95 72 15

E-mail : princeps.gdumas@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page/php?choix=A4>

■ **Consultative Meeting to Achieve Improvements in Health Through a Health Systems Action Network**

Washington

31 mai 2006

Renseignement :

Site internet : <http://www.PHRplus.org/hsan.html>

JUIN 2006

■ 23èmes Journées de Microéconomie Appliquée

Nantes

1-2 Juin 2006

Renseignement : François-Charles Wolff
Faculté des Sciences Economiques et de gestion
BP 52231 - Chemin de la Censive du tertre
44322 Nantes Cedex 3
Tél. : +33 (0) 2 40 14 17 79 - Fax : +33 (0) 2 40 14 17 49
E-mail : wolff@sc-eco.univ-nantes.fr
Site internet : <http://bonjorn.sc-eco.univ-nantes.fr/~jma2006/>

■ Economics of Population Health : Inaugural conference of the American Society of Health Economists (ASHE)

Copenhagen

4-7 Juin 2006

Renseignement : Richard Arnould
E-mail : arnould@healtheconomics.us
Bill Swan
Tél. : 902-405-2889 - Fax : 416-352-1395
E-mail : swan@healtheconomics.us

■ 5th International Conference on Health Economics, Management and Policy

Athens -Greece

5-7 Juin 2006

Renseignement : john Yfantopoulos
University of Athens and Head of the Health Research Unit
of ATINER
8 Valaoritou Street, Kolonaki - 10671 Athens - Greece
Tél. : (+30) 210 363 4210 - Fax : (+30) 210 384 734
E-mail : health@atiner.gr
Site internet : <http://www.atiner.gr>

■ Congrès de l'Union Européenne de Médecine d'assurance et de Sécurité sociale (UEMASS)

Dublin, Irlande

8 Juin 2006

Renseignement : Philip Melville
E-mail : Philip.Melville@welfare.ie
Site internet : <http://www.uemass.com>

■ 7th European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH)

Sweden

9-11 Juin 2006

Renseignement : ENMESH Conference Committee
E-mail : enmesh.2006@omv.lu.se

■ 28ème congrès international de santé au travail

Milan - Italie

11-16 juin 2006

Renseignement : Fiera Milano Congressi c/o
SP.i.c. - Via Costalunga 14
25123 Brescia - Italie
Tél. : +39 030 382336 - Fax : +39 030 382653
E-mail : icoh2006@fieramilanocongressi.it

■ **5th Proximity Congress - Proximity, between interactions and institutions**

Bordeaux
28-30 juin 2006

Renseignement :
L'appel à communication est disponible à l'adresse suivante :
Site internet : <http://beagle.u-bordeaux4.fr/conf2006/callforpapers.php>
Inscriptions : <http://beagle.u-bordeaux4.fr/conf2006/registration.php>

JUILLET 2006

■ **3ème Université d'été francophone en santé publique**

Besançon
2-7 Juillet 2006

Renseignement : Elodie Demougeot
Université d'été francophone en santé publique
Faculté de pharmacie
Place Saint-Jacques - 25030 Besançon Cedex.
Tél. : 03 81 66 55 75 - Fax : 03 81 66 58 69
E-mail : elodie.demougeot@univ-fcomte.fr
Site internet : www.urcam.org/univete/index.htm

■ **XVIIIe Journées scientifiques de la SEH " Milieux de vie et santé "**

Quelles pratiques interdisciplinaires

Marseille
5-7 Juillet 2006

Renseignement : Secrétariat colloque SEH
" Milieux de vie et santé "
DENTES, Université de Provence,
Centre Saint-Charles Case 75
3, place Victor Hugo - 13331 Marseille Cedex
E-mail : ecologie.humaine@wanadoo.fr

■ **6th European Conference on Health Economics**

Budapest
6-9 Juillet 2006

Renseignement : Convention Budapest Kft.
Ferenc Miklosi managing director
Zsombor Papp (exhibition)
Timea Méro-Bartok (registration, abstracts)
Pf. 11, 1461 Budapest, Hungary
Tél. : + 36 1 299 0184, 85, 86 - Fax : + 36 1 299 0187
E-mail : convention@convention.hu
Site internet : www.convention.hu ; www.ehce2006.com

AOÛT 2006

■ **11 th world congress on public health**

Rio de Janeiro
21-25 Août 2006

Renseignement :
E-mail : contato@saudecoletiva2006.com.br
Site internet : <http://www.saudecoletiva2006.com.br>

SEPTEMBRE 2006

■ " Etat et régulation sociale. Comment penser la cohérence de l'intervention publique ?

Paris
Septembre 2006
Renseignement : Matisse
MSE, 106, boulevard de l'Hôpital - 75013 Paris
Tél : 01 44 07 81 83
E-mail : ColloqueEtatSocial@univ-paris1.fr
Site internet : <http://matisse.univ-paris1.fr>

■ " Population et travail - Dynamiques démographiques et activités "

Aveiro - Portugal
18-23 Septembre 2006
Renseignement : AIDELF - Secrétariat général
133, boulevard Davout - 75980 Paris Cedex 20
Tél. : 33 (0)1 56 06 21 48/20 81 - Fax : 33 (0)1 56 06 22 19
E-mail : aidelf-colloque2006@ined.fr
Site internet : <http://www.aidelf.org>

■ n 5ème Conférence internationale de l'accueil temporaire : Aidons les aidants - quelles innovations sociales en faveur des proches des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge ?,

The 5th international respite care conference : Take care of the caregivers - social innovation to assist caregivers of disabled persons of any age ?

Evry
27-29 Septembre 2006
Renseignement : Jenny Trupin, Irina Costa
COMM Santé
Tél. : (+33) 5 57 97 19 19 - Fax : (+33) 5 57 97 19 15
E-mail : accueiltemporaire@comm-sante.com

OCTOBRE 2006

■ Regional Conference on Cost-effective Healthcare 2006 : Health Systems

Singapore
28-31 Octobre 2006
Renseignement : SGH Postgraduate Medical Institute
E-mail : cehealth@sgh.com.sg
Site internet : <http://www.cehealth2006.com>

NOVEMBRE 2006

■ Responsabilité, Justice et Exclusion Sociale : Quel système de santé pour quelles finalités ?

Québec
1er Novembre 2006
Renseignement : Monsieur Roberson Edouard
Direction de la Recherche et de l'enseignement
Centre de Santé et de Service Sociaux de la Vieille-Capitale
55, Chemin Sainte-Foy - G1R 1S9 Québec
Tél : (+418) 656 2131 poste 4729 - Fax : (+418) 656 3023
E-mail : Roberson.edouard.colloque@ssss.gouv.qc.ca
Site internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

MAI 2007

- **12th Annual Int. Meeting Int. Society for Pharmacoeconomics & outcomes Research**
Virginia- USA Renseignement :
19-23 Mai E-mail : info@ispor.org
Site internet : <http://www.ispor.org/meetings>

JUILLET 2007

- **Explorations in Health Economics: 6 th Ihea Xorld Congress**
Copenhagen Renseignement :
8-10 octobre Site internet : <http://www.healthconomics.org>

DATE NON PRECISEE

- **Colloque " Médicaments et Psychoses .**
Les questions des familles, les réponses de la recherche "
Renseignement : E-mail : delbecq@unafam.org

QUOI DE NEUF, DOC ?

Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle
de l'Institut de Recherche
d'Etude et Documentation en Économie de la Santé
10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 00 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Tarif d'abonnement 2005 : 100 € (franco de port)

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

Vous pouvez venir consulter les documents signalés dans ce bulletin au :

Service de documentation de l'IRDES
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS
Tél. : 01 53 93 43 51 ou 01

Heures d'ouverture :

Lundi - Mardi - Jeudi 9h15-12h15

Directrice de la publication par intérim	Catherine Sermet
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Agnès Grandin
Diffusion	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
Mise en page	Khadija Ben Larbi

