

Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé
Mars - Avril 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.

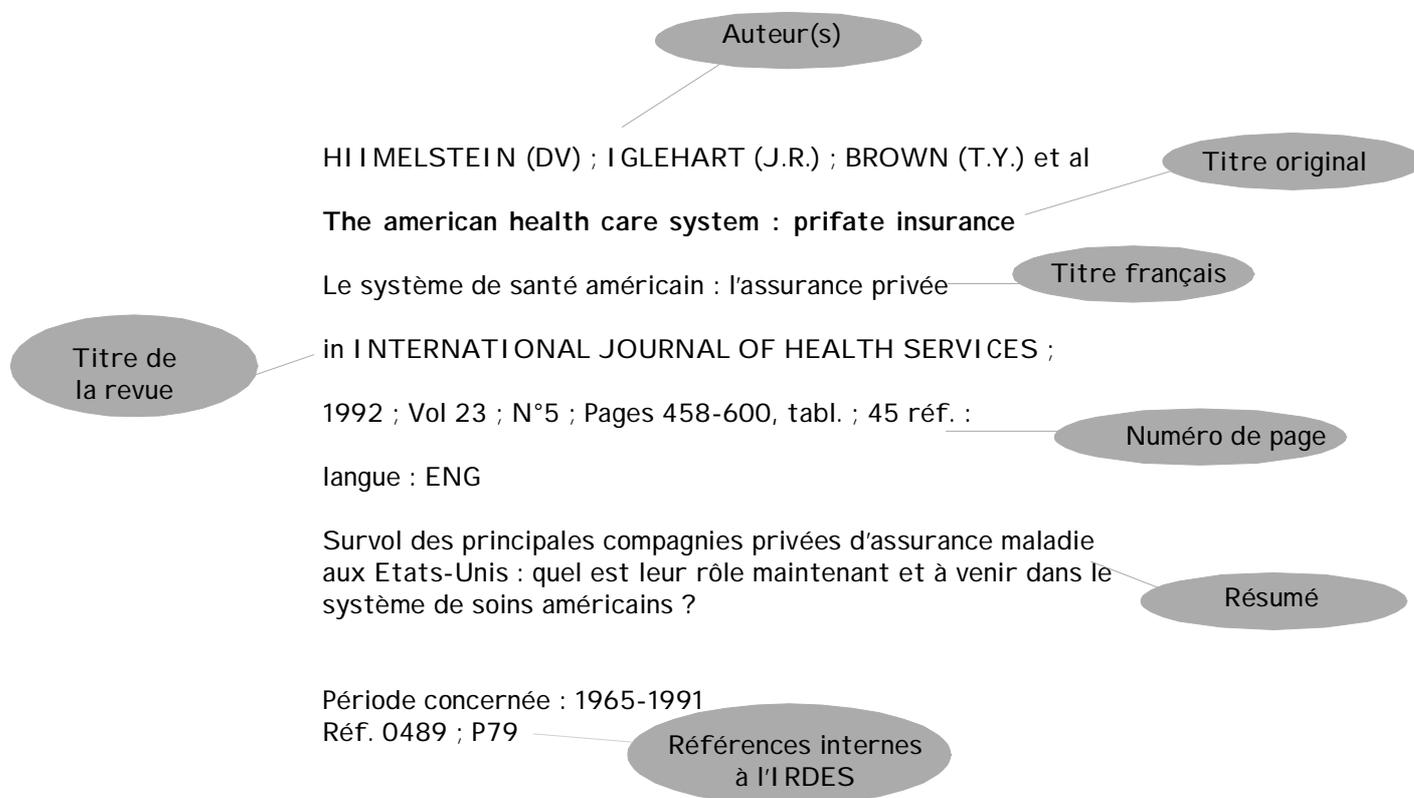
Pour contacter le centre de documentation :

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 bibliographiques15

POLITIQUE DE SANTÉ

Croissance économique	17
Etudes prospectives	17

PROTECTION SOCIALE

Assurance privée	17
Financement	18
Gestion des risques	20
Historique	20
Minima sociaux	21
Pensions de retraite	21
Politique sociale	22

PRÉVENTION SANTÉ

Généralités	23
Alcoolisme	23
Dépression	23
Examens de santé	24
Hypertension artérielle	24
Test de dépistage	25
Santé mentale	25
Sida	27
Vaccinations	27
Violence	27

DÉPENSES DE SANTÉ

Accidents du travail	28
Biologie médicale	28
Contrôle médical	28
Etudes prospectives	28
Personnes âgées	29

INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme	30
Baromètre santé	31
Cancer	31
Handicap visuel	31
Maladies cardio-vasculaires	31

Maladies environnementales.....	33
Obésité	33
Sida	33
Travail et santé	33
Vieillesse et santé	35

PERSONNES ÂGÉES

Dépendance	36
Conditions de vie	36
Emploi des séniors	36
Politique vieillesse	38
Soutien domicile	39
Vieillesse	40

GROUPES DE POPULATION

Enfants	40
Exclusion sociale	42
Inégalités sociales	44
Logement	46
Nutrition	47
Personnes handicapées	48
Politique défavorisés	48
Travailleurs pauvres	48

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Alsace.....	49
Bretagne	50
Démographie médicale	52
Haut Vivarais	53
Île-de-France	54
Milieu urbain	55
Rhône-Alpes	55
URMP	56
Yvelines	56

MÉDECINE LIBÉRALE

Faqs v	56
Permanence de soins	57

HÔPITAL

Infections nosocomiales	57
Planification	58
Psychiatrie	58
Système d'information	58
Tarification	59
Temps d'attente	59

PROFESSIONS DE SANTÉ

Evaluation des compétences	60
Formation médicale	60
Infirmiers	61
Pharmaciens	61

MÉDICAMENTS

Analyse, coût, efficacité	62
Anti-cancéreux	62
Antibiotiques	62
Anti-inflammatoires	62
Contre-façons	63
Délivrance pharmaceutique	63
Données chiffrées	63
Innovation médicale	63
Leaders pharmaceutiques	65
Marché du médicament	65
Pharmacie hospitalière	65
Pharmacovigilance	66
Prescriptions	67
Publicité	67
Régulation	68
Ths	68

TECHNOLOGIES MÉDICALES

Bilan	68
Biotechnologie.....	69
Coelioscopie	70
Dossier médical	70
Evaluation	70
Information médicale	71
Télémédecine	71

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne	72
Arménie.....	72

Australie	72
Bahreïn	72
Bulgarie	73
Canada	73
Chypre.....	75
Espagne	76
Etats-Unis.....	76
Europe.....	80
Fédération de Russie	81
Islande	81
Israël.....	81
Nouvelle-Zélande	81
Pays-Bas	82
Pays en voie de développement	82
Pays industrialisés	82
Portugal	84
Royaume Uni	84
Union européenne	86

PRÉVISION-ÉVALUATION

Analyse coût-efficacité	87
Recommandations	87
Risque cardio-vasculaire	90

MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Classification	90
Comptes de la santé	90
Modèles économétriques	96
Processus en santé.....	96
Qualité des soins	97
Revue des pertinences des soins	97
Statistique explicative	98
Théorie Malthusienne	98

DÉMOGRAPHIE-MODE VIE

Conditions de travail	99
Enseignement	99
Histoire familiale	99
Indicateurs	100
Mortalité	100

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Développement durable	101
Modèle	101
Revenus	102

Travail 103

DOCUMENTATION

Annuaire 104
Communication 104
Guides 104
Publications scientifiques 105

RÉGLEMENTATION

Action sociale 105
Recherche médicale 105
Sécurité sociale 106
Sources d'information 106

Index des auteurs.....107

Carnet d'adresses des éditeurs....119

Calendrier des colloques133

Références bibliographiques

POLITIQUE DE SANTÉ

Croissance économique

31145

OUVRAGE

LOPEZ-CASASNOVAS (G.) / éd., RIVERA (B.) / éd., CURRAIS (L.) / éd.

Health and economic growth : findings and policy implications.

Santé et croissance économique : recherches et implications politiques.

Cambridge : The MIT Press : 2005 : 383p., tabl., index

A3412

While human capital is a clear determinant of economic growth, only recently has health's role in this process become a focus of serious academic inquiry. By marrying the separate fields of health economics and growth theory, this groundbreaking book explores the explicit mechanisms by which a population's individual and collective health status affects a nation's economic development and performance. International leaders from both fields have contributed original essays that employ theoretical and empirical perspectives on the relationship between health and economic growth, including the relevant interconnections with investment in education, family planning, and productivity. Each of the book's five sections deals with a different aspect of this dynamic. These include the channels through which health human capital generates both higher income and individual well-being; the impact of health on long-run development, economic growth, and poverty reduction; the link between human capital levels and fertility and mortality rates, with models that analyze demographic and epidemiological transitions; the quantitative effect of better health on labor productivity and wages; and, finally, the devastating effects of AIDS -- in underdeveloped countries the most deadly, most economically adverse, and the surest barrier to growth -- on individual well-being and populations, and the prospects for incentives for developing new treatments. A concluding chapter integrates the different microeconomic and macrodynamic analyses and draws some policy conclusions for future study.

Etudes prospectives

30232

RAPPORT

ETCHEGOYEN (A.) / préf.

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

Regards prospectifs sur l'Etat stratégique.

Paris : CGP : 2005/06 : 204p., ann.

Ce troisième numéro des "Regards prospectifs sur l'État stratégique" n'a pas la même signification que les précédents. Il a pour objectif de montrer aux décideurs publics les étapes d'une réflexion qui les concerne et de soumettre au débat public des idées qui peuvent être enrichies ou développées avec de nouveaux apports. Ainsi plusieurs groupes de projet se sont-ils enrichis de contributions apportées par des penseurs ou acteurs dont ils ignoraient la compétence ou l'existence. Le regroupement des textes sous des thématiques, comme Dépendance et santé ou Emploi et marché du travail rend mal compte du fait que les groupes de projet collaborent les uns avec les autres. Ainsi le marché de l'emploi est concerné par six ou sept groupes, comme Perroux ou Astypalea, qui réfléchissent sur les rôles à venir de l'État vis-à-vis des entreprises et de leurs localisations. De même, sans doute faudrait-il davantage indiquer les principes qui sont communs à la plupart de ces textes. Le titre du texte consacré à la santé publique et à l'assurance-maladie est le plus explicite : "le pari de la responsabilité" (Résumé d'auteur).

PROTECTION SOCIALE

Assurance privée

30667

RAPPORT , DOCUMENT DE TRAVAIL

DRECHSLER (D.), JÜTTING (J.)

Is there a role for private health insurance in developing countries ?

Y-a-t-il un rôle pour l'assurance privée dans les pays en voie de développement ?

Discussion paper ; n° 517.

Berlin : DIW : 2005/10 : 37p., tabl., fig.

<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp517.pdf>

This paper discusses the role of private health in-

insurance (PHI) in developing countries. Three major findings emerge from a comprehensive and systematic review of the performance of PHI in five regions of the developing world. First, PHI involving pre-payment and risk sharing currently only plays a marginal role in the developing world. Second, in many countries the importance of PHI to finance health care is on a rise due to growing dissatisfaction with public health care, liberalization of markets and increased international trade in the insurance industry, as well as higher and more diversified consumer demand stemming from rising incomes. Third, the development of PHI presents both opportunities and threats to the health care system of developing countries. If PHI is carefully managed and adapted to local needs and preferences, it can be a valuable tool to complement existing health-financing options. However, the introduction of PHI might also lead to cost escalation, a deterioration of public services, a reduction of the provision of preventive health care and a widening of the rich-poor divide in a country's medical system. Given these risks, the crucial challenge for policy makers is to develop a regulatory framework that is adapted to a country's institutional capacities and that, at the same time, sets the rules and standards in which PHI can efficiently operate and develop.▲

30668

RAPPORT

COSTA-FONT (J.), JOFRE-BONET (M.)

The "Secession of the Wealthy": Demand for private health insurance and support for the National Health System.

La sécession des riches : demande pour l'assurance privée et soutien au système national de santé.

Londres : London School of Economics : 2005 : 25p.

B5238

The purchase the private health insurance (PHI) as a mean to partially supplement the National Health System (NHS) coverage has been regarded as an indication of individuals' "lack of support of the NHS". This paper empirically tests the so called 'secession of the rich' hypothesis whereby "lack of support for the NHS" explains the purchase supplementary PHI. We draw upon a simple empirical model of the decision to purchase PHI, which is jointly estimated with the contemporaneous support towards the NHS using a seemingly unrelated bivariate probit model to circumvent the endogeneity problem. We use a representative database from Catalonia (Spain). After controlling for insurance premium, income

and other structural determinants, we find that "lack of support for the NHS" influences negatively the purchase of PHI. Our findings suggest that there is some evidence in favour of the "secession of the wealthy" hypothesis.



Financement

30216

RAPPORT

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

Le recouvrement des cotisations sociales en Europe.

Paris : CLEISS : 2005 : pag. mult.

B5143

<http://www.cleiss.fr/docs/etudes/05bli-recouvrement.html>

cette étude a pour but de présenter le fonctionnement du régime des cotisations sociales dans différents États de l'Union européenne et en Suisse. Afin de mieux comprendre le mécanisme en la matière, une brève présentation du système de protection sociale de chaque État est proposée. Ensuite, est examiné le financement du régime (Sommes-nous en présence d'un système financé par l'impôt ou par les cotisations, ou face à un système " pluriel " ? Comment sont réparties les cotisations ? Y a-t-il un plafond ?). Une rubrique est consacrée au versement des cotisations (responsabilité du versement des cotisations sociales, procédure et délais de versement). Enfin, l'analyse se termine par une vision communautaire du recouvrement des cotisations sociales : en cas de recouvrement transfrontalier, quelles sont les procédures que l'État applique ? L'étude porte sur les régimes des États suivants, outre la France : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et la Suisse.▲

30415

RAPPORT

DOOR (J.P.)

Assemblée Nationale. Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales. Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA.

L'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale.

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 238p.

B5165

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

info/i2680.pdf

Ce rapport réalisé par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale s'inscrit dans une perspective de réformes plus en profondeur. La première partie du rapport dresse un constat de la situation. Viennent ensuite plusieurs recommandations en matière d'organisation et de gestion. La troisième et dernière partie du rapport préconise un nouveau modèle d'organisation du régime général. Cette organisation a pour axes principaux la création d'une caisse régionale unique et multibranche (qu'on pourrait appeler "agence régionale de sécurité sociale") et une politique de proximité appuyée sur des guichets uniques.▲

30539

RAPPORT

BUR (Y.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Avis présenté au nom de la Commission des finances, de l'économie générale et du plan sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006.

Paris : Assemblée Nationale : 2005/10 : 172p. B5207

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rapports/r2610.pdf>

Ce rapport rassemble l'ensemble des propositions et remarques formulées par l'Assemblée nationale lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006.▲

30622

DOCUMENT DE TRAVAIL

PEARSON (M.), MARTIN (J. P.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Should we extend the role of private social expenditure ?

Doit-on étendre le rôle du secteur privé dans la dépense sociale ?

OECD social - employment and migration working papers ; 23

Paris : OCDE : 2005/03/21 : 37p., 6 graph., 2 tabl.

Certains font grand cas de l'intérêt qu'il y aurait au plan macroéconomique à faire davantage appel au secteur privé pour assurer la protection sociale. Les arguments présentés dans ce sens ne tiennent souvent pas la route ; cependant, on

peut penser que le recours au secteur privé permettrait peut-être une meilleure efficacité microéconomique et une réponse plus adaptée aux choix des consommateurs que ce que peut offrir un prestataire public en situation de monopole. A partir de quelques expériences récentes de pays de l'OCDE en matière d'offre privée pour l'assurance maladie, la garde des enfants, les soins aux personnes âgées et la retraite, trois conclusions se dégagent. Premièrement, la diversification des prestataires a souvent permis un plus grand choix et plus d'innovation. Deuxièmement, cependant, les gains d'efficacité ont souvent été limités, et ceci pour un certain nombre de raisons difficiles à dissocier : (a) l'individualisation du panier de prestations est coûteuse ; (b) pour assurer une couverture suffisante de la population, on impose souvent aux prestataires la prise en charge de catégories spécifiques par une mutualisation des coûts, ce qui réduit la concurrence au niveau des prix et par conséquent la diversité de choix ; (c) l'asymétrie de l'information (quelle est la qualité de ce dispositif de garde des enfants sur lequel je n'ai aucun contrôle ou de ce panier de soins que je ne suis pas techniquement capable d'évaluer ?) ne peut être surmontée sans un encadrement réglementaire précis, qui a pour effet de limiter l'innovation et la concurrence ; (d) le niveau des incitations fiscales nécessaires pour stimuler l'offre privée est élevé et a un coût au niveau de l'intérêt général. Troisièmement, en rapport avec ce dernier point, les effets distributifs d'une protection sociale privée posent des problèmes importants au plan social. Le financement et la fourniture de prestations sociales par le secteur privé n'est pas une solution magique ; l'appliquer dans le domaine de la protection sociale ne veut pas dire que l'économie et les citoyens se trouveront délivrés d'un lourd poids mort. Il reste cependant que le secteur privé peut parfois offrir un système de protection sociale un peu moins cher, un peu plus diversifié ou un peu plus souple (Résumé d'auteur). Ce document a également été publié dans un document de travail du Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA) : IZA Discussion paper n° 1544.▲

30678

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

Sustainable financing of social policies in the European Union.

Financement durable des politiques sociales dans l'Union européenne.

Luxembourg : Office des Publications officielles de la Communauté européenne : 2005 : 15p.

B5248

http://europa.eu.int/comm/employment_social/

news/2006/jan/comm_sec_2005_1774_en.pdf
Les politiques sociales représentent de loin le coût le plus grand dans les budgets des États membres et ont un impact important sur les conditions de vie dans l'UE. Néanmoins, la performance relativement mauvaise de l'Europe sur le plan économique et de l'emploi, ainsi que le vieillissement rapide de sa population, constituent une menace sérieuse pour les politiques sociales. En préparation du Conseil européen informel sur les opportunités et les défis de la mondialisation (à Hampton Court le 27 octobre 2005), les services de la Commission ont révisé la façon dont les politiques sociales sont financées dans les États membres et les défis principaux auxquels ces dispositifs de financement doivent s'adapter. Le document actuel "financement durable des politiques sociales dans l'Union européenne" résume les conclusions principales de cet examen.

Gestion des risques

30106
RAPPORT
*BENGOGLIO (G.) , BETBEZE (J.P.),
ETCHEGOYEN (A.) / dir.*
Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Paris.
FRA
***L'Etat et l'assurance des risques nouveaux :
exercice prospectif.***
Paris : La documentation française : 2005/09 :
121p.
A3343
<http://www.plan.gouv.fr/intranet/upload/publications/documents/Telemaque29-06-05-rapport-provisoire.pdf>
Les récentes catastrophes (climatiques, terroristes...) ont rappelé que des sinistres très coûteux et considérés comme rares, combinés à l'émergence de nouveaux risques, pouvaient éventuellement peser sur la santé financière des assureurs. De plus, la demande croissante de protection détermine des évolutions juridiques en termes de responsabilité et d'indemnisation qui pourraient rendre certains risques non assurables. Comme le montrent les débats sur le régime Catastrophes Naturelles, l'Etat est confronté à une double exigence : garantir la solidarité nationale sans pour autant déresponsabiliser les assurés et désinciter à la prévention. Comment mieux intégrer la gestion du risque dans l'action de l'Etat pour garantir la solidité du secteur de l'assurance et la couverture des risques ? (Résumé d'auteur).

Historique

31109
OUVRAGE
GUILLAUME (M.) / dir., LAROQUE (M.) / préf.
Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.
(C.H.S.S.). Paris. FRA, Association pour l'Etude
de l'Histoire de la Sécurité Sociale. (E.H.S.S.).
Paris. FRA

La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome I : 1780-1870.

Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale :
1994 : 723p., ann.

A3398/1

La Sécurité sociale, institution du XXe siècle, ne s'est pas faite en un jour. Elle a pris forme peu à peu dans notre pays, de manière fragmentaire d'abord, puis en franchissant quelques grandes étapes réformatrices qui ont devancé la mise en place du plan général adopté par les ordonnances de 1945. Les documents présentés dans ce premier volume couvrent la période de 1780 à 1870. ▲

31110
OUVRAGE
LECLERC (P.), LAGRAVE (M.) / dir.
Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.
(C.H.S.S.). Paris. FRA, Association pour l'Etude
de l'Histoire de la Sécurité Sociale. (E.H.S.S.).
Paris. FRA

La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome II : 1870-1945.

Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale :
1996 : 784p., ann.

A3398/2

La Sécurité sociale, institution du XXe siècle, ne s'est pas faite en un jour. Elle a pris forme peu à peu dans notre pays, de manière fragmentaire d'abord, puis en franchissant quelques grandes étapes réformatrices qui ont devancé la mise en place du plan général adopté par les ordonnances de 1945. Les documents présentés dans ce deuxième volume couvrent la période de 1870 à 1945. ▲

31112
OUVRAGE
LECLERC (P.), BARJOT (A.) / dir.
Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.
(C.H.S.S.). Paris. FRA, Association pour l'Etude
de l'Histoire de la Sécurité Sociale. (E.H.S.S.).
Paris. FRA

La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome III : 1945-1981.

Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale :

1997 : 921p., ann.

A3398/3

La Sécurité sociale, institution du XXe siècle, ne s'est pas faite en un jour. Elle a pris forme peu à peu dans notre pays, de manière fragmentaire d'abord, puis en franchissant quelques grandes étapes réformatrices qui ont devancé la mise en place du plan général adopté par les ordonnances de 1945. Les documents présentés dans ce premier volume couvrent la période de 1945 à 1981.



Minima sociaux

30544

RAPPORT

MERCIER (M.), DE RAINCOURT (H.)

Plus de droits et plus de devoirs pour les bénéficiaires des minima sociaux d'insertion.

Paris : Sénat : 2005/12 : 32p.

B5210

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054004455/0000.pdf>

Chargés d'une mission portant sur les voies et moyens d'une réforme des minima sociaux, les sénateurs Michel Mercier et Henri de Raincourt ont eu pour objectif de réfléchir aux perspectives d'amélioration du dispositif d'accompagnement des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) et aux modalités de rapprochement des trois minima du pôle insertion que sont le RMI, l'allocation parent isolé (API) et l'allocation de solidarité spécifique (ASS). Devant un système de minima sociaux qu'ils jugent "injuste, inefficace et complexe", les auteurs proposent notamment de fusionner l'API et le RMI en une "allocation unique d'insertion" (AUI) et de donner au Conseil général, gestionnaire du RMI, le rôle de "pilote" de l'insertion des bénéficiaires des minima sociaux. Parallèlement, les auteurs font des propositions pour assurer un meilleur respect des obligations des bénéficiaires dans le cadre du dispositif d'insertion (par exemple, les sanctions prononcées en cas de manquement au devoir d'insertion ou en cas de fraude).



Pensions de retraite

30613

DOCUMENT DE TRAVAIL

KEENAY (G.), WHITEHOUSE (E.)

Organisation de Coopération et de Développe-

ment Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Financial resources and retirement in nine OECD countries: the role of the tax system.

Ressources financières et retraite dans neuf pays membres de l'OCDE : le rôle du système fiscal.

OECD social - employment and migration working papers ; 8

Paris : OCDE : 2003/06/06 : 44p., 1 ann., 4 graph., 13 tabl.

B5224

[http://www.oecd.org/document/4/](http://www.oecd.org/document/4/0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html)

[0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html](http://www.oecd.org/dataoecd/9/3/31780050.pdf)

- <http://www.oecd.org/dataoecd/9/3/31780050.pdf>

La plupart des pays font des concessions d'impôt sur le revenu pour les personnes âgées par rapport aux personnes en activité. Certains pays sont plus favorables aux revenus des pensions de retraite qu'aux gains d'activité. La plupart ne prélèvent pas de contributions de sécurité sociale aux personnes âgées. Ces politiques signifient que le poids de l'impôt direct sur les personnes âgées est plus bas que celui porté par les actifs. A échelle de l'économie d'un pays, et pour un revenu équivalent aux gains d'activité moyens par exemple, le poids moyen de l'imposition (pour les neuf pays étudiés) est de 10% de moins pour les retraités par rapport aux actifs. Ainsi les différences d'imposition entre retraités et actifs sont révélatrices du soutien important des gouvernements aux personnes retraitées. Ceci est mesuré par les effets sur les taux de substitution nets : la valeur des revenus de pension pour un actif ayant cotisé toute sa carrière par rapport à ses revenus d'activité. En moyenne, 1/5ème du taux net de substitution pour un actif aux revenus moyens est dû à des différentiels de taxe plutôt qu'au système de pension. Ce document fournit la première analyse par pays du traitement de l'impôt individuel sur les personnes âgées. Ces résultats seront intéressants pour les analystes des systèmes de revenus de retraite. La valeur des concessions sur l'impôt direct et leur modèle de revenu varie substantiellement selon les pays étudiés. Le coût de ces concessions en direction du trésor public peut être vaste : elles sont importantes autant pour la politique fiscale que pour le soutien financier aux personnes âgées. Ces résultats étayaient également l'analyse des mesures en faveur des retraites et de l'épargne. Par exemple, des études sur l'imposition des pensions de retraite privées ont typiquement admis que les individus font face au même taux d'imposition effectif durant leur retraite qu'au

long de leur vie professionnelle. Ces modèles peuvent fournir des taux d'imposition plus réalistes. Il est important que les décideurs politiques évitent de comparer les taux et structures des prestations de retraite à travers les différents pays sans prendre également en considération l'effet sur les personnes âgées des systèmes d'imposition sur le revenu personnel et les contributions de sécurité sociale (Résumé d'auteur). L'annexe décrit, pour chaque pays étudié, les grandes lignes de leur système fiscal (imposition, cotisations sociales).▲

30614

DOCUMENT DE TRAVAIL

QUEISSER (M.), WHITEHOUSE (E.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Individual choice in social protection : the case of Swiss pensions.

Choix individuel de la protection sociale : le cas des pensions suisses.

OECD social - employment and migration working papers ; 11

Paris : OCDE : 2003/08/06 : 52p., 3 enc., 15 tabl. B5225

[http://www.oecd.org/document/4/](http://www.oecd.org/document/4/0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html)

0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html - <http://www.oecd.org/dataoecd/13/46/7090927.pdf>

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la structure du système de pensions ne laisse pas une grande marge de manoeuvre aux individus. Le système de pensions suisse est particulièrement intéressant à cet égard. La Suisse s'appuie largement sur des pensions à gestion privée, entièrement capitalisées, que les employeurs sont tenus de mettre en place. Les salariés n'ont que des possibilités de choix très limitées dans ce système et les pressions politiques se font de plus en plus vives pour que l'on donne un plus large pouvoir de contrôle aux membres sur leurs prestations. Une plus grande liberté de choix augmenterait la concurrence entre les fonds de pension, conduirait à un meilleur rendement sur les investissements des fonds, améliorerait le service rendu au consommateur et se traduirait par une satisfaction accrue des membres du fait que l'offre de prestations serait mieux adaptée à la situation de chacun. Ce document examine les choix actuellement accessibles aux membres des systèmes de pensions professionnels en Suisse et comment ceux-ci exploitent ces possibilités. On s'interroge ensuite sur ce qui serait

souhaitable en termes d'élargissement des choix et sur les éléments qui peuvent faire obstacle à ce type d'évolution. Le manque de transparence du système actuel est un motif de préoccupation car, s'il perdurait, il pourrait empêcher les membres de faire des choix éclairés. L'analyse met largement à profit l'expérience d'autres pays - principalement l'Australie, le Royaume-Uni et les Etats-Unis - qui tous ont élargi les possibilités de choix en matière de systèmes de pensions privés (Extrait du résumé d'auteur).



Politique sociale

30611

DOCUMENT DE TRAVAIL

KAMERMAN (S.B.), NEUMAN (M.), WALDFOGEL (J.), BROOKS-GUNN (J.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Social policies, family types and child outcomes in selected OECD countries.

Politiques sociales, types familiaux et conséquences sur les enfants dans quelques pays membres de l'OCDE.

OECD social - employment and migration working papers ; 6

Paris : OCDE : 2003/05/20 : 55p., 1 tabl. B5223

B5223

[http://www.oecd.org/document/4/](http://www.oecd.org/document/4/0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html)

0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html - <http://www.oecd.org/dataoecd/26/46/2955844.pdf>

Le développement de l'enfant et son bien-être constituent, dans bon nombre de pays de l'OCDE, d'importantes préoccupations qui font l'objet de travaux suivis à l'Organisation. Le souci d'y répondre a conduit à rechercher des moyens d'action qui permettent de compenser les effets de la pauvreté, du dénuement et de la vulnérabilité, et de parer aux facteurs de risque qui peuvent faire de la vie entière une succession de difficultés. C'est dans cette optique que nous avons passé en revue les études consacrées au devenir des enfants et aux différentes politiques sociales qui peuvent influencer sur lui. Ce document comprend quatre parties : (1) récapitulatif des sujets de préoccupation concernant le devenir des enfants dans différents pays de l'OCDE ; (2) examen d'une situation particulière, la pauvreté chez les enfants, et des conséquences négatives qu'elle a pour eux ; (3) résumé des travaux de recherche faisant le lien entre plu-

sieurs types de famille et différents résultats ; (4) exposé sur des politiques sociales pouvant avoir diverses retombées positives ou négatives. Cet examen nous a principalement permis de constater que les connaissances progressent, en particulier au sujet de la pauvreté chez les enfants et des politiques propres à faire reculer ou disparaître ce problème. Abstraction faite de la situation de pauvreté, les services d'éducation préscolaire et d'accueil des tout jeunes enfants ont des effets positifs sur ces derniers, surtout ceux qui ont entre 2 ou 3 ans et l'âge du début de la scolarité obligatoire, qui peuvent atténuer les handicaps précoces. Il semble que le fait de vivre dans une famille monoparentale et celui d'avoir des parents au chômage aient des conséquences négatives pour les enfants, mais il existe moins de travaux sur l'incidence de ces situations. La recherche présente encore beaucoup de lacunes importantes, surtout en ce qui concerne les études comparatives sur l'aide sociale à l'enfance (protection de l'enfance, placement en famille d'accueil, adoption) et la prévention de la maltraitance, ainsi que les travaux sur la situation des enfants d'immigrants et des minorités ethniques et raciales (Résumé d'auteur).

PRÉVENTION SANTÉ

Généralités

29804
CHAPITRE, COMMUNICATION
BRODIN (M.), KIRCH (W.) / éd.
European Public Health Association. (E.P.H.A.).
Dresden. GER
Public health in France.
La santé publique en France.
Public health in Europe : 10 years European Public Health Association.
10th annual congress of the European Public Health Association. : Dresden, 2002/11/28-30
Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 63-70, tabl.
A3330
Although this seems often to be forgotten, the main role of a health care system is to improve health. It can do so in three main ways. Firstly, it should ensure the delivery of effective health care that meets the needs of the population. Secondly, it should provide both curative and preventive health services. Thirdly, it should, where

appropriate, promote actions and policies that address the broader determinants of health. This paper examines the structures and processes that exist within the French health care system that help to take forward this agenda.

Alcoolisme

30541
RAPPORT
JEANDET-MENGUAL (E.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Rapport sur la perspective d'organisation d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Tome 1.
Paris : IGAS : 2005 : 50p.
C, B5208
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/etatsgeneraux_alcool/rapport_tome1.pdf
Selon l'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, "le gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de création d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme". Les travaux et auditions conduits par le comité de pilotage, sous la présidence d'Emmanuèle Jeandet-Mengual, inspectrice générale des affaires sociales, confirment cette volonté d'organiser un débat public sur les usages et les risques de la consommation d'alcool.

Dépression

30471
RAPPORT
Commission Européenne. Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs.
Bruxelles. BEL
Actions against depression : improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression.
Actions contre la dépression : améliorer la santé mentale et le bien-être en combattant les conséquences néfastes économiques, sociales et sur la santé de la dépression ?
Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2004 : 54p., tabl., graph., fig.
Depression and depression-related problems are today among the most pressing public health

concerns. Estimates for total disease burden quoted in this report indicate that they account for more than 7% of all estimated ill health and premature mortality in Europe, only exceeded by ischaemic heart disease (10.5%) and cancer (11.5%). And there are other burdens caused by depression, beyond the health systems. These include the loss of quality of life for the affected and their families, a loss of productivity for firms and an increased risk of unemployment for individuals. Depression can mean that people withdraw from family life, social life and work, and far too many people with depression commit suicide. This is why the European Commission's Directorate General for Health and Consumer Protection has taken the initiative of requesting from a group of distinguished experts a report on "Actions against depression". This report builds on a whole range of past and current mental health-related activities under the Programme of Community action in the field of public health (2003-2008). They focus on better information about the mental health of the population as well as on the promotion of good mental health and the prevention of mental disease. The activities are based on the knowledge that mental health is an integral part of health, and the conviction that health is an important resource for the quality of life of citizens, the success of the European economy and social cohesion. This report describes the illness of depression and highlights its economic and social consequences. It presents the evidence base and areas for effective interventions. It identifies some of the challenges in developing promotion and prevention strategies and possible solutions. Finally, it presents conclusions and suggestions for the way forward. The present report constitutes a valuable contribution to building action against depression at the level of the European Community.

Examens de santé

29709

NOTE

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnolet. FRA

Examens de santé de la MSA : des données d'informations précieuses.

Bagnolet : CCMSA : 2004/02 : 5p., 10 tabl.

B5036

<http://www.msa.fr/files/msa00/>

[msa00_1090920756000_EXAMEN_SANTE.pdf](http://www.msa.fr/files/msa00_1090920756000_EXAMEN_SANTE.pdf)

Les chiffres présentés dans ce bulletin sont extraits des remontées de plus de 35000 examens de santé, menés en 2000, auprès des adhérents

de la MSA. Ces données ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble de la population, mais celles-ci donnent une idée sur l'état de santé des populations concernées par l'étude. Les données, présentées par classes d'âge (à partir de 38 ans) et parfois par sexe, renseignent sur les items suivants : indice de Masse corporelle relevé, taux de Gamma GT qui peuvent évoquer une alcoolisation à risque, taux de cholestérol, consommation de médicaments contre les troubles du sommeil, l'anxiété, et la dépression, recours à un dentiste dans les deux années précédentes, femmes ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années, puis suivi gynécologique des femmes (examen gynécologique, frottis cervico-vaginal) au cours des trois dernières années.

Hypertension artérielle

29708

NOTE

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnolet. FRA

Programme national de santé publique : hypertension artérielle sévère exonérée - Résultats relatifs aux assurés MSA.

Bagnolet : CCMSA : 2000/08 : 6p., 10 graph.

B5035

<http://www.msa.fr/files/msa00/>

[msa00_1090920839265_HTA.pdf](http://www.msa.fr/files/msa00_1090920839265_HTA.pdf)

Les trois régimes principaux d'assurance maladie ont mis en œuvre, en 1999, un programme national de santé publique concernant les malades admis en affection de longue durée pour hypertension artérielle sévère, pour améliorer la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle et sensibiliser les médecins aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) publiées en 1997. Une enquête a été réalisée sur l'ensemble du territoire français (métropole et DOM) du 31 mai à mi-novembre 1999. Les résultats concernant les trois régimes d'assurance maladie ont été publiés en mai 2000. Les résultats présentés dans ce document concernent les dossiers traités par les services de contrôle médical des caisses de MSA. Les résultats ont été redressés afin de tenir compte du poids de chaque région. Les statistiques portent sur l'âge des malades, sur les comorbidités fréquentes, le contenu du traitement médicamenteux (selon le nombre de spécialités et le nombre de principes actifs), sur les prescriptions contre-indiquées, sur les choix préférentiels effectifs de traitements médicamenteux, sur le contrôle ten-

sionnel, puis sur les mesures hygiéno-diététiques, en rapprochant les résultats des critères de l'Anaes.

Test de dépistage

29644

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "Test de diagnostic rapide de l'angine".

Rennes : URMLB : 2003/11 : 10p., 3 graph., 9 tabl.

B5006

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/7814_01.pdf

En Bretagne, des actions de formation de médecins au Test Diagnostic Rapide (TDR) de l'angine a eu lieu entre mai 2002 et mai 2003. Cependant, il existe certaines divergences concernant les indications du test (cf recommandation Afssaps de 2002, Revue Prescrire). Dans ce contexte, l'Urml de Bretagne a réalisé une enquête pour déterminer le point de vue des médecins concernant cette action, et d'autre part, pour mieux comprendre comment ils avaient intégré le test dans leur pratique quotidienne. Des informations sont également apportées sur les patients : part des patients présentant une angine parmi l'ensemble des consultants, et âge ; ancienneté des symptômes avant qu'ils ne viennent consulter ; expériences de traitement antérieur pour une angine et prescriptions éventuelles d'antibiotiques ; répartition des patients selon la probabilité d'infection à Streptocoque B-Hémolytique (scores cliniques de Mac Issac) ; acceptation du test par les patients. Concernant les médecins, les données renseignent : sur leur opinion concernant l'opération " TDR " ; sur la part des médecins formés et leur taux d'utilisation du test depuis leur formation ; sur le taux de réalisation de tests en fonction des scores cliniques des patients ; sur l'appui de la clinique pour justifier la réalisation d'un test ; puis sur la prescription de médicaments qui s'en est suivie, notamment d'antibiotiques.

Santé mentale

29806

CHAPITRE, COMMUNICATION

HAFNER (H.), KIRCH (W.) / éd.

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

The mental health care system on its way to integration in general health care.

Les soins en santé mentale sur la voie de l'intégration dans le système de santé en général.

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

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

Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 145-151, tabl. c, A3330 ▲

30200

RAPPORT

LLOPIS (E.J.), ANDERSON (P.)

Commission Européenne. Bruxelles. BEL

Mental health promotion and mental disorder prevention : a policy for Europe.

Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux : une politique pour l'Europe.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2002 : 48p., tabl., graph., fig.

B5174

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf

La santé mentale est restée pendant longtemps le parent pauvre des systèmes de santé de l'Union européenne. Elle est considérée maintenant comme une priorité de santé publique, et ce document rassemble diverses recommandations en prévention et en promotion de la santé mentale. ▲

30462

RAPPORT

Commission Européenne. European Opinion Research Group. (E.O.R.G.). Bruxelles. BEL

The mental health status of the European population : Eurobarometer 58.2.

La santé mentale de la population européenne : Eurobaromètre 58.2.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2003/04 : 24p., tabl., graph., fig.

B5175

<http://europa.eu.int/comm/health/>

ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
This public opinion survey on mental health status was carried out at the request of the Research Directorate-General Health and Consumer's Protection and was managed and organised by the Public Opinion Analysis Unit of the Press and Communication Service. It was conducted in all the Member States of the European Union between October 28 and December 8, 2002, under the general coordination of the European Opinion Research Group EEIG in Brussels. The technical specifications, the names of the institutes involved in the research and the questionnaire are annexed.▲

30463

RAPPORT

Commission Européenne. Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs. Bruxelles. BEL

The state of mental health in the European Union.

La santé mentale dans les pays de l'Union européenne.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2004 : 79p., tabl., graph. fig.

B5176

Ce document compare l'état de santé mentale des populations de l'Union européenne et de la Norvège. Il se base sur les données de l'enquête Eurobarometer et de la base de données européenne "la santé pour tous".▲

30469

RAPPORT

LEHTINEN (V.)

Commission Européenne. Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs. Bruxelles. BEL

Actions for mental health : activities co-funded from European community public health programmes 1997-2004.

Actions pour la santé mentale : activités cofinancées par les programmes pour la santé publique de la Communauté européenne 1997-2004.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2004/12 : 27p., tabl., graph. fig.

B5177

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/action_1997_2004_en.pdf

Ce document fait un bilan des programmes de santé mentale financés par la Communauté

européenne pour la période 1997-2004 sous les aspects suivants : prévention, promotion, épidémiologie et évaluation économique.▲

30470

RAPPORT

Commission Européenne. Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs. Bruxelles. BEL

Livre vert : améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne.

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005/10 : 26p., tabl., graph., fig.

La santé mentale de la population européenne est l'un des moyens d'atteindre quelques-uns des objectifs stratégiques de l'Union européenne : le retour de l'Europe sur la voie de la prospérité durable, la concrétisation des engagements de l'Union en faveur de la solidarité et de la justice sociale, ou encore, l'amélioration tangible et concrète de la qualité de la vie des citoyens européens. Cependant, la santé mentale de la population de l'Union peut être considérablement améliorée. En effet : la mauvaise santé mentale touche un citoyen sur quatre et peut conduire au suicide, qui prélève un trop lourd tribut en vies humaines ; elle grève sévèrement, par les pertes et les charges dont elle est la cause, les mécanismes économiques, sociaux, éducatifs, pénaux et judiciaires ; l'exclusion sociale et la stigmatisation des malades mentaux, de même que les atteintes aux droits et à la dignité de ces derniers, demeurent une réalité et battent en brèche les valeurs fondamentales européennes. Des progrès sont possibles. Beaucoup d'initiatives ont déjà été prises. Elles doivent être développées et consolidées. La conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue en janvier 2005 a débouché sur de solides engagements politiques et sur un plan d'action exhaustif en la matière. Elle a invité la Commission européenne, coorganisatrice de la conférence avec l'OMS, à contribuer, en collaboration avec cette dernière, à l'application de ce plan dans la limite de ses compétences et conformément aux attentes du Conseil. Ce livre vert est une première réponse à cette invitation. Il propose à cet effet d'élaborer une stratégie communautaire sur la santé mentale qui apporterait la plus-value suivante : elle offrirait des structures d'échange et de coopération entre États membres, aiderait à renforcer la cohérence des actions engagées au niveau national et communautaire dans les secteurs liés ou non à la santé et permettrait aux parties prenantes de

tous les horizons d'intervenir dans la recherche de solutions. Le présent livre vert vise à associer les institutions européennes, les pouvoirs publics, les professions de la santé, les parties prenantes d'autres secteurs, la société civile - y compris les associations de patients - et les milieux de la recherche à un débat sur l'importance de la santé mentale pour l'Union européenne ainsi que sur la nécessité d'une stratégie communautaire à cet égard et sur les priorités éventuelles de celle-ci.

Sida

30526

RAPPORT

Conseil National du Sida. (C.N.S.). Paris. FRA
Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH.

Paris : CNS : 2005/11 : 79p.

B5200

http://www.cns.sante.fr/htm/avis/rapports_pdf/05_11_17_prevention.pdf

Le Conseil National du Sida (CNS) s'est intéressé dans ce rapport à l'organisation de la politique publique de prévention de l'infection à VIH pour identifier les obstacles qui subsistent. L'engagement de l'Etat est aujourd'hui insuffisant, qu'il s'agisse de la place accordée à la lutte contre le VIH dans la politique de santé ou de la cohérence de l'action gouvernementale en la matière. Le nombre de personnes vivant avec le VIH croît au cours du temps. Une politique de prévention de la transmission doit permettre d'éviter que les personnes s'infectent par le VIH et que celles qui sont d'ores et déjà infectées ne le transmettent. Pour améliorer cette politique, le CNS propose un ensemble de recommandations à la suite de son rapport.

Vaccinations

31059

OUVRAGE

MERIC (J.)

Vaccinations, je ne serai plus complice !

Embourg : Marco Pietteur éditions : 2005 : 225p.
A3400

Ni plaidoyer, ni polémique, cet ouvrage fait le point sur les vaccinations et leurs redoutables

dangers. Les insuffisances de recherches, les négligences des observations, le peu de sérieux des conclusions hâtives de médecins inféodés aux laboratoires sont dénoncés avec force. Il apporte non seulement des témoignages, des faits irréfutables, des preuves évidentes des ravages vaccinaux, mais encore il porte des accusations sur nos sommités universitaires et leurs commensaux des laboratoires internationaux à la soif inextinguible de profits (D'après le 4e de couverture).

Violence

30548

RAPPORT

TURSZ (A.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA
Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 : rapport général.

Paris : MSSPS ; DGS : 2005/05 : 124p.

C, B5213

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000694/0000.pdf>

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000694/0001.pdf>

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000694/0002.pdf>

Partant d'une définition de l'impact de la violence sur la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des recommandations du Haut comité de la santé publique (HSCP) (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000405/index.shtml>) et de la demande du Ministre de la santé de participer à l'élaboration d'un Plan quinquennal "Violence et santé", six commissions, chargées d'approfondir les travaux sur le thème des relations entre la violence et la santé et d'élaborer des propositions de solutions et d'actions, ont été créées autour des thèmes suivants : périnatalité, enfants et adolescents (Dr François Baudier) ; genre et violence (Dr Jacques Lebas) ; personnes âgées et personnes handicapées (Pr Marie-Eve Joël) ; violence et santé mentale (Mme Anne Lovell) ; violence, travail, emploi, santé (Pr Christophe Dejourn) ; institutions, organisations et violence (Dr Omar Brix). Le présent document correspond au rapport de synthèse des travaux effectués.

DÉPENSES DE SANTÉ

Accidents du travail

30231

RAPPORT

Sénat. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

Paris : Sénat : 2005/06 : 74p., ann.

C, B5155

<http://www.securite-sociale.fr/actu/atmp/diricq/diricq.pdf>

Ce rapport évalue le coût réel pour l'assurance maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Biologie médicale

31219

RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.S.). Département des Produits de Santé. (D.P.S.). Paris. FRA

BIOLAM : Les actes de biologie remboursés en 2003 et 2004 par le régime général de l'Assurance Maladie - Hors Sections Locales Mutualistes.

Paris : CNAMTS : 2006/02 : 107p., tabl., graph. C, B5357

<http://www.ameli.fr/pdf/2623.pdf>

http://www.ameli.fr/pdf/2623_2.pdf

Ce document propose une analyse de l'évolution des dépenses de biologie entre 2003 et 2004. Il est organisé sous forme de tableaux thématiques commentés (les 50 actes les plus prescrits, les actes les plus prescrits dont le taux d'évolution est le plus important, la répartition des prescriptions selon la catégorie de prescripteur etc...) proposant une grille d'analyse complète de l'évolution des dépenses, de la modification des comportements de prescription et de la structure des consommateurs d'actes de biologie (par classe d'âge, sexe, exonération ou non du ticket modérateur). A cette publication synthétique, s'ajoutent des tableaux détaillés disponibles sur le site internet de la CNAMTS : www.ameli.fr.

Contrôle médical

31045

DOSSIER DE PRESSE

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

Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance Maladie : Point sur les actions 2005 et programme 2006.

Paris : CNAMTS : 2006/02/23 : 13p.

C, B5302

www.ameli.fr/pdf/2599.pdf

Garantir à chacun le libre accès à des soins de qualité tout en veillant à l'utilisation qui est faite du système de santé, c'est tout le sens de la réforme de l'Assurance Maladie dont l'objectif est de mieux soigner en dépensant mieux. C'est dans cet esprit l'Assurance Maladie a mis en œuvre en 2005 un programme d'information et de sensibilisation vers les professionnels de santé et les assurés pour faire évoluer les comportements et favoriser le respect des bonnes pratiques comme celui des règles d'usage du système d'assurance maladie. Parallèlement, l'Assurance Maladie a annoncé et mis en œuvre un plan de contrôle et de lutte contre les fraudes autour de trois thèmes prioritaires : les arrêts maladie ; les dépenses de soins indûment prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée ; les consommations ou prescriptions médicales frauduleuses ou dangereuses.

Etudes prospectives

30664

DOCUMENT DE TRAVAIL

HALL (R.E.), JONES (C.I.)

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

The value of life and the rise in Health spending.

Le prix de la vie et la croissance des dépenses de santé.

NBER Working Paper Series ; n° 10737.

Cambridge : NBER : 2005/08 : 42p., tabl., graph., fig., ann.

Health care extends life. Over the past half century, Americans have spent a rising share of total economic resources on health and have enjoyed substantially longer lives as a result. Debate on health policy often focuses on limiting the growth of health spending. We investigate an issue central to this debate: can we understand the growth of health spending as the rational response to

changing economic conditions - notably the growth of income per person ? We estimate parameters of the technology that relates health spending to improved health, measured as increased longevity. We also estimate parameters of social preferences about longevity and the consumption of nonhealth goods and services. The story of rising health spending that emerges is that the diminishing marginal utility of nonhealth consumption combined with a rising value of life causes the nation to move up the marginal-cost schedule of life extension. The health share continues to grow as long as income grows. In projections based on our parameter estimates, the health share reaches 33 percent by the middle of the century.

Personnes âgées

30256

DOCUMENT DE TRAVAIL

CUTTLER (D. M.), MEARA (E.)

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

The medical costs of the young and old : a forty year perspective.

Les coûts médicaux des jeunes et des personnes âgées : une perspective sur 40 ans.

NBER Working Paper Series ; 6114

Cambridge : NBER : 1997/07 : 26p., 1 ann., 11 graph., 3 tabl.

P193

<http://papers.nber.org/papers/w6114.v5.pdf>

In this paper, we examine the growth in medical care spending by age over the past 40 years. We show that between 1953 et 1987, medical spending increased disproportionately for infants, those under 1 year, and the elderly, those 65 and older. Annual spending growth for infants was 9.8 percent and growth for the elderly was 8.0 percent compared to 4.7 percent for people aged 1-64. Within the infant and the elderly population, excess spending growth was largely driven by more rapid growth of spending at the top of the medical spending distribution. Aggregate changes in outcomes for infants and the elderly are consistent with these changes in spending growth, but we do not present any causal evidence of this point (Résumé d'auteur).▲

30257

DOCUMENT DE TRAVAIL

GARBER (A.), MACURDY (T. E.),
MCCLELLAN(M.C.)

National Bureau of Economic Research.

(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Persistence of medicare expenditures among elderly beneficiaries.

Persistance des dépenses de Medicare parmi les bénéficiaires âgés.

NBER Working Paper Series ; 6249

Cambridge : NBER : 1997/10 : 27p., 5 graph., 2 tabl.

P193

<http://papers.nber.org/papers/w6249.pdf>

This highly uneven distribution of Medicare payments among elderly beneficiaries, combined with the predictability of some of the expenditures, poses several challenges to the Medicare program. We present information about the distribution of Medicare expenditures among beneficiaries in specific years, accompanied by new evidence on the extent to which Medicare payments for the care of individual beneficiaries persist over long time periods. Our analysis is based on a longitudinal population of Medicare enrollees during the years from 1987 to 1995. We find that high-cost users accounted for a disproportionate share of the growth of Medicare Part A (hospital) payments during this period, but that an increase in the number of beneficiaries using covered services was largely responsible for the growth of Medicare Part B payments. Few beneficiaries are in the highest-cost categories for multiple years ; the high mortality rates of individuals who use medical services heavily, whether the expenditures occur in one year or repeatedly, limits the extent of expenditure persistence. Even among survivors, it is unusual to remain in the highest-cost categories for multiple years. Nevertheless, individuals with high expenditures in one year are likely to have higher than average expenditures in other years, and expenditures are highly skewed even over a period of nine years. Any policy to reform Medicare will need to accommodate expenditure persistence in order to provide adequate coverage for all beneficiaries (Résumé d'auteur).▲

30258

DOCUMENT DE TRAVAIL

CUTTLER (D.M.), SHEINER (L.)

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

Demographics and medical care spending : standard and non-standard effects.

Démographie et dépenses de santé : résultats conventionnels et non conventionnels.

NBER Working Paper Series ; 6866

Cambridge : NBER : 1998/12 : 33 p., 3 graph., 16 tabl.

P193

<http://papers.nber.org/papers/w6866.pdf>

In this paper, we examine the effects of likely demographic changes on medical spending for the elderly. Standard forecasts highlight the potential for greater life expectancy to increase costs : medical costs generally increase with age, and greater life expectancy means that more of the elderly will be in the older age groups. Two factors work in the other direction, however. First, increases in life expectancy mean that a smaller share of the elderly will be in the last year of life, when medical costs generally are very high. Furthermore, more of the elderly will be dying at older ages, and end-of-life costs typically decline with age at death. Second, disability rates among the surviving population have been declining in recent years by 0.5 to 1.5 percent annually. Reductions in disability, if sustained, will also reduce medical spending. Thus, changes in disability and mortality should, on net, reduce average medical spending on the elderly. However, these effects are not large as the projected increase in medical spending stemming from increases in overall medical costs. Technological change in medicine at anywhere near its historic rate would still result in a substantial public sector burden for medical costs (Résumé d'auteur).▲

30455

DOCUMENT DE TRAVAIL

JACOBZONE (S.), CAMBOIS (E.), CHAPLAIN (E.), ROBINE (J.M.)

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

Long term care services to older people, a perspective on future needs : the impact of an improving health of older persons.

Les services de soins de longue durée aux personnes âgées, une perspective des futurs besoins : l'impact d'une amélioration de la santé des personnes âgées.

Ageing Working Papers ; AWP 4.2

Paris : OCDE : 1998 : 58p., 1 graph., 16 tabl.

B5173

<http://www.oecd.org/dataoecd/21/43/2429142.pdf>

Cette étude prolonge les recherches sur l'impact des évolutions d'incapacité par tranche d'âge sur les besoins en termes de dépendance à un niveau international. Des données détaillées par âge et sexe pour chaque pays sont combinées avec de l'information relative à l'incapacité sévère. Deux projections sont effectuées : l'une supposant des taux constants d'incapacité, et l'autre reflétant une décroissance en fonction des ten-

dances passées par périodes de 5 à 10 ans. Les gains sont observés principalement parmi les groupes d'âge de 65 à 80 ans, et sont plus significatifs pour les hommes que pour les femmes. Alors que les différences internationales restent à expliquer, ces tendances montrent une décroissance significative de la prévalence dans l'ensemble. La décroissance est plus importante au niveau des ménages, mais est en partie compensée par un accroissement de l'incapacité au niveau des populations institutionnalisées. Ces tendances sont loin d'être homogènes pour tous les pays, alors qu'il existe des accroissements pour certains groupes spécifiques par âge et sexe, en particulier les femmes les plus âgées dans certains pays. L'impact économique de ces tendances dépend des mécanismes institutionnels procurant les soins dépendance. Les coûts publics de l'aide formelle à domicile diffèrent fortement entre les pays, ainsi que l'équilibre entre les soins à domicile et en institution. Ainsi, la désinstitutionalisation, avec le recours à des formes moins coûteuses d'hébergement apparaît jouer un rôle économique plus important que l'incapacité en soi en termes de finances publiques. Alors que les gains d'incapacité au sein des populations âgées sont un facteur important en termes de bien-être, ils peuvent n'avoir que des effets mitigés en termes de finances publiques. L'étude aborde les implications de ces résultats en termes d'état de santé, pour la mise en place des politiques de santé et de la dépendance (Résumé d'auteur).

INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme

31060

OUVRAGE

CHABALIER (H.)

Le dernier pour la route : chronique d'un divorce avec l'alcool.

Paris : Editions Laffont : 2005 : 299p.

A3401

Un homme aux prises avec l'alcool raconte le chemin qu'il a parcouru, de l'intimité sombre et solitaire de la dépendance à l'expérience partagée du sevrage en cure de désintoxication. L'occasion de rappeler que les dégâts causés par l'alcool sont considérables en regard de ceux causés par les drogues illicites. Serions-nous trop indulgents ?

Baromètre santé

31144

RAPPORT

GUILBERT (P.) / dir., GAUTIER (A.) / dir.,
LAMOUREUX (P.) / préf.

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

Baromètre santé 2005 : premiers résultats.

Saint-Denis : INPES : 2006 : 170p., tabl., graph.,
fig.

Ac3411

Le Baromètre santé 2005 s'adresse à tous les
acteurs et décideurs de santé publique qui sou-
haitent approfondir leurs connaissances sur la
santé de la population, telle que celle-ci la déclaire
et la perçoit. Il décrit les comportements, attitudes,
connaissances et opinions des 12-75 ans
en matière de santé. Au total, ce sont 30 514 per-
sonnes qui ont répondu à un questionnaire mul-
tithématique. Sont présentés ici les premiers
résultats de l'enquête et les évolutions depuis
cinq ans. Les douze chapitres de l'ouvrage abor-
dent la consommation de tabac, d'alcool et de
cannabis, l'activité physique, la vaccination, le
dépistage des cancers..., permettant une
meilleure appréhension des déterminants de
santé. Les analyses portent également sur les
indicateurs de santé comme la qualité de vie
mais aussi les violences subies ou la dépres-
sion.

Cancer

29808

COMMUNICATION, CHAPITRE

DAVIES (C.A.), LEYLAND (A.H.), KIRCH (W.) /
éd.

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

**Spatial patterns of cancer mortality in
Europe.**

*Les modèles géographiques de la mortalité par
cancer en Europe.*

Public health in Europe : 10 years European Pu-
blic Health Association.

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

Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 227-243, tabl.

A3330

A partir de données obtenues par l'Organisation
mondiale de la santé pour les périodes 1980-
1981 et 1990-1991, cet article analyse les dispa-
rités géographiques de mortalité par cancer en
Europe selon différents déterminants : régime ali-

mentaire, comportement de santé, facteurs socio-
économiques, sexe et localisation du cancer.

Handicap visuel

30110

RAPPORT

SANDER (M.S.), BOURNOT (M.C.) / coll.,
LELIEVRE (F.) / coll., TALLEC (A.) / coll.

Observatoire Régional de la Santé des Pays de
la Loire. (O.R.S.). Nantes. FRA

**La population en situation de handicap
visuel en France : importance,
caractéristiques, incapacités fonctionnelles
et difficultés sociales - Une exploitation des
enquêtes HID 1998 et 1999.**

Nantes : Ors : 2005/07 : 162p., tabl., annexe
B5111

[http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/
er416/handicapvisuel.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er416/handicapvisuel.pdf)

Réalisée par l'ORS à la demande de la DREES,
cette étude exploite les données de l'enquête
Handicap, Incapacité, Dépendance auprès des
personnes vivant à domicile ou en institution,
sous l'angle du handicap visuel : prévalence, dé-
ficiences associées, incapacités dans la vie quo-
tidienne, compensation par les aides techniques
et humaines, retentissement social du handicap
visuel. Une synthèse de cette étude a été réali-
sée pour la revue "Etudes et résultats" de la
DREES.

Maladies cardio-vasculaires

30674

RAPPORT

Organisation de Coopération et de Développe-
ment Economiques. (O.C.D.E.). Direction de
l'Education - de l'Emploi et des Affaires Sociales.
(D.E.E.L.S.A.). Comité de l'Emploi, du Travail et
des Affaires Sociales. (E.L.S.A.). Groupe de tra-
vail sur la politique et les pathologies liées au
vieillessement. Paris. FRA

**Synthèse des résultats de l'étude sur
l'accident vasculaire cérébral dans les
pathologies liées au vieillissement : ce qui
est mieux et à quel prix ? Etude de l'OCDE
sur les différences internationales dans les
pathologies liées au vieillissement.**

Paris : OCDE : 2002 : 27p., 9 graph., 2 tabl.

B5245

[http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/
43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/
71e60b595e9eca00c1256bdb003f4ae8/\\$FILE/](http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/71e60b595e9eca00c1256bdb003f4ae8/$FILE/)

JT00128554.PDF

Dans le cadre d'un projet de l'OCDE sur les différences internationales dans les pathologies liées au vieillissement, ce document présente une synthèse des résultats de l'étude sur l'accident vasculaire cérébral dans les pathologies du vieillissement. Le fardeau des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans les pays de l'OCDE est important, tant en termes de poids de la morbidité que de coût pour les systèmes de santé. En 1999, les AVC ont été la cause de 10 % des décès dans le monde. Nous savons également que le poids des handicaps dus aux AVC est substantiel. On estime que, dans les régions du monde où la mortalité est basse - et qui regroupent la majorité des pays participant à cette étude, entre 3 et 11 % du fardeau total des maladies (décès et handicaps) est à mettre au compte des AVC (OMS, 2000). Du fait de leur poids important en termes de décès et de handicaps, les AVC font peser sur les systèmes de santé un coût élevé, qui, selon les estimations, irait de 2 à 4 % de leurs dépenses totales. Ils entraînent également d'autres coûts substantiels en dehors du système de santé, liés, principalement, aux importants handicaps qui en résultent. L'analyse effectuée par cette étude porte sur le traitement des accidents vasculaires cérébraux, ses coûts et ses résultats, dans 17 pays. Elle s'intéresse essentiellement à un type d'accident vasculaire cérébral, l'accident ischémique - même si d'autres types d'AVC sont abordés dans certaines sections. Cette synthèse se fonde sur le rapport complet de l'étude, laquelle contient de nombreuses informations plus détaillées, en particulier concernant les résultats spécifiques consignés dans les rapports nationaux qui forment la base de l'étude (Moon et al. 2002). Cette synthèse comporte six sections : une section présentant dans les grandes lignes les principales politiques, incitations et réglementations influant sur le traitement de l'AVC ; un bref exposé des données épidémiologiques sur l'AVC ; les principaux résultats de notre comparaison des traitements de l'AVC dans les différents pays ; les principales conclusions relatives aux résultats en termes de santé ; une présentation des données disponibles sur les aspects économiques du traitement de l'AVC ; une discussion rappelant les principales questions pertinentes au regard des enjeux de politique et explorant quelques-unes des relations entre traitement, coûts et résultats. ▲

30764

RAPPORT
MOISE (P.)

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

l'Education - de l'Emploi et des Affaires Sociales. (D.E.E.L.S.A.). Comité de l'Emploi, du Travail et des Affaires Sociales. (E.L.S.A.). Groupe de travail sur la politique sociale - Pathologies liées au vieillissement. Paris. FRA

Résumé des résultats de l'étude sur l'ischémie myocardique : ce qui est mieux et à quel prix ? Etude de l'OCDE sur les différences internationales dans les pathologies liées au vieillissement - Atelier de synthèse.

Paris : OCDE : 2002/06/19 : 30p., 4 graph., 9 tabl.

B5285

[http://www.olis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/2052dbd0cf0eef82c1256bdb003e60ff/\\$FILE/JT00128552.PDF](http://www.olis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/2052dbd0cf0eef82c1256bdb003e60ff/$FILE/JT00128552.PDF)

Dans le cadre d'un projet de l'OCDE sur les différences internationales dans les pathologies liées au vieillissement, ce document présente une synthèse des résultats de l'étude sur l'ischémie myocardique dans les pathologies du vieillissement. L'ischémie myocardique constitue la principale cause de mortalité dans le monde. La maladie cardiaque est également l'un des principaux facteurs contribuant aux dépenses de santé. Cette pathologie est par conséquent idéale pour étudier les systèmes de santé. L'ischémie myocardique (IM) est une affection complexe. Il est possible de s'attaquer à plusieurs facteurs de risque y afférents, dans le cadre d'une stratégie de santé des populations, ou de recourir à des médicaments au titre de la prévention primaire et secondaire de la maladie. Du fait de la nature du traitement de la phase aiguë, qui implique généralement des interventions très coûteuses recourant aux techniques de pointe, il s'agit d'une affection idéale pour observer les caractéristiques de la diffusion des technologies, un important élément de la présente étude. Ainsi, dans la première section, l'auteur présente les caractéristiques des systèmes de santé qui exercent une influence sur les modes de traitement. La deuxième section se penche sur certains indicateurs épidémiologiques recueillis aux fins de l'étude, qui permettent de mesurer la demande sous-jacente de services de soins de santé ayant trait à l'IM. Dans la troisième section, les variations de traitement entre les pays sont décrites à la lumière des structures de la demande établies dans la section précédente. Si, au cours de l'étude de l'IM, l'auteur examine les modes de traitement, il explore aussi la relation avec les résultats sanitaires dans la quatrième section. Puisque les décisions en matière de soins de santé amènent invariablement à s'interroger sur le coût de tous ces services, la cinquième sec-

tion présente un examen des aspects économique de l'IM. Dans la dernière section, l'auteur analyse certains des résultats qui se dégagent de la présente étude, tout en tirant quelques conclusions provisoires (Inspiré du résumé d'auteur).

Maladies environnementales

31039
RAPPORT
Commission des Communautés Européennes.(C.C.E.). Bruxelles. BEL, European Environment Agency. (E.E.A.). Copenhague. DNK
Environment and health.
Environnement et santé.
Copenhague : EEA : 2005 : 35p.
B5291
Ce rapport dresse une évaluation des maladies attribuables à l'environnement dans les pays de l'Union européenne depuis les années 1970. Il traite plus particulièrement des maladies respiratoires cancéreuses et neurologiques.

Obésité

30525
DOCUMENT DE TRAVAIL
RASHAD (I.), GROSSMAN (M.), CHOU (S.Y.)
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA
The super size of America : an economic estimation of body mass index and obesity in adults.
La super taille de l'Amérique : une estimation économique de l'indice de masse corporelle et de l'obésité chez l'adulte.
NBER Working Paper Series ; n° 11584
Cambridge : NBER : 2005/08 : 27p., tabl., graph., fig.
P193
The increased prevalence of obesity in the United States stresses the pressing need for answers as to why this rapid rise has occurred. This paper employs micro-level data from the First, Second, and Third National Health and Nutrition Examination Surveys to determine the effects that various state-level variables have on body mass index and obesity. These variables, which include the per capita number of restaurants, the gasoline tax, the cigarette tax, and clean indoor air laws, display many of the expected effects on obesity and explain a substantial amount of its trend. These findings control for in-

dividual-level measures of household income, years of formal schooling completed, and marital status.

Sida

30651
RAPPORT
HAURY (B.), LEBLANC (G.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S). Bureau E2 Qualité et sécurité des soins en établissement de santé. Paris. FRA
Les chiffres clés : Sida et Hépatite C.
Paris : DHOS : 2003/03 : 100p., graph., tabl. c, B5229
http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/vih_vhc/accueil.htm
Les chiffres clés du sida et de l'hépatite C présentent régulièrement, sous une forme qui se veut claire et accessible les données relatives au Sida et à l'hépatite C en France. Les tableaux et graphiques décrivent en particulier les principales données de surveillance, l'activité hospitalière et les coûts inhérents à la prise en charge de ces deux pathologies. Cette neuvième édition souligne les évolutions majeures qui sont survenues ces dernières années.

Travail et santé

28801
OUVRAGE
KREIS (J.), BODEKER (W.)
Indicators for work-related health monitoring in Europe.
Indicateurs pour la gestion de la santé liée au travail en Europe.
Essen : BKK : 2004/12 : 199p., 8 ann., graph., tabl.
A3243
Cette publication a été réalisée dans le cadre du projet européen " Workhealth ", dont le but est d'établir des indicateurs de surveillance des maladies liées au travail en Europe dans une perspective de santé publique. Le projet " Workhealth " a tout d'abord identifié les principaux acteurs ou projets liés à la gestion des conditions de travail. Il a ainsi compilé, à partir de nombreuses sources, tous les indicateurs qui doivent permettre une meilleure surveillance de la santé liée au travail dans une perspective de santé publique. Il expose ensuite un modèle du processus politi-

que qui doit servir d'outil aux décideurs pour préciser des objectifs spécifiques et pour contrôler leur mise en œuvre. Le groupe a ensuite ventilé les objectifs en fonction des différents domaines politiques ou points de vue dont ils relèvent (Surveillance des maladies professionnelles - Inspection du travail, santé publique, sécurité sociale). Il a également classé l'ensemble des indicateurs dans une grille combinant d'un côté les objectifs politiques et de l'autre les grandes catégories de la classification des données de santé établie par le projet ECHI (Données sociodémographiques et socioéconomiques, état de santé, déterminants de santé, système de santé et de sécurité sanitaire). Afin de répondre à des exigences politiques pratiques, une liste courte d'indicateurs a aussi été constituée à partir d'une sélection de l'ensemble des indicateurs pour produire un système d'information basique pour la surveillance de la santé liée au travail. Les chapitres suivants décrivent les plus importantes sources internationales et européennes de données en santé (la base de données Health For All de l'OMS Europe, la base de données en ligne d'Eurostat, la base de données Eco-Santé OCDE appelée également OECD Health Data, l'enquête européenne sur les conditions de vie), puis étudient la disponibilité et l'intérêt de ces données sur la base des catégories ECHI, et enfin la comparabilité de ces données.▲

29810

COMMUNICATION, CHAPITRE

SIEGRIST (J.), KIRCH (W.) / éd.

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

Health risks of psychosocial stress at works : evidence and implications for occupational health services.

Risques pour la santé du stress psychosocial au travail : évidence et implications pour la médecine du travail.

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

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

Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 355-363, tabl. c, A3330▲

30523

DOCUMENT DE TRAVAIL

BANKS (J.), KAPTEYN (A.), SMITH (J.P.), VAN SOEST (A.)

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

Work disability is a pain in the ***, especially in England, the Netherlands, and the United States.**

Le handicap au travail est une souffrance, plus particulièrement en Angleterre, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis.

NBER Working Paper Series ; n° 11558

Cambridge : NBER : 2005/08 : 57p., tabl., graph., fig.

P193

This paper investigates the role of pain in determining self-reported work disability in the US, the UK and the Netherlands. Even if identical questions are asked, cross-country differences in reported work disability remain substantial. In the US and the Netherlands, respondent evaluations of work limitations of hypothetical persons described in pain vignettes are used to identify the extent to which differences in self-reports between countries or socio-economic groups are due to systematic variation in the response scales.▲

31245

RAPPORT

European Agency for Safety and Health at Work. (O.S.H.A.). Bilbao. SPA

A review and analysis of a selection of OSH (occupational safety and health) monitoring systems.

Revue et analyse d'une sélection de systèmes de contrôle de la sécurité et de la santé au travail.

Monitoring Working Paper.

Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2003 : 61p., tabl., ann.

B5364

<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/406/index.htm?language=en>

Il est absolument essentiel de fournir aux décideurs politiques des informations de haute qualité et actualisées concernant la santé et la sécurité au travail pour continuer à progresser dans la lutte contre les problèmes de santé et de sécurité en Europe. L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail centre son action sur quatre domaines clés : les bonnes pratiques, systèmes et programmes, les recherches sur le travail et la santé, le suivi de la santé et de la sécurité au travail. Ce rapport passe en revue et analyse les systèmes de contrôle et d'information les plus couramment mis en place dans les pays de l'Union européenne : enquêtes, méthodologies, indicateurs, etc.

Vieillesse et santé

30454

RAPPORT

JACOBZONE (S.)

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

The interplay of health policy, incentives and regulations in the treatment of ageing-related diseases.

L'interaction de la politique de la santé, des incitations et des régulations dans le traitement de maladies liées au vieillissement.

OECD ageing-related disease study - Technical report

Paris : OCDE : 1999/05 : 24p., 1 graph.

B5172

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/11/1889887.pdf> - http://www.oecd.org/document/62/0,2340,en_2649_201185_2088446_1_1_1_1,0

0.html

Au printemps 1999, l'OCDE lança un projet de l'OCDE sur les maladies liées au vieillissement. Celui-ci fédéra près de 150 experts de 21 pays différents. Un atelier de travail s'est tenu en juin 2002 pour discuter des implications de ce projet. Ce document est un rapport technique réalisé pour alimenter ce travail. Il s'intéresse aux interactions entre la politique de santé, les incitations et les régulations dans le traitement des maladies liées au vieillissement. Ainsi, d'après ce document, la préoccupation récente, aussi bien en politique de santé et vieillesse, a été de porter une attention croissante aux résultats en santé. Cependant, il est très important d'étudier si les dépenses additionnelles ont généré ou non de meilleurs résultats dans les systèmes de santé. Il faut notamment distinguer les gains marginaux des gains moyens des bénéfices en santé. Ce document passe en revue les études disponibles qui fournissent des aperçus détaillés sur les systèmes de santé, en incluant les études cliniques, les études sur les taux d'utilisation, et quelques études épidémiologiques. Il discute également de quelques tentatives précoces de développement d'approches orientées vers la maladie, à un niveau micro-économique. Les lacunes de ces études, comblées par l'accroissement de données détaillées disponibles, offrent maintenant de nouvelles opportunités pour des études fructueuses construites à partir des infrastructures informationnelles existantes. La plupart des différences concernant les dépenses agrégées observées à un niveau macro-économique sont le résultat de l'interaction entre la politique de santé, les incitations et les mesures de

régulation dans le traitement des maladies liées au vieillissement. Les annexes fournissent un aperçu de la littérature macro-économique disponible sur le sujet (Tiré et traduit du résumé d'auteur).▲

30676

RAPPORT

JACOBZONE (S.), JEE-HUGHES (M.), MOISE (P.)

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

Medical and epidemiological background.

OECD Ageing related disease study : Technical report

Paris : OCDE : 1999/05 : 77p., 11 graph., 16 tabl. B5246

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/12/1889895.pdf>

Dans le cadre de l'étude de l'OCDE sur les différences internationales dans le traitement des pathologies liées au vieillissement, ce document synthétise les informations médicales et épidémiologiques existantes sur une sélection de maladies (définitions, symptômes, facteurs de risques, diagnostic et traitement, résultats en santé, tendances de mortalité, incidence et prévalence), puis en déduit les points sur lesquels il faudrait poursuivre des recherches. Les maladies étudiées sont les cardiopathies ischémiques, les accidents cérébrovasculaires, le diabète, la fracture de hanche et l'ostéoporose, le cancer du sein, la cataracte et le handicap visuel. Des données chiffrées et comparées sont rassemblées en fin de document.▲

30677

RAPPORT

MOISE (P.)

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

Using hospital administrative databases for a disease-based approach to studying health care systems.

Utilisation des bases de données administratives hospitalières pour étudier les systèmes de soins selon une approche basée sur la maladie.

OECD Ageing related disease study : Technical report

Paris : OCDE. : 2001/08 : 15p., 1 ann.

B5247

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/10/1889879.pdf>

Dans le cadre de l'étude de l'OCDE sur les différences internationales dans le traitement des pa-

thologies liées au vieillissement, ce document compare les principaux fichiers administratifs hospitaliers d'un certain nombre de pays développés, et tente de déterminer si ces systèmes d'information pourraient permettre de comparer les résultats en santé concernant un certain nombre de maladies liées au vieillissement.

PERSONNES ÂGÉES

Dépendance

30205

FASCICULE

HENNESSY (P.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction of Social Affairs and Industrial Relations. Paris. FRA
Protection sociale pour les personnes âgées dépendantes : perspectives tirées d'une revue des pays membres de l'OCDE.

Paris : OCDE : 1995 : 29p., 4 tabl.

P179

http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_37435_1895529_1_1_1_37435,00.html

Les soins de longue durée à assurer dans l'avenir aux personnes âgées dépendantes suscitent une inquiétude croissante. De nombreux pays ont préparé des réformes des services ou des modes de financement des soins, mais se sont aperçus que leur mise en œuvre coïncidait avec une lenteur de la croissance économique et des contraintes budgétaires, rendant d'autant plus difficile les choix qu'impliquent les nouveaux types de soins. Tous les pays de l'OCDE sont d'accord sur un grand objectif selon lequel il faut permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles aussi longtemps que possible ou, à défaut, de bénéficier de soins de qualité dans un établissement proche de leur entourage ("vieillir chez soi"). Dans quelle mesure les pays de l'OCDE ont-ils atteint cet objectif ? Quels obstacles ont-ils rencontrés ? Les services sont-ils aussi efficaces qu'ils pourraient l'être ? La plupart des débats de fond ont été dominés par la question du mode de financement des services requis. Les pays de l'OCDE mettent actuellement en place divers mécanismes permettant de financer les soins de santé et les services sociaux nécessaires et imposent au bénéficiaire

une charge financière plus ou moins lourde. Dans quelle mesure les mécanismes de financement actuels nuisent-ils à l'efficacité des soins ? Quels mécanismes nouveaux sont en voie d'élaboration ou en cours d'application ? Sera-t-il possible de développer les soins de longue durée sans renoncer en contrepartie à certains engagements qui ont été pris en matière de protection sociale ? Ce document prend sa source dans le memorandum proposé par l'OCDE à la 6ème conférence des Ministres européens sur la Sécurité Sociale. La conférence, sur la Dépendance et la Sécurité Sociale, a été organisée par le Conseil d'Europe à Lisbonne du 29 au 31 mai 1995 (Tiré de l'introduction).

Conditions de vie

31190

OUVRAGE

RODWIN (V.G.) / éd., GUSMANO (M.K.) / éd.
Growing older in world cities : New York, London, Paris and Tokyo.

L'augmentation des personnes vieillissantes dans les villes du monde : New York, Londres, Paris et Tokyo.

Nashville : Vanderbilt University Press : 2006 : 396p., tabl., carte

A3414

New York, London, Paris and Tokyo are the four largest cities among some of the wealthiest nations in the world. The essays commissioned for this volume compare what it is like to grow older in these cities with respect to health and quality of life, living arrangements and housing, and the provision of long-term care to older persons when they eventually become frail (4e de couverture.)

Emploi des séniors

29635

OUVRAGE

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Vieillesse et politique de l'emploi / Ageing and employment policies : France.

Paris : OCDE : 2005 : 171p., enc., graph., tabl.

A3316

Pour faire face au vieillissement rapide de la population, il est nécessaire de promouvoir de meilleures opportunités d'emploi pour les travailleurs âgés. On a déjà beaucoup fait état du

besoin de réformer les régimes de pension de retraite et de préretraite. Pourtant, cela ne sera sans doute pas suffisant en soi pour relever significativement les taux d'emploi des plus âgés ni pour réduire le risque futur de pénurie de travailleurs. Les autorités publiques et les entreprises doivent sans tarder prendre des mesures pour adapter la fixation des salaires à une main-d'œuvre plus âgée, pour s'attaquer aux discriminations du fait de l'âge et pour améliorer les qualifications et les conditions de travail des travailleurs âgés. Un changement d'attitude s'impose aussi de la part des individus quant au travail à un âge plus tardif et à l'acquisition de nouvelles compétences. On sait relativement peu de choses sur ce que les différents pays de l'OCDE sont en train de faire ou devraient faire dans ces domaines. Afin d'y remédier, l'OCDE a lancé une série de rapports sur une vingtaine de pays, dont la France. Chaque rapport national fait le tour des principales barrières qui existent concernant l'emploi des travailleurs âgés, évalue la pertinence et l'efficacité des mesures existantes pour contrer ces barrières et présente une série de recommandations sur les politiques que les autorités publiques et les partenaires sociaux devraient mener (4e de couverture).▲

30220

RAPPORT, FASCICULE

Série de mesures préconisées par l'OCDE pour améliorer l'emploi des séniors.

Paris : Liaisons Sociales : 2005/10/14, suppl. 1073 : 137p., graph.

B5148

<http://liaisons-sociales.coma> ⇨ Archives des compléments d'articles ⇨ Etudes et rapports (pour les abonnés).

Ce rapport présente une synthèse des principales mesures préconisées par l'ocde pour améliorer l'emploi des séniors. Il commence par passer en revue les défis auxquels sont confrontés les pays de l'OCDE du fait du vieillissement de la population et montre quelle peut être la contribution essentielle des séniors face à ces défis. La grande diversité qui existe dans la situation des séniors sur le marché du travail à la fois entre pays et à l'intérieur de chacun d'eux est aussi décrite dans le chapitre 1. Le chapitre 2 s'attache à recenser les principaux mécanismes désincitatifs et barrières qui jouent contre l'emploi des séniors. Les trois chapitres suivants sont consacrés à l'analyse des mesures que les pays ont prises pour lever ces barrières, ainsi que des problèmes clés auxquels les responsables publics sont confrontés. Le chapitre 3, précisément, passe en revue les principales mesures et

stratégies mises en œuvre par les pays pour éliminer les mécanismes désincitatifs vis-à-vis de l'activité et introduire plus de flexibilité dans les choix travail retraite. Les mesures destinées à encourager les employeurs à maintenir en activité et à embaucher des séniors font l'objet du chapitre 4, tandis que les politiques destinées à améliorer l'employabilité de cette catégorie de travailleurs font l'objet du chapitre 5. Le rapport présente en conclusion quelques remarques générales sur la mise en œuvre des politiques.▲

31086

DOCUMENT DE TRAVAIL

COTE (S.)

Policy Research Initiative. (P.R.I.). Toronto. CAN **Population aging and labour market reforms in OECD countries : key insights for Canada.** *Populations vieillissantes et réformes de l'emploi dans les pays de l'OCDE : quels enseignements pour le Canada ?*

Population aging and life-course flexibility.

Working paper series ; 003.

Ottawa : PRI : 2005/07 : 68p., tabl., fig., ann.

B5308

L'amélioration des perspectives d'emploi pour les travailleurs plus âgés est devenue une question d'actualité au Canada comme dans la plupart des pays de l'OCDE. Les diverses expériences internationales, et les stratégies adoptées pour y faire face, ont montré que la politique dans le domaine est complexe. L'enseignement clé dans le présent rapport est que la solution en termes de participation au marché du travail réside peut-être dans l'adoption d'une stratégie globale sur le vieillissement de la population. En fait, même en éliminant nombre des parcours institutionnels vers la préretraite et en relevant l'âge de la retraite, il reste encore des obstacles importants qui empêchent les travailleurs plus âgés de rester plus longtemps sur le marché du travail. Des mesures sur plusieurs fronts sont donc requises, ainsi qu'une bonne coordination entre les institutions compétentes et entre les agents socio-économiques, afin d'assurer une certaine cohérence parmi les initiatives et réformes lancées, tant du côté de la demande que celui de l'offre. Inversement, le vieillissement de la population, et le changement qu'implique ce phénomène, peut nous fournir l'occasion de reconsidérer nombre d'activités et de renouveler les pratiques de travail. Il faut prêter davantage attention à la façon dont nous pouvons utiliser, promouvoir et exploiter les diverses ressources que représentent les travailleurs plus âgés.

Politique vieillesse

28982

DOCUMENT DE TRAVAIL

LUNDSGAARD (J.)

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

Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care : how can it help improve care outcomes - employment and fiscal sustainability ?

Direction et choix des consommateurs en matière de soins de longue durée pour les personnes âgées, y compris le paiement des soins informels : comment cela peut-il améliorer les résultats en matière de soins, d'emploi et de viabilité fiscale ?

OECD Health Working Papers ; 20.

Paris : OCDE : 2005/05/11 : 49p., 76 graph., 4 tab.

B4880

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/62/34897775.pdf>

Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie augmentant, les efforts à leur intention destinés à leur permettre de continuer à vivre chez elles s'intensifient, dans la plupart des pays de l'OCDE. Dans cette logique du maintien à domicile, la tendance est à donner une liberté de choix de plus en plus grande aux personnes âgées qui bénéficient, chez elles, d'une aide et de services financés sur fonds publics. Dans cet ouvrage, on s'efforce :

- i) de classer et d'analyser les différents types de dispositifs destinés à offrir plus de choix aux utilisateurs de services à domicile, et de voir quelle place ces différents dispositifs occupent, dans les pays de l'OCDE ;
- ii) d'examiner les résultats en termes de flexibilité, de qualité des soins, de satisfaction et de conditions de vie des aidants ;
- iii) d'analyser les conséquences sur le plan de l'emploi et de la soutenabilité budgétaire.▲

30758

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANTOLIN (P.), OXLEY (H.), SUYKER (W.)

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

How will ageing affect Finland ?

Comment le vieillissement démographique affectera-t-il la Finlande ?

Economics department working papers ; 295
Paris : OCDE : 2001/05/18 : 43p., 6 enc., 13 graph., 5 tabl.

B5281

<http://www.oecd.org/dataoecd/33/35/1863374.pdf>

En Finlande, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, le vieillissement démographique est l'un des principaux défis que devront relever les pouvoirs publics à long terme. La première section de ce document examine l'ampleur de l'évolution démographique, les institutions concernées et l'effet qu'elles exercent sur la décision de départ en retraite. Compte tenu de l'augmentation prévue du nombre des personnes âgées au cours de prochaines années, on passera en revue différents aspects de leur situation économique et des soins de santé qu'il faudra assurer. La section suivante traite de l'incidence que l'évolution démographique aura sur les finances publiques : le coût du système de pensions augmentera d'un tiers et il est probable que les dépenses de soins de santé et le coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes augmenteront aussi. La dernière section décrit les mesures qui pourraient être prises pour faire face au vieillissement de la population (Résumé d'auteur). ▲

30759

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANTOLIN (P.), SUYKER (W.)

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

How should Norway respond to ageing ?

Comment la Norvège devrait-elle réagir au phénomène de vieillissement démographique ?

Economics department working papers ; 296
Paris : OCDE : 2001/05/17 : 38p., 1 ann., 4 enc., 10 graph., 6 tabl.

B5282

En Norvège, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, le vieillissement de la population posera un problème sérieux, mais il sera moins préoccupant qu'ailleurs. De plus, ce pays bénéficie d'une position de départ enviable : les taux d'emploi des personnes âgées sont parmi les plus élevés de la zone de l'OCDE, les dépenses au titre des pensions sont pour l'instant relativement faibles, et d'importants actifs financiers ont été accumulés au Fonds pétrolier de l'État. Néanmoins, du fait de la montée en régime du système de pensions, les dépenses à ce titre rapportées au PIB connaîtront, en raison du vieillissement de la population, l'une des augmentations les plus importantes de la zone de

l'OCDE au cours des 50 prochaines années si rien n'est fait pour y remédier. C'est la raison pour laquelle, après avoir tenté de déterminer l'ampleur de l'évolution démographique, le présent document examine les institutions pertinentes et leur incidence sur la décision du départ en retraite. Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées, différentes questions sont abordées concernant leur situation économique et les soins de santé dont elles auront besoin. La section suivante analyse l'incidence budgétaire du vieillissement de la population : le coût du système de pensions fera plus que doubler, tandis que les dépenses de santé des personnes âgées ont de fortes chances de s'élever sensiblement. La dernière section est consacrée aux possibilités d'action qui s'offrent aux pouvoirs publics face au vieillissement de la population, et examine le point de savoir s'il conviendrait d'utiliser la richesse pétrolière pour financer le système de pensions (Résumé d'auteur). ▲

30760

DOCUMENT DE TRAVAIL

CASEY (B.), OXLEY (H.), WHITEHOUSE (E.), ANTOLIN (P.), DUVAL (R.), LEIBFRITZ (W.)

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

Policies for an ageing society : recent measures and areas for further reforms.

Politiques pour une société vieillissante : mesures récentes et secteurs à réformer.

Economics department working papers ; 369

Paris : OCDE : 2002/11/20 : 102p., 4 ann., 2 enc., 10 graph., 25 tabl.

B5283

[http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/89537a32cf5f8b82c1256de40053c7bc/\\$FILE/JT00154271.PDF](http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/89537a32cf5f8b82c1256de40053c7bc/$FILE/JT00154271.PDF)

Ce document présente une synthèse des évolutions et des politiques liées au vieillissement pour un ensemble de pays de l'OCDE, basée sur des travaux récents de l'OCDE. Il décrit l'impact prévu du vieillissement sur les dépenses et les pressions budgétaires en tenant compte de la configuration actuelle des politiques liées au vieillissement. Dans la mesure où le recul de l'âge de la retraite est un moyen essentiel pour alléger le poids du vieillissement, ce papier examine certains indicateurs d'incitation à la retraite anticipée par le biais de systèmes de retraite et d'autres programmes de transferts sociaux permettant aux individus approchant de la retraite de quitter plus tôt le marché du travail. Ce rap-

port étudie les différents types de réformes liées au vieillissement mises en place jusqu'à présent, ainsi que les domaines dans lesquels des réformes supplémentaires seraient nécessaires (Résumé d'auteur).



Soutien domicile

30211

FASCICULE

JENSON (J.), JACOBZONE (S.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Education - Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.E.L.S.A.). Paris. FRA

Allocations de soins pour les personnes âgées dépendantes et leur impact sur les aidants informels féminins.

Paris : OCDE : 2000/07 : 75p., 2 ann., 1 graph., 13 tabl.

P179

[http://www.olis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD\(2000\)2](http://www.olis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2000)2) - [http://www.olis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c12568d1006e03f7c1256919005b180c/\\$FILE/00080860.PDF](http://www.olis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c12568d1006e03f7c1256919005b180c/$FILE/00080860.PDF)

Ce rapport discute de l'impact pour les aidants informels féminins des allocations de soins. Ces programmes qui impliquent des formes de paiement pour les soins dans un contexte de soins informels, ont été récemment introduits dans plusieurs pays membres de l'OCDE. Tandis que leur but principal a été d'aider des personnes âgées ayant besoin de soins, leurs conséquences pour les personnes procurant les soins méritent aussi d'être analysées. L'essentiel des soins informels est procuré par des aidants féminins. Dans cette mesure, les systèmes de soins dépendance impliquent des partenariats entre les systèmes de soins formels, l'État et la famille, afin d'offrir un continuum de soins. Ceci rend aussi l'analyse très complexe. L'objectif principal de cette étude est de répondre à la question : quel est l'impact pour les aidants féminins de divers modèles d'allocation de soins pour les personnes âgées dépendantes? Ces allocations de soins compensatrices ont été principalement mises en place pour répondre aux besoins des personnes âgées en termes de soins, mais également pour offrir une compensation pour les responsabilités de soins. A côté de ces objectifs initiaux, l'étude examine premièrement comment ces nouvelles prestations peuvent représenter un tournant vers la famille dans la distribution des responsabilités sociales entre l'État, la fa-

mille et le marché. Deuxièmement, ce rapport analyse l'impact des nouvelles prestations pour les soins sur les femmes, dans leur rôle d'aidants tant formels qu'informels. Pour chaque prestation, trois questions sont posées : Qui procure les soins ? Comment la prestation est-elle payée ? Comment la prestation est-elle utilisée ? Pour répondre à ces questions, l'étude compare les prestations et les paiements pour les soins et les autres arrangements pour les soins informels dans un ensemble de pays de l'OCDE sélectionnés parce qu'ils offrent ce type de prestation. Ces pays sont l'Australie, l'Autriche, le Canada, la Finlande, la France, l'Allemagne et le Japon. De surcroît, ce rapport utilise aussi des sources plus larges pour situer les résultats dans un cadre général. Dans la réponse aux questions, l'étude examine l'impact des prestations de soins sur les incitations des femmes pour entreprendre un travail de soins, affectant dès lors la participation à l'emploi formel payé des femmes d'âge actif. Les prestations de soins se répartissent en deux catégories, de compensation monétaire de court terme, avec une prestation en espèces ou en nature, et de compensation monétaire de long terme offrant l'accès à des droits sociaux dérivés ou des services de soutien (tiré du résumé d'auteur).

Vieillesse

30768

FASCICULE

JACOBZONE (S.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Education - Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA ***Vieillesse et soins aux personnes âgées dépendantes : vue d'ensemble des perspectives internationales.***

Paris : OCDE : 1999 : 49p., 8 graph., 8 tabl.

P179

[http://www.oecd.org/OLIS/1999DOC.NSF/c16431e1b3f24c0ac12569fa005d1d99/fa7155d69f3d34f7c125675900495ff3/\\$FILE/04E94698.DOC](http://www.oecd.org/OLIS/1999DOC.NSF/c16431e1b3f24c0ac12569fa005d1d99/fa7155d69f3d34f7c125675900495ff3/$FILE/04E94698.DOC)

Cet article examine les diverses contraintes, liées à la rapide croissance du nombre de personnes âgées dépendantes, auxquelles les pays membres de l'OCDE doivent maintenant faire face. Il prête une attention particulière aux tendances récentes d'évolution de l'incapacité. La plupart des données internationales disponibles semblent montrer une amélioration de l'état de

santé fonctionnel des populations âgées, cependant, l'ampleur de ces gains et leur signification nécessite une évaluation plus approfondie. Dans ce contexte, cet article préconise une approche du " vieillissement actif " aux politiques de soins de longue durée. Il fournit quelques évaluations grossières des coûts macro-économiques de ces soins. Il présente également quelques indicateurs sur les financements publics/privés, ainsi que des taux d'institutionnalisation. On estime que les coûts du financement public des soins de longue durée sont relativement modestes en proportion du PIB (de l'ordre de 1 ou 2 pour cent maximum). Cependant, une certaine partie de ces soins est assurée par des dispositifs d'aides informels qui n'apparaissent pas dans les chiffres officiels. Une approche du vieillissement actif exige une offre de soins de longue durée mieux intégrée avec d'autres politiques sociales, non seulement pour stimuler l'efficacité, mais aussi pour permettre un accès au soins équitable pour tous, et en particulier pour ceux qui ont les besoins les plus importants (Traduit du résumé d'auteur).

GROUPES DE POPULATION

Enfants

30549

RAPPORT

CLEMENT (M.E.) , CHAMBERLAND (C.), COTE (L.) , DUBEAU (D.) , BEAUVAIS (B.)

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Direction Santé Québec. Québec. CAN

La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004.

Québec : Institut de la Statistique du Québec : 2005/11 : 162p., tabl., graph., fig.

B5214

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/ViolenceFamiliale2004liminaires.pdf>

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/ViolenceFamiliale2004chapters.pdf>

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/ViolenceFamilialeAnnexes.pdf>

Seconde édition d'une enquête provinciale sur les attitudes et les conduites parentales relatives à la discipline des enfants, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004 présente l'état de la situation et son évolution quinquennale. La prévalence annuelle de la

discipline non violente, de l'agression psychologique, de la violence physique mineure et de la violence physique sévère envers les enfants de 0 à 17 ans est estimée à partir d'une série d'indicateurs composant le Parent-Child Conflict Tactics Scales. De plus, les facteurs associés à ces conduites à caractère violent sont examinés, dont l'âge et le sexe de l'enfant, les caractéristiques socio-économiques des parents, leurs attitudes quant à la punition corporelle, les expériences de discipline vécues dans leur enfance et la présence de violence conjugale. Les pères et les mères sont comparés quant à leurs attitudes et aux facteurs associés aux conduites à caractère violent qu'ils déclarent. ▲

30550

RAPPORT

DESROSIERS (H.) / dir.

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Direction Santé Québec. Québec. CAN

Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans.

Québec : ISQ : 2005/10 : 152p., tabl., graph., ann.

B5215

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_liminaires.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap1.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap2.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap3.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap4.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap5.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap6.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap7.pdf

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_annexes.pdf

Réalisée au printemps 2002 et menée dans le cadre de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2011), l'Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans permet de produire, pour la première fois au Québec, des données fiables sur divers aspects de l'alimentation des enfants avant leur entrée dans le système scolaire. Cette publication présente tour à tour les caractéristiques des enfants et de leur famille, dont la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants, les apports en énergie et en nutriments ainsi que la consommation de divers groupes

d'aliments. On y aborde également certains comportements en matière d'alimentation et le contexte des repas. Conjugées aux résultats du volet nutrition de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (ESSEA) publiés en 2004, les données contenues dans ce rapport pourront servir à mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du Programme national de santé publique 2003-2012 tels que l'augmentation de la consommation quotidienne de fruits et de légumes et la prévention de l'excès de poids et de l'obésité chez les enfants. ▲

30551

RAPPORT

DROUIN (C.) / dir., FOURNIER (C.) / dir.,

DESROSIERS (H.) / dir.

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Direction Santé Québec. Québec. CAN

Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs : enquête Grandir en qualité 2003.

Québec : ISQ : 2004/05 : 597p., tabl., graph., ann.

B5216

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/grandir_qualite_pdf.htm

L'enquête Grandir en qualité 2003 répond à un besoin actuel en dressant un portrait représentatif de la qualité des services de garde éducatifs régis offerts aux enfants québécois âgés de 0 à 5 ans. La mesure de la qualité utilisée dans l'enquête est fondée sur l'approche éducative du programme mis de l'avant par le gouvernement québécois, ce qui ajoute à la pertinence des résultats. L'enquête a la particularité de présenter les mesures de qualité pour cinq types de services définis selon la structure administrative et réglementaire du réseau québécois. L'analyse traite aussi de la qualité dans son ensemble et selon quatre dimensions reflétant les domaines d'application des principes à la base du programme éducatif. Par ailleurs, de nombreux renseignements fournis par l'enquête permettent l'étude des liens entre la qualité et les caractéristiques de l'environnement de garde éducatif des enfants. ▲

30696

RAPPORT

Union des Familles en Europe. (U.F.E.). Meylan. FRA

Comment les enfants pauvres sont-ils traités par les minima sociaux.

Meylan : UFE : 2006/01 : 29p.

B5272

<http://www.uniondesfamilles.org/enfant-pauvres.pdf>

L'Union des familles en Europe (UFE) examine dans ce rapport, comment les minima sociaux traitent les enfants pauvres en France. Si la période 1998 - 2005 a vu quelques progrès pour les enfants pauvres, notamment grâce au rééquilibrage des allocations logement autrefois très défavorables aux familles, le montant de ces allocations de logement reste notoirement insuffisant. Les prestations familiales versées par l'Etat, en effet, aux enfants bénéficiaires des minima sociaux sont inférieures à ce qu'il leur verserait si leur parent gagnait le SMIC, était chômeur de longue durée ou handicapé. Autre conclusion : les enfants sont sensiblement moins bien traités que les adultes. Ceux qui ont leurs deux parents sont encore plus défavorisés...▲

31088

DOCUMENT DE TRAVAIL

LINK (C.)

University of Delaware. Alfred Lerner College of Business & Economics. Department of Economics. USA

Why does the relationship between economic status and child health strengthen for older children in the U.S.? Evidence from the medical expenditures panel survey and the panel study of income dynamics.

Pourquoi la relation entre le statut économique et la santé de l'enfant se renforce pour les enfants plus âgés aux Etats-Unis ? Evidence issue de l'enquête panel sur les dépenses médicales et de l'étude panel sur les dynamiques de revenu.

Working Paper Series ; n° 2005-18.

Delaware : University of Delaware : 2005 : 29p., 4 tabl., fig.

B5309

<http://www.lerner.udel.edu/economics/Working-Papers/papers/paper2005-18.pdf>

Case, Lubotsky, and Paxson (2002), using cross-sectional data, found a positive relationship between health and income and that the income relationship becomes more protective of children from higher income families as children age. Currie and Stabile (2003) point out that panel data allow the researcher to differentiate between the mechanisms underlying this relationship. Using a panel of Canadian children, they find that low-SES children respond to health shocks in the same way as high-SES children but that low-SES children, compared to high-SES children, are subject to more shocks as they age. To our knowledge we are unaware of any

studies of the gradient that use panels of U.S. children. Our study utilizes the Medical Expenditures Panel Survey and the Child Development Supplements of the PSID. Our results for U.S. children are contrary to those found for children in Canada.



Exclusion sociale

29583

CHAPITRE

CAMBOIS (E.)

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

Les personnes en situation sociale difficile et leur santé.

Les travaux 2003-2004.

Paris : ONPES : 2004 : 101-126

B4971

http://www.social.gouv.fr/htm/pointsur/onpes/trav_03_04.htm

La précarité sociale résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et difficultés diverses. Ces ruptures et conditions de vie passées et présentes induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent. Elles rendent moins à même les personnes de repérer et de soigner ces problèmes de santé, qui s'aggravent et se cumulent. Entre consultations tardives et renoncements, ce type de recours aux soins limite aussi les chances de guérison et de récupération. Ces personnes cumulent difficultés sociales, problèmes de santé et de soins, et on perçoit à quel point les parcours de vie défavorables et les processus qui mènent à la mauvaise santé sont intriqués, depuis l'enfance. La diversité des déterminants en cause souligne la nécessité d'une réponse plurielle au problème " précarité-santé " et le besoin de prendre en compte de manière globale les contextes sociaux susceptibles de limiter l'efficacité des filières et soins courants (Introduction de l'auteur). ▲

29637

RAPPORT

Secours Catholique. Paris. FRA

1994-2003 : les familles face à la pauvreté et l'exclusion.

Paris : Secours Catholique : 2005/05 : 17p., 6 graph., 15 tabl.

B5005

http://www.secours-catholique.asso.fr/v3/une/une_actualitefrance_604.htm - [Quoi de neuf, Doc ?](http://www.se-</p></div><div data-bbox=)

cours-catholique.asso.fr/v3/pdf/pauvrete_1994_2003.pdf

A l'occasion de la tenue de la Conférence Nationale de la famille 2005 intitulé " Famille, vulnérabilité, pauvreté ", le Secours Catholique présente un document sur l'évolution des situations de pauvreté des familles, rencontrées par son réseau depuis 10 ans. Il apporte des informations sur l'évolution du profil des familles rencontrées qui s'est inversé en 10 ans. Le Secours Catholique a également construit un indice de fragilité pour pouvoir situer les familles entre elles, et évaluer les périodes de la vie où ces familles (famille monoparentales, couples avec enfants, couples avec trois enfants) sont le plus vulnérables. L'étude analyse également les situations des familles face à l'emploi, les revenus et le " reste à vivre " des familles, la fréquence et le montant des impayés rapporté au revenu, puis le niveau de formation des familles, toujours pour trois modèles familiaux : familles monoparentales, couples avec deux enfants, couples avec trois enfants ou plus.▲

31121

RAPPORT

MORASSE (J.- A.), GAUTHIER (H.) / *coord.*, JEAN (S.) / *coord.*, COUCHESNE (C.) / *dir.*, roy (M.-R.) / *dir.*

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Québec. CAN

Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale.

Québec : ISQ : 2005/10 : 94p.,

B5323

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2005/IndicatPauvre2005.pdf>

L'Institut de la statistique du Québec présente, en collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, l'Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Cette publication inventorie les divers indicateurs permettant de définir et de mesurer la pauvreté. Elle constitue un outil susceptible d'éclairer le choix des indicateurs qui permettront de suivre l'évolution de la situation et d'évaluer l'incidence des mesures, des énoncés de politique et des programmes gouvernementaux sur les plus démunis, et reflète l'état actuel des connaissances dans le domaine. L'inventaire comporte deux objectifs : d'abord, couvrir tous les aspects de la pauvreté et les différents angles sous lesquels on peut l'aborder. Il vise également à ouvrir de nouvelles pistes en présentant non seulement les indicateurs déjà calculés au Québec, mais aussi ceux qu'on utilise ailleurs et qui pourraient faire l'objet de compilations éventuelles, en vue

d'élargir l'éventail des statistiques disponibles. Au regard de chaque indicateur, une fiche descriptive fournit la définition, la source des données, la fréquence de disponibilité des données, les unités territoriales pour lesquelles ces données existent, des commentaires sur ses avantages et désavantages ainsi qu'un exemple de résultats. L'inventaire recense plus de 67 indicateurs et indices : 32 d'entre eux sont des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale, 29 autres s'y rapportent et 6 sont des indices de développement social. L'annexe présente également les indicateurs de Laeken (Union européenne). Consulté en tandem avec son complément qu'est le Recueil statistique sur la pauvreté et les inégalités socioéconomiques au Québec, l'Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale constituera un outil essentiel à tout lecteur qui s'intéresse à ces sujets (Tiré du résumé d'auteur).▲

31140

RAPPORT

Institut Montaigne. (I.M.). Paris. FRA

Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise.

Paris : Institut Montaigne : 2006/02 : 124p.

B5339

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

" Ne faites donc pas comme l'avare, qui perd beaucoup pour ne vouloir rien perdre ", avertisait Montaigne. N'est-ce pas justement ce que font bien des entreprises qui rechignent à embaucher des hommes et des femmes victimes de la pauvreté et de l'exclusion, mais parfaitement employables ? Recruter aussi sur ce type de profil, augmenter l'employabilité des intéressés et s'assurer de leur bonne intégration peut pourtant s'avérer rentable. Du point de vue de l'entreprise, lutter contre l'exclusion et la pauvreté relève donc autant de l'intérêt bien compris que de la générosité. C'est ce que démontre le groupe de travail " Précarité et exclusion " de l'Institut Montaigne qui, après un diagnostic fouillé, formule ici des propositions concrètes s'adressant au décideur public, à qui il incombe de lever certains blocages, mais aussi aux chefs d'entreprises dont les pratiques peuvent et doivent évoluer et les préjugés tomber.▲

31208

RAPPORT

GRASS (E.), MAIGNE (G.)

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Ex-

clusion Sociale. (O.N.P.E.S.). Paris. FRA
**Rapport de l'Observatoire National de la
Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2005-2006.**
Paris : la documentation française ; ONPES :
2006 : 164p.

B5350

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/
BRP/064000163/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000163/0000.pdf)

Ce quatrième rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) présente, conformément à sa mission, un certain nombre de données significatives relatives aux situations de pauvreté et d'exclusion sociale. Il s'agit d'indicateurs et de statistiques, mais aussi d'analyses et d'études sur l'accès aux droits fondamentaux des personnes en situation de pauvreté.



Inégalités sociales

29604

RAPPORT

BABB (P.), MARTIN (J.), HAEZEWINDT (P.)

Office for National Statistics. (O.N.S.). Newport. GBR

Focus on social inequalities : 2004.

Regard sur les inégalités sociales : 2004.

London : Stationary office : HMSO : 2004 : 112p., ann., graph., tabl.

B4997

[http://www.statistics.gov.uk/downloads/
theme_compendia/fosi2004/
SocialInequalities_full.pdf](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/fosi2004/SocialInequalities_full.pdf)

Ce rapport fait suite à une première édition publiée en 2000 sur les inégalités sociales. Ces deux documents ont été réalisés pour répondre aux demandes croissantes de statistiques sur les inégalités, la pauvreté, la "précarisation" (déprivation) et l'exclusion sociale. Cette édition rassemble de nombreuses données évolutives tirées de sources diverses, afin de discerner quels sont les aspects des inégalités qui baissent ou augmentent. Destiné à un grand public, celui-ci présente les statistiques sous forme de graphiques, de tableaux et de commentaires accessibles. Il est difficile d'analyser tous les aspects des inégalités sociales. Aussi, l'information porte sur une sélection de thèmes. Le rapport reprend certains des sujets abordés dans la précédente édition de 2000 (éducation, revenu, niveaux de vie et emploi), mais il comprend deux nouveaux thèmes : inégalités de santé et participation sociale.▲

29816

DOCUMENT DE TRAVAIL

GAMBIN (L.)

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

**The impact of health on wages in Europe :
does gender matter ?**

*L'impact de la santé sur les salaires en Europe :
le genre importe-t-il ?*

HEDG Working Paper;05/03

York : HEDG : 2005/06 : 31p., 9 tabl.

B5079

[http://www.york.ac.uk/res/herc/pdfs/wp/
05_03.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/pdfs/wp/05_03.pdf)

Si l'impact du revenu sur la santé a été souvent analysé dans la littérature, l'impact de la santé sur les salaires l'a beaucoup moins été. Il est encore plus rare de trouver une étude sur les éventuelles différences hommes / femmes concernant l'influence de la santé sur les revenus. Or il y a tant de divergences, dans les pays industrialisés, entre les hommes et les femmes face aux revenus et à la santé, que l'étude de l'interaction santé et revenus, et comment ces liens diffèrent selon le genre, apporte un réel plus à la compréhension des relations complexes entre santé et marché du travail. Ainsi, la présente étude a tenté d'observer ces liens à partir des données des huit vagues du Panel Communautaire Européen des Ménages (European Community Household Panel - ECHP) de 1994 à 2001, qui portaient sur des adultes âgés de 24 à 64 ans dans quatorze pays. Les résultats font état d'une différence de genre en association avec la santé et les salaires dans plusieurs pays. Cependant, ces différences n'ont pas la même ampleur. Pour un certain nombre de pays, la différence de genre n'est pas significative. Mais globalement, la santé perçue a un impact plus important sur les salaires des hommes que sur ceux des femmes, tandis que les maladies chroniques ont plus d'impact pour le revenu des femmes. Les plus importantes différences de genre semblent exister en France, au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni.▲

30672

DOCUMENT DE TRAVAIL

OREOPOULOS (P.)

Policy Research Initiative. (P.R.I.). Toronto. CAN, University of Toronto. Toronto. CAN

**A critique on Neighbourhood Effects in
Canada.**

Examen critique des effets de voisinage (ou de quartier) au Canada.

New approaches for addressing poverty and exclusion.

Policy Research Initiative Working Paper Series.
Ottawa : PRI : 2005/08 : 43p., tabl.

B5242

http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs&langcd=F

Le rapport présente un aperçu des grandes questions et des principaux constats concernant l'importance des effets des quartiers au Canada. Ce sujet attire de plus en plus l'attention parce que, d'une part, un nombre sans cesse grandissant de chercheurs et de décideurs s'intéressent aux réseaux sociaux et, d'autre part, les grandes villes sont de plus en plus cosmopolites. Alors que la majorité des programmes sociaux s'adressent à la personne ou au ménage, les programmes pourraient être plus efficaces s'ils ciblaient les membres d'une communauté en particulier plutôt que de cibler l'ensemble des citoyens. Par exemple, décourager quelques personnes de commettre un crime peut faire en sorte que les résidents d'un quartier se sentent plus en sécurité ou encore, aider certains citoyens à trouver un emploi peut inciter d'autres personnes à faire de même. ▲

31128

DOCUMENT DE TRAVAIL

CUTLER (D.M.), LANDRUM (M.B.), STEWART (K.A.)

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

How do the better educated do it ? Socioeconomic status and the ability to cope with underlying impairment.

Comment les personnes plus instruites font-elles ? Statut socio-économique et capacité à faire face à un handicap sous-jacent.

NBER Working Paper Series ; n° 12040.

Cambridge : NBER : 2006/02 : 19p., 14 tabl., 8 fig.

P193

There is a pronounced gradient in disability across socioeconomic groups, with better educated and higher income groups reporting substantially less disability. In this paper, we consider why that is the case, focusing on impairments in basic physical and cognitive aspects of living for the elderly. Our empirical work has two parts. First, we consider how much of this gradient in disability is a result of underlying differences in functioning versus the ability to cope with impairments. We show differences in functioning are the major part of the difference in disability, but both are important. Second, we consider how the better educated elderly cope with disability. Better educated people use substantially more assistive technology than the less educated and

are more likely to use paid help. But use of these services is not the primary reason that the better educated are better able to cope. We conclude with thoughts about other potential factors that may explain differential coping. ▲

31142

OUVRAGE

BUDRYS (G.)

Unequal health : how inequality contributes to health or illness ?

Santé inégale : comment l'inégalité contribue à la santé ou la maladie ?

Oxford : Rowman & Littlefield Publishers : 2003 : 270p., tabl., index

A3410

This book introduces students and researchers to the wealth of scientific information about health disparities among Americans. While the scientific research has burgeoned in recent years, the results are upsetting some firmly fixed beliefs regarding what people can or should do to improve their health. Unequal Health contrasts popular beliefs about the relevance of such factors as sex, race, poverty, and health habits with research on those factors reported in the scientific literature. Budrys extends her analysis to more complicated topics, namely, access to medical care, genetics, and stress. The final chapters of the book switch from a focus on the health of individuals to the health profile of whole populations. These chapters deal with research on the relationship between social inequality and health status generally identified as social epidemiology or the study of population health. Budrys' synthesis of key research challenges basic tenets of the American belief system that promote the idea that all of us could improve our health significantly if we simply chose to do so. Her books shows health and well-being in America are directly tied to economic status--a relationship that extends well beyond obvious explanations related to poverty. ▲

31234

RAPPORT

MACKENBACH (J.P.)

University Medical Center Rotterdam. Department of Public Health. Erasmus MC. Rotterdam. NLD, Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

C.C.E.

Health inequalities : Europe in profile.

Inégalités de santé : l'Europe en portrait.

Rotterdam : Erasmus MC : 2006/02 : 46p., tabl., graph.

B5375

www.fco.gov.uk/Files/kfile/Hi_EU_Profile,0.pdf

At the start of the 21st century, all European countries are faced with substantial inequalities in health within their populations. People with a lower level of education, a lower occupational class or a lower level of income tend to die at a younger age, and to have a higher prevalence of most types of health problems. This report was written at the request of the UK Presidency of the European Union, and aims to review the evidence on the existence of socioeconomic inequalities in health in the European Union and its inequalities in self-assessed health in 19 countries, and on inequalities in smoking in 24 countries.▲

31235

RAPPORT

JUDGE (K.), PLATT (S.), COSTONGS (C.), JURCZAK (K.)

Department of Health. (D.O.H.). London. GBR
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.). Bruxelles. BEL

Health inequalities : a challenge for Europe.
Inégalités de santé : un challenge pour l'Europe.
London : Department of Health : 2006/02 : 50p., tabl., ann.

B5374

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/83/04121583.pdf>

Health inequalities are increasingly recognised as an important public-health issue throughout Europe. As a result of the growing recognition of the problem, many countries are responding by developing public policies in a wide variety of ways. The primary aim of this independent report, which was commissioned by the UK Presidency of the EU, is to review national-level policies and strategies - that either have been or are in the process of being developed to tackle health inequalities - and to reflect on the challenges that lie ahead. In doing so, it primarily focuses on socio-economic inequalities in health. No EU member state has yet made a concerted effort to implement the most radical approach to health inequalities, namely a reduction in the health gradient, whereby health is related to the position of social groups (and individuals within these groups) at every level within society. We suggest that EU member states should consider the potential advantages to society as a whole that might result from the adoption of this wider frame. One of the many issues that needs further thought in the future relates to the value of targets in national policy-making related to health inequality.



Logement

30222

RAPPORT

Secours Catholique. Paris. FRA

Logement : révélateur d'exclusion : statistiques d'accueil 2004.

Paris : Secours Catholique : 2005 : 20p., 7 tabl., 5 graph.

B5150

http://www.secours-catholique.asso.fr/v3/pdf/rapport_statistique_2004.pdf

Pour la onzième année consécutive, le Secours Catholique publie son rapport statistique sur la pauvreté en France. Il dénonce des insuffisances et des anomalies qui, dans le rapport de cette année, concernent spécialement le logement. Avec le but de réformer et de promouvoir ce facteur d'insertion indispensable, la disposition d'un toit adapté à ses besoins (Résumé d'auteur).▲

30223

RAPPORT

Secours Catholique. Paris. FRA

Logement : révélateur d'exclusion : Dossier de presse - statistiques d'accueil 2004.

Paris : Secours Catholique : 2005 : 22p., tabl., graph.

B5150/2

http://www.secours-catholique.asso.fr/v3/pdf/dossier_presse_rs_2004.pdf

Ce dossier de presse présente le onzième rapport statistique sur la pauvreté en France édité par le Secours Catholique. Il dénonce des insuffisances et des anomalies qui, dans le rapport de cette année, concernent spécialement le logement. Avec le but de réformer et de promouvoir ce facteur d'insertion indispensable, la disposition d'un toit adapté à ses besoins (Résumé d'auteur).▲

30537

RAPPORT

Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées. (H.C.L.P.D.). Paris. FRA

Face à la crise : une obligation de résultat : 11ème rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

Paris : HCLPD : 2005/12 : 124p.

B5206

http://www.hlm.coop/IMG/pdf/hclpd_2005.pdf

Dans son 11ème rapport, le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées fait tout d'abord le point sur trois phénomènes liés aux processus d'exclusion en matière de logement.

Le Haut comité propose de construire un droit au logement opposable pour assurer une "obligation de résultat" de la part de l'Etat et des collectivités locales. La deuxième partie du rapport est spécifiquement consacrée à la question du logement des personnes atteintes de troubles psychiques.▲

31016

RAPPORT

ETIENNE (R.) / préf.

Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés. (F.A.P.L.D.). Paris. FRA

L'état du mal logement en France : rapport annuel 2006.

Paris : Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés : 2006 : 280p., tabl.

B5293

http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml_2006.pdf

Dans cette nouvelle édition du Rapport de la Fondation sur l'état du mal-logement, on trouvera une réflexion sur les causes ayant selon elle entraîné les événements dramatiques qui ont émaillé l'année 2005 : incendies dans les hôtels meublés, violences dans les banlieues, en particulier. On trouvera aussi une dénonciation des nombreux clignotants qui sont au rouge : hausse des demandes d'expulsion, augmentation des dépenses liées au logement dans le budget des ménages, baisse des efforts de la collectivité en faveur du logement. Alors que la résistance de près de la moitié des communes concernées par la loi SRU se durcit, on ne peut que s'inquiéter face à la pénurie persistante d'une offre de logements à loyers accessibles. Parmi les publics que la crise du logement fragilise de plus en plus, la Fondation a choisi cette année de mettre l'accent sur les jeunes, qui cumulent précarité économique et difficultés d'accès ou de maintien dans le logement. Ce phénomène particulièrement alarmant est étayé par de nombreux témoignages recueillis sur l'ensemble du territoire : des récits de vies en suspens, des interrogations angoissées sur la volonté réelle de notre société de les intégrer.



Nutrition

29744

RAPPORT

CAILLAVET (F.), DARMON (N.), LHUISSIER (A.), REGNIER (F.)

L'alimentation des populations défavorisées en France : synthèse des travaux dans les

domaines économique, sociologique et nutritionnel.

Paris : ONPES : 2005/01 : 36p., 3 tabl.

B5050

<http://www.social.gouv.fr/hm/pointsur/onpes/caillavet.pdf>

L'alimentation et le statut nutritionnel font partie du diagnostic des formes de pauvreté et des populations à risques. Cette synthèse des travaux français montre que cette question a davantage été abordée par la nutrition que par les sciences sociales. Pourtant, l'effet du revenu est avéré dans de nombreux aspects de la consommation alimentaire : part supérieure de l'alimentation dans le budget des plus pauvres (22 % dans le premier décile de revenu contre 15 % dans le dernier), plus faible variété de produits consommés, plus grande résistance à l'information nutritionnelle... On sait que la population monétairement pauvre privilégie la consommation au domicile (85 % des dépenses alimentaires contre 70 %), a davantage recours à l'autoconsommation (8 % de la valeur de la consommation alimentaire contre moins de 2 %), consomme des quantités moindres de fruits et légumes et de poisson. Les rares études économiques réalisées sur la consommation d'aliments particuliers suggèrent une plus forte sensibilité aux variations de prix et une moindre flexibilité dans les substitutions entre produits. Dans le cas français, les achats de fruits et légumes frais varieraient moins face aux variations de prix et de revenu pour la population monétairement pauvre. Pour les corps gras, l'effet de l'éducation peut s'opposer à celui du revenu. Les travaux sociologiques mettent en évidence l'hétérogénéité de la population défavorisée et des stratégies alimentaires, notamment dans les logiques d'approvisionnement, convergeant pourtant vers une monotonie alimentaire. Face à de fortes contraintes, l'alimentation peut devenir un facteur d'isolement. Le statut socio-économique apparaît comme un déterminant majeur des différences au niveau des quantités consommées par type d'aliments, des micronutriments, et du statut vitaminique et minéral. L'épidémiologie s'est penchée depuis longtemps sur le lien entre nutrition et inégalités de santé, et s'est focalisée récemment sur l'obésité. Les études épidémiologiques devancent les travaux sociologiques sur ce thème, encore embryonnaires en France, comparés aux travaux anglo-saxons. Ces recherches sociologiques s'intéressent d'une part aux déterminants sociaux de l'obésité (sur-représentation de l'obésité dans les milieux défavorisés) et d'autre part à ses conséquences. La convergence de ces études amène à élargir le champ des critè-

res d'appréciation de la pauvreté et devrait permettre d'élaborer des politiques publiques contre la pauvreté incluant la dimension sociale de l'alimentation et la prévention nutritionnelle (Résumé d'auteur).

Personnes handicapées

30529

RAPPORT

GOHET (P.), KOMPANY (S.)

Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées. (D.I.P.H.). Paris. FRA

Le marché des aides techniques.

Paris : DIPH : 2005/05 : 113p.

B5203

http://www.fisaf.asso.fr/uploads/_fisaf/referencce/

Marche_des_aides_techniques_mai_2005.pdf

La politique du handicap est l'une des trois priorités du Président de la République. Bien évidemment, dans le cadre de cette politique du handicap, la question des aides techniques est centrale. Il s'agit de les définir plus précisément encore, mais aussi d'établir le champ de leur prise en charge par la solidarité collective. Mais il s'agit aussi d'un véritable marché, avec ses originalités, ses difficultés, ses réussites et ses potentiels. Le rapport s'appuie sur des comptes rendus de réunions, colloque et autres groupes de travail.▲

30530

RAPPORT

CHOSSY (J.F.)

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

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 153p.

B5204

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i2758.pdf>

Politique défavorisés

31119

RAPPORT

Centre pour l'égalité des chances et la lutte con-

tre le racisme. Service de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Bruxelles. BEL

Abolir la pauvreté : une contribution au débat et à l'action politiques.

Bruxelles : Chancellerie du Premier Ministre : 2005/12 : 96p.

B5322

http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport3/rapport3_2006_FR.pdf

Tendre vers l'abolition de la pauvreté est une entreprise complexe et collective, qui exige la mobilisation de chacun. A l'échelle de ses compétences, le Service de lutte contre la pauvreté, de la précarité et de l'exclusion sociale entend apporter " une contribution au débat et à l'action politique ". Pour chaque sujet abordé, les textes vont du général au particulier : une orientation globale est déclinée en une série de résolutions pour lesquelles des pistes concrètes d'action sont proposées. Par ailleurs, bien que la sécurité sociale ne soit pas abordée comme un thème, elle est omniprésente dans le rapport, traversant plus particulièrement les orientations sur le revenu, la fiscalité, le travail, la santé et l'élaboration des politiques. La sécurité sociale joue bien évidemment un rôle majeur dans la prévention de la pauvreté et de la précarité. L'orientation IX concerne le combat des inégalités socio-économique de santé. Il comprend six résolutions : maintenir les soins de santé abordables, combattre les obstacles non financiers, avancer dans l'harmonisation des pratiques de CPAS, empêcher l'exclusion des soins médicaux, renforcer la première ligne rendre la prévention accessible à tous et être attentif au bien-être psychique. Cette publication n'est pas une fin en soi. Ce rapport est remis à la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale. Il revient aux gouvernements et parlements, ainsi qu'à leurs organes consultatifs, d'en assurer le suivi politique. Vu l'objectif de cette édition et par souci de lisibilité, le nombre de références et de chiffres a été réduit au minimum. Mais des listes thématiques de publications et rapports peuvent être consultés sur le site web qui contient également une rubrique 'Faits et chiffres'. Des statistiques provenant de sources diverses ont été utilisées pour répondre à un certain nombre de questions fréquemment posées en matière de pauvreté et d'exclusion sociale en Belgique.

Travailleurs pauvres

30673

RAPPORT

FORTIN (M.), FLEURY (D.)

Policy Research Initiative. (P.R.I.). Toronto. CAN, University of Toronto. Toronto. CAN

The other face of working poverty.

L'autre visage de la pauvreté chez les travailleurs.

Ottawa : PRI : 2005/08 : 35p., 3 fig.

B5243

Dans une étude précédente (Horizons, Décembre 2004), Fleury et Fortin rapportent qu'en 2001, plus de 653,000 canadiens et canadiennes pouvaient être identifiés comme étant des travailleurs/travailleuses pauvres, i.e. passaient la majeure partie de leur temps (910 heures ou plus par année) à travailler mais avaient un faible revenu familial. La présente étude s'intéresse à 'l'autre visage de la pauvreté laborieuse', i.e. aux individus à faible revenu qui étaient actifs en 2001 mais pour qui le travail ne représentait pas l'activité principale (i.e. qui ont travaillé moins de 910 heures durant l'année). Cette étude s'intéresse également à l'ensemble des individus actifs sur le marché du travail, indépendamment du nombre d'heures travaillées, afin de dresser un portrait plus complet de la 'pauvreté active' au Canada. L'étude se base sur les données de l'Enquête sur la Dynamique du Travail et du Revenu (EDTR) de Statistiques Canada pour les années 1996 à 2001. L'étude indique qu'en 2001, en plus des 653,000 travailleurs pauvres, 261,000 canadiens et canadiennes qui étaient actifs/actives sur le marché du travail avaient un faible revenu familial, pour un total de près d'un million d'actifs pauvres au Canada cette année-là. Si l'on inclut les dépendants, près de deux millions d'individus vivaient dans une famille à faible revenu incluant au moins un membre qui était actif sur le marché du travail. Les analyses de régression démontrent que le facteur le plus important afin d'éviter la pauvreté est, de loin, de travailler, ne serait-ce que quelques heures par année. Cependant, une fois qu'un individu a cumulé un certain nombre d'heures de travail, la structure familiale, suivie du salaire horaire, deviennent les facteurs les plus importants afin d'expliquer le faible revenu familial. L'analyse longitudinale démontre que, sur un horizon de six ans, les actifs pauvres qui travaillent ont un effort de travail similaire aux actifs non pauvres, mais qu'ils ont davantage de chances de se retrouver au chômage ou de voir leurs heures de travail réduites. Par conséquent, si une aide financière était offerte et que cette aide était fonction de l'effort de travail, il serait essentiel de considérer l'historique de travail des individus sur un certain nombre d'années. En effet, étant donné que le nombre d'heures travaillées une année donnée est fonction non seulement de l'effort de travail mais aussi de la conjoncture

économique, une évaluation de l'effort de travail basée sur une seule année pourrait être trompeuse (Résumé d'auteur). Le document existe également en version française (http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pa-gem=pub_wp_abs&langcd=F)

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Alsace

29670

RAPPORT

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace. (O.R.S.A.L.). Strasbourg. FRA

La santé des enfants de 6 ans en Alsace : analyse des bilans de santé scolaire 2000-2001.

Strasbourg : ORSAL : 2004/04 : 8p., 8 graph., 3 tabl.

Bulletin français

http://orsalsace.free.fr/activites/etudes/pdf/sante_sco_2000-01.pdf

La mise en place, l'évaluation et le suivi de politiques de santé nécessitent des informations régulières sur l'état de la santé de la population, mais aussi sur les déterminants de santé (facteurs de risques biologiques, comportementaux, environnementaux ou socio-économiques, qualité de vie et accès aux soins). Ces informations restent insuffisantes dans de nombreux domaines dont en particulier l'enfance. Il existe cependant des sources de données épidémiologiques qui méritent d'être davantage valorisées ; c'est le cas de la visite médicale d'admission à l'école élémentaire (VMA). En effet, la quasi-totalité des enfants de 5 à 6 ans de la région bénéficie d'un bilan de santé avant l'entrée au cours préparatoire (CP). Ce bilan, qui a pour objectif de repérer l'ensemble des problèmes pouvant être préjudiciables à une scolarité normale, est le seul touchant encore l'ensemble d'une tranche d'âge. Il constitue de ce fait une source potentielle extrêmement riche de renseignements épidémiologiques sur la santé des enfants, leur environnement ou encore leurs modes de vie. C'est pourquoi, soutenu financièrement par la DRASS d'Alsace, l'ORSAL a étudié au cours de l'année scolaire 1999/2000 la faisabilité d'un recueil harmonisé d'informations entre ces trois services. Grâce à l'aide méthodologique et tech-

nique du Landesgesundheitsamt du Baden-Württemberg (LGA) et la participation active des services concernés, l'étude de faisabilité s'est révélée positive. A la lumière de ces résultats, il a été décidé de réaliser, au cours de l'année 2000/2001, un recueil harmonisé d'informations sur la santé des enfants de 6 ans. Ce document présente les résultats de l'analyse de cette enquête et apporte des informations sur l'environnement social et familial des enfants, sur leurs modes de vie, sur leur état de santé, sur l'accès et le recours aux soins et aux structures d'aides scolaires, puis sur les caractéristiques de sous-populations (Tiré en parti de l'introduction).▲

29673

RAPPORT

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace. (O.R.S.A.L.). Strasbourg. FRA

La santé des enfants de 6 ans en Alsace : analyse du questionnaire Nutrition Mode de vie - Visites médicales d'admission 2001/2002.

Strasbourg : ORSAL : 2004/04 : 8p., 6 graph., 5 tabl.

Bulletin français

http://orsalsace.free.fr/activites/etudes/pdf/sante_sco_2001-02.pdf

Dans la continuité de l'étude effectuée en 2000/2001, l'ORSAL a de nouveau réalisé en 2001/2002 une analyse des données recueillies lors de la visite médicale d'admission des enfants de 6 ans à l'école élémentaire (VMA). Comme l'année précédente, ce travail a été mené en partenariat avec les trois services de santé réalisant cet examen (le service de santé de la ville de Strasbourg, le service de promotion de la santé en faveur des élèves du Bas-Rhin et celui du Haut-Rhin). En complément des éléments issus de la VMA (environnement social et familial, vue, audition, biométrie, vaccinations, conclusion...), une enquête spécifique sur les problèmes de nutrition et de mode de vie des enfants de 6 ans a été menée. Cette enquête a été effectuée à partir d'un questionnaire rempli, lorsque c'était possible, par les parents. Les résultats du bilan de santé (VMA) sont tout à fait comparables à ceux observés lors de l'année 2000/2001. Ce document ne reprendra pas, de ce fait, l'ensemble des données issues du bilan de santé mais présentera principalement les résultats de l'analyse thématique " nutrition mode de vie ". Néanmoins, certains indicateurs (sociodémographiques et biométriques), utilisés comme " variable de croisement " sont résumés en première partie de cette synthèse. Ainsi, ce bulletin analyse un certain nombre de caractéristiques du mode de vie

des enfants de 6 ans, isolément puis en lien avec les autres items : pratique d'une activité physique, temps passé devant la télévision ou les jeux vidéo, temps de sommeil, prise et qualité du petit déjeuner, façon de prendre les repas (en famille, devant la télévision, à domicile...), composition des repas notamment en relation avec les recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS), le grignotage, et enfin, le statut pondéral des enfants (tiré de l'introduction).▲

30434

RAPPORT

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace. (O.R.S.A.L.). Strasbourg. FRA, Centre Régional pour l'Etude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées. (C.R.E.A.I.). Strasbourg. FRA, Observatoire Régional Emploi Formation Alsace. (O.R.E.F.). Strasbourg. FRA,

Les travailleurs handicapés en Alsace. Rapport annuel 2004.

Strasbourg : ORSAL : 2005/10 : 91p., tabl., graph., carte

C, B5168

http://orsalsace.free.fr/activites/etudes/pdf/les_travailleurs_handicapes_en_alsace_2004.pdf

Cette troisième édition du rapport annuel de l'Observatoire régional emploi, formation insertion professionnelle des travailleurs handicapés (OREFIPH) fait un tour d'horizon des données existantes à l'échelle de la région sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Elle présente, chaque fois que possible, des données d'évolutions et s'attache à décliner les indicateurs présentés à l'échelle du département, ou de la zone d'emploi.



Bretagne

29639

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "prise en charge de problèmes de santé mentale en médecine générale".

Rennes : URMLB : 2004/06 : 22p., 36 tabl.

B5009

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/

2_docupload1/8229_01.pdf

Dans un contexte où la prise en charge des problèmes de santé mentale évolue et d'une insuffisance de l'offre en psychiatrie, l'Urml a mené une enquête par questionnaire auprès de 120 généralistes représentatifs des généralistes bretons pour : décrire les " problèmes de santé mentale " rencontrés en médecine générale ; dire la réponse proposée par les généralistes à ces problèmes et les difficultés rencontrées ; analyser les façons dont la prise en charge généraliste/ psychiatre/psychologue s'articule pour ces pathologies. Ce document présente une synthèse des résultats. Il aborde tout d'abord la coopération entre le médecin généraliste et ses partenaires habituels pour ces pathologies : professions auxquelles le médecin généraliste recourt, critères de choix de ses correspondants, opinion des généralistes sur les relations avec les psychiatres, difficultés ressenties de communication avec les psychiatres, recours à des avis spécialisés, demandes d'avis spécialisés. Il renseigne également sur l'opinion des médecins sur l'adéquation de leur formation initiale à la prise en charge de ces problèmes, et les thèmes qui leur semblent prioritaires pour la formation continue. De nombreuses informations sont également fournies sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de leurs patients, sur les antécédents médicaux et biographiques de ces mêmes malades (ALD dont ALD pour motifs psychiatriques, maladies chroniques, hospitalisation dont hospitalisation en psychiatrie, consommation de psychotropes, problèmes d'alcoolisme, événements marquants de vie, nouveau patient ou patient déjà connu), puis sur la consultation (motif principal, plaintes des patients, contenu, durée, diagnostic des difficultés prédominantes et diagnostic posé, dépistage du risque suicidaire ou d'état dépressif, niveau de difficulté de la consultation), puis sur les suites de la consultation (adressage, besoin de conseil et demande ou non demande de ces conseils, prescriptions effectuées, durée des prescriptions, recours aux psychothérapie).▲

29646

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "Les

médecins généralistes et la permanence des soins : une enquête d'opinion".

Rennes : URMLB : 2004/06 : 7p., 4 tabl.

B5008

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/8230_01.pdf

La permanence des soins en médecine libérale fait l'objet de débats passionnés et de prises de positions contrastées. L'objet de ce travail n'est pas de décrire la réalité de la permanence des soins en Bretagne mais bien plus de faire un " état des lieux " de l'opinion des médecins sur cette activité et sur les mesures actuellement proposées pour pallier le déficit d'investissement de certains généralistes aujourd'hui constaté. Ces résultats sont tirés d'une enquête réalisée auprès d'un panel de 120 généralistes volontaires représentatifs des généralistes bretons.▲

29647

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "emploi du temps : une semaine en hiver en médecine générale".

Rennes : URMLB : 2004/06 : 9p., 18 tabl.

B5010

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/8231_01.pdf

En octobre 2003, les résultats de l'enquête " conditions de travail " du Baromètre des pratiques mettaient en évidence certains faits concernant le travail des médecins généralistes. Ces résultats détaillaient à la fois des aspects connus de la pratique (longue durée du temps de travail hebdomadaire) et certains aspects moins connus tels la place des consultations non programmées ou celle des conseils téléphoniques. Pour donner une vision aussi complète que possible de l'activité du médecin généraliste, les membres du comité de pilotage du " Baromètre " ont souhaité répéter la même enquête en période hivernale. C'est l'objet de ce rapport réalisé à partir d'une enquête par questionnaire auprès d'un panel de 120 généralistes représentatifs des généralistes bretons, une semaine en hiver. On obtient des précisions sur l'activité hebdomadaire et ses variations dans la semaine des médecins généralistes : nombre de jours de travaillés par semaine, jours de non activité préférentiels, nombre d'heures de travail hebdomadaire et

quotidien, amplitude horaire d'ouverture du cabinet médical, horaires de fin de travail et travail après 20 heures, nombre d'actes, consultations programmées et non programmées au cours de la semaine, visites, actes d'urgences, conseils prodigués par téléphone, gardes. ▲

29677

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "Le schéma régional d'organisation sanitaire".

Rennes : URMLB : 2004/09 : 27p., 34 tabl.

B5021

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/8369_01.pdf

Une enquête a été menée auprès d'un panel de 120 médecins représentatifs des généralistes bretons pour recueillir et analyser l'opinion des médecins généralistes sur la planification sanitaire, pour savoir ce qu'ils pensent de ses effets, puis pour contribuer à la réflexion sur l'organisation des soins. Le médecin est un relais d'opinion non négligeable. Aussi, les premières questions portent sur les thèmes les plus fréquemment évoqués entre les médecins et leurs patients, et sur la fréquence de ces échanges. La série de questions suivantes avaient pour objectif de connaître les représentations et opinions des médecins sur quelques mesures de planification sanitaire : opinion sur les évolutions constatées, sur les effets de quelques mesures de planification sanitaire, sur les faiblesses et avantages de notre système de santé. Puis les médecins ont été questionnés sur l'évolution des prises en charge des établissements et sur les propositions pour améliorer la relation ville-hôpital. L'enquête a également porté sur les réalités et opinions des médecins concernant les pratiques professionnelles : territoires d'intervention et environnement professionnel des répondants, thèmes d'échange et fréquence des échanges entre confrères, participation à des projets communs pour améliorer la prise en charge de la population, place de la prévention dans leur pratique et acteurs de la prévention, la fréquence des contacts entre généralistes et structures d'hospitalisation, opinion sur la restriction de la liberté d'installation. La prise en charge sanitaire des personnes âgées est inscrite dans le SROS. Les médecins généralistes bretons occupent une

place importante dans la prise en charge de cette population. Aussi, des questions ont été posées pour connaître les opinions des médecins sur les difficultés qu'ils rencontrent pour prendre en charge les personnes âgées : formation en gériatrie, problèmes de prise charge tels la coordination gériatrique, l'évolution des prises en charge et les capacités d'accueil, puis problèmes rencontrés pour l'hospitalisation des personnes âgées. Ce dernier item a fait l'objet d'un questionnement plus approfondi à partir de questions précises concernant la dernière hospitalisation d'un de leur patient âgé de plus de 75 ans. Des informations intéressantes ont été ainsi obtenues concernant : la décision d'hospitalisation, le choix du lieu d'hospitalisation, les motifs d'hospitalisation et le choix de la structure, la durée moyenne d'hospitalisation, les relations avec les structures d'hospitalisation, l'opinion sur la préparation de la sortie du patient, et le nombre de contacts avec le patient après sa sortie.▲

29680

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "Dépistage du mésusage des boissons alcoolisées en médecine générale".

Rennes : URMLB : 2004/10 : 14p., 12 tabl.

B5022

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/8496_01.pdf

Une enquête a été menée auprès d'un panel de 120 médecins représentatifs des généralistes bretons pour connaître les opinions des généralistes sur le dépistage du mésusage des boissons alcoolisées. Il s'agissait notamment de connaître les formations suivies en alcoologie, de dire quels étaient pour eux les consommateurs à dépister en priorité, de décrire leurs habitudes et outils en matière de dépistage, puis d'analyser les difficultés et intérêts qu'ils perçoivent dans la mise en œuvre de ce dépistage.



Démographie médicale

29785

RAPPORT

Observatoire National de la Démographie des

Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Comité régional. Paris. FRA

Rapport régional sur la démographie des professions de santé en Ile-de-France.

Paris : DRASSIF : 2004/06/04 : 28p., 7 ann., 1 carte, 7 tabl.

B5072

http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/fen_rapport.htm

La région Ile-de-France est une région dynamique et prospère, de nombreux indicateurs socioéconomiques, démographiques et sanitaires la positionnent dans une situation favorable. Néanmoins, c'est aussi une région faite de contrastes très marqués, présentant de très importantes disparités au sein des populations et des territoires franciliens. Aussi, après avoir présenté des données de cadrage régional, le Comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé a réalisé une analyse cantonale de l'offre de soins de proximité. La méthode proposée par la DREES permet une analyse de l'offre de soins de proximité à travers trois critères complémentaires : densité d'implantation et d'activité des professionnels libéraux, niveau de consommation des usagers. Cette méthode, si elle permet de dégager des territoires moins bien pourvus que d'autres en professionnels libéraux, ne permet pas de déduire une insuffisance d'offre qui justifierait, par exemple, de rendre ces territoires éligibles aux aides à l'installation (décret du 28 novembre 2003). Pour cela il sera nécessaire de prendre en compte de manière plus précise la globalité de l'offre de soins de proximité disponible et d'orienter l'analyse vers des territoires plus restreints, particulièrement dans la zone périurbaine de l'Ile-de-France. Les travaux méthodologiques et pratiques vont se poursuivre avec l'URCAM et l'URML pour mieux qualifier les zones fragiles repérées. ▲

29786

RAPPORT

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

Rapport cantonal sur la démographie des professions de santé de proximité.

Rouen : DRASS Haute Normandie : 2004/06 : 89p., carte, graph., 1 carte, tabl.

B5073

http://www.haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/html/accueil/pages/chifcles/cc5/cc5_2.htm

L'analyse cantonale globale de la Haute-Normandie permet de mettre en évidence le degré de fragilité des cantons en matière d'offre de

soins de proximité. Ce rapport situe, dans un premier temps, la région en termes démographiques, géographiques, économiques, et de santé. Il analyse ensuite, profession par profession (médecins généralistes libéraux, infirmiers libéraux, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) puis globalement, les déséquilibres cantonaux sur des critères de densité médicale, d'activité professionnelle et de consommation médicale. On trouvera en fin de document une fiche par canton avec les données de base utilisées pour les caractériser.



Haut Vivarais

30527

RAPPORT

FERLEY (J.P.), DA SILVA (E.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA, Association de Maintien à Domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais. (M.A.D.O.). Annonay. FRA, Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. (C.A.R.E.P.S.). Grenoble. FRA, Fondation des Caisses d'Épargne Loire-Drome-Ardèche. (F.C.E.). Saint-Etienne. FRA

Projet Mado réseau coordonné pour le maintien à domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais.

Perception et attentes des professionnels et des familles relatives au réseau et à l'apport potentiel des nouvelles technologies.

Lyon : UPML : 2005/09 : 58p., fig., tabl.

B5201

http://www.upmlra.org/doc/hp_661_doc.pdf

Le projet de l'Association de Maintien à Domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais (MADO) ambitionne de structurer sur les 5 cantons du bassin d'Annonay (Haut Vivarais, Ardèche) un réseau de prise en charge coordonnée ambulatoire des personnes dépendantes. Il vise, par une amélioration de la coordination ville-structures de soins et de la coordination entre le sanitaire et le social, à proposer un dispositif assurant la continuité des soins, du social et de l'information. Il doit également permettre d'organiser au mieux le retour à domicile après une éventuelle hospitalisation. Ce réseau a pour objet de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible, dans des conditions sanitaires et sociales optimales, des personnes âgées dépendantes et fragiles (personnes handicapées physiques de plus de 60 ans) et des personnes handicapées physiques de 18 à 59 ans souffrant d'une affection aiguë. Enfin, ce projet

expérimental a également pour objectif d'être un modèle reproductible dans d'autres territoires urbains, semi urbains, ruraux et semi ruraux. Par ailleurs, une réflexion sur l'apport des nouvelles technologies a été intégrée à la réflexion plus générale portant sur la mise en place d'un réseau local coordonné avec partage de certaines informations du dossier médico-social. Les objectifs de l'étude réalisée par le CAREPS étaient de mesurer, de manière concrète, l'adhésion des professionnels et des familles de personnes dépendantes au projet MADO, d'identifier ce que les professionnels de santé et les familles des personnes dépendantes attendent des nouvelles technologies et les réticences qui peuvent se faire jour, enfin, de contribuer, par l'intermédiaire de cette étude et du rendu qui pourra en être fait, à développer la communication et à promouvoir le projet MADO.

Île-de-France

30399

RAPPORT

BELTZER (N.), VONGMANY (N.), LAGARDE (M.), WU-ZHOU (X), GREMY (I.)

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

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Ile de France : évolutions 1992-1994-1998-2001-2004.

Paris : ORSIF : 2005/11 : 178p., tabl., graph., ann.

C, B5171

Ce rapport présente les principaux résultats de l'enquête sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements des Franciliens face au VIH-sida réalisée en 2004. L'évolution des principaux indicateurs, depuis 1992, est éclairée de données contextuelles notamment relatives à la prévention, l'information ou la recherche sur la maladie et les traitements disponibles, aspects examinés en conclusion. ▲

30654

RAPPORT

BRET-BOLLAERT (A.), LYON (G.), MEYRIGNAC (M.), FUMEY (A.)

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. (U.R.M.L.). Commission Exercice en cabinet libéral. Paris. FRA

L'observance thérapeutique des personnes de 70 ans et plus.

Paris : URML IDF : 2005 : 56p., 3 ann., 2 graph.,

tabl.

B5231

http://www.urml-idf.org/urml/Observance/obs_the.pdf - http://www.urml-idf.org/urml/Observance/obs_the_05.htm

Une enquête effectuée en ville par le Comité Régional d'Education pour la Santé en Ile-de-France, auprès d'un échantillon de patients âgés et d'aidants, avait montré une mauvaise observance. Il semblerait ainsi qu'à peine la moitié des prescriptions thérapeutiques soit observée par ces patients, ce que confirment les pharmaciens. Or, cette dysobservance peut déclencher des déséquilibres au cours de pathologies chroniques et occasionner des hospitalisations, entraînant une augmentation des coûts. L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France a souhaité, sous l'impulsion de sa Commission Exercice en Cabinet libéral, réaliser une enquête auprès des médecins généralistes franciliens pour apprécier le degré d'observance des patients âgés de plus de 70 ans, et si besoin proposer des actions (en direction des patients et des soignants) pour l'améliorer. Cette étude, réalisée auprès des patients de médecins généralistes et d'angiologues libéraux, permet d'apprécier l'observance en médecine de ville et de proposer des réponses adaptées. A la lumière des résultats de l'étude, les patients atteints de pathologies qui mettent en jeu le système cardiovasculaire et cérébral, sont les plus observants et particulièrement ceux atteints d'hypertension artérielle. Par contre les patients prenant des thérapeutiques pour les affections rhumatismales, les troubles circulatoires des membres inférieurs, la dépression et l'anxiété sont beaucoup moins observants. 65 % de nos patients sont bien observants, ils déclarent prendre leurs médicaments régulièrement. Comment sensibiliser les 35 % d'inobservants afin qu'ils respectent mieux leurs prescriptions ? 83 % des patients inobservants étaient en renouvellement d'ordonnance, pourquoi ne pas adapter le renouvellement des traitements à la prise ? Il apparaît important d'insister particulièrement auprès des patients prenant des thérapeutiques des affections rhumatismales, des troubles circulatoires des membres inférieurs, et de dépression anxieuse. Les méthodes de contention veineuse, sous réserve qu'elles soient bien adaptées à la morphologie des patients (essayage avant achat) et bien expliquées (avec recours éventuels aux systèmes d'aide à l'enfilage) peuvent être des alternatives non médicamenteuses intéressantes à promouvoir (observance de 80 %, amélioration ressentie de 80 %). Cette étude consacrée à l'Observance thérapeutique chez les patients âgés, est une première en Île-de-France. Elle

préfigure d'autres études qui pourraient être proposées en impliquant les médecins et les pharmaciens dans un travail commun, s'assurant qu'une meilleure observance est source de meilleure prise en charge des patients en leur apportant une meilleure qualité de vie, tout en générant des économies de santé.▲

30655

RAPPORT

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. (U.R.M.L.). Commission Exercice à domicile. Paris. FRA

Enquête perte d'autonomie.

Paris : URML IDF : 2004/05 : 40p., 1 ann., graph., tabl.

B5232

http://www.urml-idf.org/urml/JPA_04/JPA_04.pdf

D'après l'INSEE, 700 000 personnes en Ile de France ont besoin d'aide en raison de leur état de santé. Cette dépendance augmente sensiblement avec l'âge. Environ 66 % des franciliens de 80 ans ou plus ne sont pas autonomes. L'hétérogénéité des handicaps et le vieillissement de la population française imposent de mener une réflexion globale sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche. La Commission " Exercice à Domicile " a conduit une étude en 2003 visant à identifier les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche. Les objectifs affichés étaient plus particulièrement les suivants : évaluer les difficultés rencontrées par les médecins franciliens dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ; connaître les modalités de cette prise en charge ; connaître l'organisation de la coordination ; initier une réflexion globale autour des personnes en perte d'autonomie.



Milieu urbain

30670

RAPPORT

CHAMPION (J.B.), CHOFFEL (P.), DUPONT (E.), JAZOULI (A.), L'HOMOND-FERNANDEZ (S.), MENARD (F.), NIVIERE (D.), ZUCKER (E.)
Ministère de l'Emploi - du Travail et de la Cohésion Sociale. (M.E.T.C.S.). Paris. (FRA), Ministère délégué au logement et à la ville. Paris. FRA, Délégation Interministérielle à la Ville. (D.I.V.).

Observatoire national des zones urbaines sensibles. (O.N.Z.U.S.). La Plaine Saint Denis. FRA
Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2005.

Paris : Editions de la DIV : 2005 : 293p.

B5240

<http://www.ville.gouv.fr/pdf/editions/observatoire-ZUS-rapport-2005.pdf>

Créé par la loi du 1er août 2003, l'Observatoire national des zones urbaines sensibles est chargé de mesurer l'évolution des inégalités sociales et des écarts de développement dans chacune des zones urbaines sensibles (ZUS), de suivre la mise en oeuvre des politiques publiques conduites en leur faveur, de mesurer les moyens spécifiques mis en oeuvre et d'en évaluer les effets par rapport aux objectifs et indicateurs de résultats mentionnés par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003. Pour son premier rapport, l'observatoire s'était attaché à produire un état des lieux des ZUS qui mettait globalement en évidence une accumulation des problèmes sociaux et urbains auxquels étaient confrontés ces territoires ainsi qu'une grande hétérogénéité de ces derniers. Ce rapport 2005, présente un bilan actualisé des évolutions de ces écarts, sur la base des indicateurs définis en annexe de la loi du 1er août 2003 de programmation et d'orientation pour la ville et la rénovation urbaine. Il complète le rapport 2004 en élargissant la liste des indicateurs suivis ; il analyse, de manière plus détaillée, certaines thématiques et aborde plus systématiquement la question de la diversité des Zones urbaines sensibles.



Rhones-Alpes

30528

RAPPORT

JOSEPH (V.), GUYE (O.)

Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes. (O.R.S.R.A.). Lyon. FRA

Les personnes âgées en Rhône-Alpes : évaluation des besoins de prise en charge de la dépendance à l'horizon 2020.

Lyon : ORSRA : 2005/10 : 75p., graph., tabl.

C, B5202

<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/>

Etude_PECPAD.pdf

A partir des prévisions d'évolutions démographiques, cette étude propose des estimations de la prévalence de la dépendance et de son évolution au sein de la population âgée en Rhône-Alpes. A partir également de la situation actuelle de l'offre de prise en charge, elle tente de mesu-

rer l'ampleur de l'effort à fournir dans les années futures pour répondre aux besoins, tant à domicile qu'en établissement. Les éléments produits sont déclinés à l'échelle de la région, mais également au niveau de chacun des huit départements de la région, dont les situations sont très diverses.

URMP

30521

CONGRES

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA

Actes du 10ème anniversaire des Unions Régionales des Médecins Libéraux. : Lyon, 2004/10/16

Lyon : URML : 2005/01 : 63p.

C, B5199

http://www.upmlra.org/doc/hp_654_doc.pdf

Ce document présente les actes du 10ème anniversaire des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) réunissant les interventions ainsi que les propositions d'actions formulées à la suite de cette journée. Les différents thèmes abordés lors de ces tables rondes sont : les origines des Unions ; les expériences partagées avec d'autres acteurs (ARH, URCAM) ; l'évaluation des pratiques professionnelles ; la permanence des soins ; le dossier médical.

Yvelines

30653

RAPPORT

HERNU (D.)

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. (U.R.M.L.). Section Spécialistes. Paris. FRA

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

Paris : UMRL IDF : 2005/05 : 46p., graph., tabl. B5230

<http://www.urml-idf.org/attachement/www/etudes3321.htm> - <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'objectif étant de faire un état des lieux et un descriptif des médecins et des établissements de soins concernés dans le département des Yvelines, puis d'évaluer et de mettre en évidence les conséquences de la restructuration de l'offre sur l'exercice individuel de ces médecins et sur leur pratiques. 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 considération 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'"éclatement 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.

MÉDECINE LIBÉRALE

Faqs

30226

RAPPORT

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

Evaluation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

Paris : CNAMTS : 2005/09/21 : 182p., graph., tabl., ann.

C, B5153

<http://www.ameli.fr/pdf/2234.pdf>

Le rapport final de l'évaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) comprend une note de synthèse permettant de connaître les réponses aux questions d'évaluation, les conclusions et recommandations, ainsi que le rapport proprement dit qui, après un rappel du cadre de l'évaluation, comporte une présentation du programme et des projets, des éléments d'analyse, ainsi que les conclusions et recommandations, ceci dans l'optique d'une transmission au gouvernement et au Parlement. ▲

30227

RAPPORT

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

Le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, de 2000 à 2004. Présentation de la base de données nationale constituée par le Secrétariat national du FAQSV.

Paris : CNAMTS : 2005/09/29 : 20p., graph. C, B5154

<http://www.ameli.fr/pdf/2237.pdf>

Ce document est une présentation de la base de données nationale constituée par le secrétariat national du fonds d'aide à la qualité des soins de ville. La base comprend l'ensemble des projets financés par le FAQSV de 2000 à 2004. Elle a été constituée à partir des informations disponibles dans les rapports d'activité des années 2000 à 2004, des consommations de crédits, de données issues des fiches de synthèse et rapports d'évaluation des projets.



Permanence de soins

31203

RAPPORT

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

Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2006.

Paris : Cnom : 2006/01 : 33p.

B5349

<http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/pdsquestionnaire06.pdf>

Pour la troisième année consécutive, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation. L'année 2005 a été marquée par la parution du décret du 7 avril

2005 permettant notamment de moduler les horaires de la permanence des soins et de définir une sur-sectorisation. L'avenant n° 4 à la Convention nationale des médecins libéraux a mis en place des modalités de rémunérations spécifiques pour les médecins régulateurs et effecteurs sur lesquelles le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est également prononcé (le 2 juin et le 22 septembre 2005). Ce rapport dresse un état des lieux en mettant en lumière l'impact de ces textes.

HÔPITAL



Infections nosocomiales

31026

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA

Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN 2004.

Tableau de bord des infections nosocomiales 2006.

Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. DHOS/DGS : 2006/02 : 71p.

C, B5297

http://www.sante.gouv.fr/icalin/rapport_2006.pdf

Le tableau de bord des infections nosocomiales et son premier indicateur ICALIN marque le début de cette démarche. L'objectif de ce tableau de bord est d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Le tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il vise à permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité. Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.

Planification

30435

RAPPORT

Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace.
(A.R.H.). Strasbourg. FRA

**SROS III - Cadrage, orientations et
avancement : le bilan d'étape.**

Strasbourg : ARH : 2005/04 : 52p., carte, graph.,
tabl.

B5169

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc.nsf/
VDoc/](http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc.nsf/VDoc/)

10912910F5788D71C125700B005422EB/\$FI-
LE/SROS3_cadrage_orientations_0504.pdf

Un diagnostic partagé sur la santé et l'offre de soins en Alsace a été élaboré par l'Agence régionale de l'hospitalisation et par l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie. Fruit d'une collaboration riche entre l'ensemble des services membres de l'ARH, ce travail illustre une plus forte synergie et la conjonction des approches entre l'hospitalier et les soins de ville. Le diagnostic partagé a ainsi pour objet de présenter un bilan de l'état de santé de la population alsacienne, de l'offre de soins, du recours aux soins de ville et aux soins hospitaliers et de décrire l'articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale. Il fait également apparaître les atouts et les points de progrès de la région concernant l'ensemble des thématiques du Schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS). Quelques indicateurs clés présentés au chapitre 4, annexe E, ont été extraits de ce document qui, par ailleurs, est disponible dans son intégralité sur les sites internet de l'ARH et de l'URCAM.

Psychiatrie

29847

RAPPORT

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.
(M.N.A.S.M.). Paris. FRA

**Compte-rendu d'activité de la Mission
Nationale d'Appui en Santé Mentale.**

Paris : MNASM : 2005/04 : 73p.

B5090

[http://www.mnasm.com/downloads/rapport_d-
activit-_MNASM_2004.pdf](http://www.mnasm.com/downloads/rapport_d-activit-_MNASM_2004.pdf)

La MNASM (Mission nationale d'appui en santé mentale) assure une triple mission : une mission d'aide à la planification en Santé Mentale "sur site" qui se traduit concrètement par la réalisation d'études conduites de façon pluri-professionnel-

le sur des établissements hospitaliers et services spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale, et qui donnent lieu à des propositions d'organisation ou de mode de fonctionnement destinées à optimiser les réponses en terme de santé publique, dans le domaine de la santé mentale ; une mission d'expertise auprès de l'Administration Centrale, pour enrichir sa réflexion, son action, voire construire avec elle des outils à partir de problématiques observées sur le terrain, et participe en appui technique, à des groupes de travail (offre de soins, urgences, métiers, etc.) au niveau national ou régional, auprès des ARH ; une mission de communication et d'information, par le biais notamment d'une publication ("Pluriels") et la participation à des journées d'information et de communication. Ainsi, ce document présente, dans un premier temps, les analyses et propositions de la MNASM à propos de l'évolution de la santé mentale ces dix dernières années, puis dans un second temps, le rapport de ses activités.

Système d'information

30218

RAPPORT

Syndicat National des Industries d'Information de Santé. (S.N.I.I.S.). Paris La Défense. FRA, Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux. (L.E.S.I.S.S.). Neuilly sur Seine. FRA

**Le partage d'information au chevet de
l'hôpital. Livre blanc. Etat de l'offre en
matière de Systèmes d'Information
Hospitaliers (SIH) disponibles en France et
préconisations par les industriels privés.**

Neuilly sur Seine : Lesiss : 2005 : 75p.

B5146

[http://www.lesiss.org/publications/wp200510/
Attachment00072874/LivreBlanc.pdf](http://www.lesiss.org/publications/wp200510/Attachment00072874/LivreBlanc.pdf)

Le système de santé en France est aujourd'hui en péril. Les solutions sont connues et - comme c'est la règle dans la plupart des pays avancés - se conjuguent avec la mise en œuvre urgente d'un partage d'information généralisé garant d'une meilleure coordination des soins, d'une amélioration des pratiques médicales, et subsidiairement d'une gestion avisée de ressources de la collectivité. La puissance publique a désormais pris pleinement conscience du rôle et de l'importance d'outils informatiques contributifs à l'amélioration de notre dispositif sanitaire, et a légitimé en conséquence. Les établissements de la sphère hospitalière publique doivent être au cœur du partage de données médicales, mais

leurs systèmes d'information sont aujourd'hui dramatiquement inadaptés. Dans l'esprit d'apporter à la puissance publique l'expertise des industries spécialisées en vue de faciliter ses arbitrages, le SNIIS, pôle " hospitalier " de la fédération des industries d'information de santé, a rédigé ce Livre blanc sur les systèmes d'information hospitaliers (SIH), présenté lors d'une conférence de presse organisée le 6 octobre 2005. Ce document ne se contente pas d'alerter les décideurs publics sur la situation préoccupante des établissements publics, et formule des propositions concrètes (Résumé d'auteur).

Tarification

30683
RAPPORT
ABALLEA (P.), BRAS (P. L.), SYEDOUX (S.)
Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.). Paris. FRA

Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé.

Paris : IGAS : 2006/01 : 97p.

B5262

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000080/0000.pdf>

Par lettre en date du 22 juillet 2005, le ministre de la santé et des solidarités a confié à l'IGAS une mission sur les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics. La première partie du rapport actualise les mesures d'écart tarifaire à partir des données 2004 et 2005. La seconde partie détaille la problématique générale de la convergence public/privé. La troisième partie du rapport liste les facteurs potentiels d'écarts de coûts. Un tableau récapitulatif des recommandations et études proposées est joint en synthèse. La quatrième et dernière partie analyse le pilotage général du dossier des études sur la convergence par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).

Temps d'attente

31037
RAPPORT
Canadian Institute for Health Information.
(C.I.H.I.). Ottawa. CAN

Understanding emergency department wait times : Who is using emergency departments and how long are they waiting ? Comment comprendre les temps d'attente aux

urgences ? Qui recourent aux soins d'urgence et combien de temps attendent-ils ?

Ottawa : CIHI : 2005 : 39p., tabl., graph., fig.

B5289

http://www.cihi.ca/cihiweb/dispage.jsp?cw_page=AR_1266_E

Poll after poll shows that timely access to care is a high priority for Canadians, for patients, health care providers and the public at large. Despite this, little information exists about waiting for care in emergency departments (EDs), including how long people wait and how wait times vary by patient and system characteristics. A new series of three reports from CIHI provides Canadians with some new information on some of the key issues regarding wait times in EDs.▲

31038

RAPPORT

RACHLIS (M.M.)

Canadian Centre for Policy Alternatives.
(C.C.P.A.). Ottawa. CAN

Public solutions to health care wait lists.

Ottawa : CCPA : 2005/12 : 38p., tabl.

B5290

http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2005/Health_Care_Waitlists.pdf

Waits for care are the biggest political issue facing Canadian health care. Both citizens and providers are concerned that too many waits are too long and put some patients at risk. In June 2005, the Supreme Court added to the sense of crisis by striking down a Quebec ban on private insurance for Medicare-covered services: the Chaoulli decision. Despite the narrow scope of the decision, the verdict was widely seen as a repudiation of Medicare. Across Canada, the operators of private clinics and their supporters have seized upon the Chaoulli decision. They are aggressively developing for-profit clinics to sell services to the public sector and any individual who has the cash to jump the public waiting lists. Some advocates for more for-profit delivery claim that wait-lists would be solved if the public system contracted out its services to for-profit providers. This paper takes a different approach, arguing that, before going private, Canadians would do well to consider public sector solutions. This paper focuses on two innovations. First, the public system should shift as many minor procedures and low-risk elective surgeries as possible to shortstay, public, specialized clinics. The Canadian debate has wrongly assumed that the only such clinics currently in operation are for-profit businesses. In fact, Toronto's Queensway Surgicentre, part of the Trillium Health Centre, a

public hospital, is the largest not-for-admission surgical centre in North America. In 2001, the Manitoba government bought the Pan-Am clinic from its private sector owners. It now operates as a unit of the Winnipeg Regional Health Authority. Evidence from both Queensway and Pan-Am suggests that public sector delivery is superior. These public clinics achieve the benefits of specialization and innovation normally ascribed exclusively to the private sector, while reducing overall administrative costs and providing broader societal benefits. The second new public sector approach to health care waits is the use of applications of queueing theory to manage waits and delays. Queueing theory applications are used to maximize flow in such diverse areas as air traffic control and manufacturing. Rather than thinking of every wait list as a capacity or resource problem, we need to think outside the box. We need to examine health care delays through the lens of flow. Queueing theory and other new approaches to wait-list management can be used to re-design services, smooth patient flow, and reduce delays. These public solutions are but two of many alternatives to privatization.

PROFESSIONS DE SANTÉ

Evaluation des compétences

31217
RAPPORT
MATILLON (Y.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales.
Paris : MSSPS : 2006/03 : 52p.
C, B5356
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon_0306/rapport.pdf
Ce document comporte cinq parties : un état des lieux sémantique sur les notions de Formation Médicale Continue, d'Évaluation des Pratiques Professionnelles/d'accréditation de la pratique/d'évaluation des compétences professionnelles ; L'élaboration et l'actualisation des référentiels de compétences et le rôle des Collèges ; Les modalités et les conditions d'évaluation des compétences Médicales en Etablissement de Santé ; L'actualité internationale et le mouvement irrév-

versible de l'évaluation des compétences professionnelles ; Une analyse juridique de l'exercice des responsabilités en cas d'incompétence et de reconnaissance de la compétence.

Formation médicale

31132
RAPPORT
D'AUTUME (C.), POSTEL-VINAY (D.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales.
Paris : IGAS : 2006/01 : 107p., ann.
B5341
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000180/0000.pdf>
Par lettre de mission du 27 juin 2005 du ministre de la santé et de la solidarité et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, l'Igas a été chargée d'effectuer une mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Lancée en septembre 2005, la mission comportait deux volets principaux : la définition d'une organisation juridique, administrative et financière des fonctions supports des conseils nationaux et régionaux de la formation continue d'une part ; la formulation de recommandations pour le financement des actions, avec deux préoccupations jugées essentielles, les conditions de solvabilité de la demande des professionnels désormais soumis à une obligation individuelle de formation d'une part, l'indépendance et la qualité de l'offre de formation d'autre part.▲

31218
RAPPORT, COMMUNICATION
AMBROISE-THOMAS (P.), AURENGO (A.)
Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.). Paris. FRA
Organisation des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique (Enseignement pour les sages-femmes) dans le cadre du système européen LMD (Licence-Master-Doctorat).
Paris : Académie de médecine : 2006/01 : 4p.
C, B5358
<http://www.univ-paris7.fr/2006/02-acadmedecineLMD.pdf>

L'Académie nationale de Médecine est très favorable à l'intégration du déroulement des études médicales dans le système européen Licence-Master-Doctorat (LMD) qui présente plusieurs avantages: harmonisation européenne de la formation des professions de santé, répondant à la libre circulation des praticiens dans l'Union Européenne ; équivalences universitaires et passerelles entre les filières de formation, à tous les niveaux des études supérieures. La mise en œuvre de ce système impose une réorganisation des études médicales en France. Elle constitue ainsi une occasion de remédier à quelques graves dysfonctionnements de l'organisation actuelle.

Infirmiers

29585

RAPPORT

JACQUES (J.)

Association pour un Ordre des Infirmières et des Infirmiers de France. (A.P.O.I.I.F.). Paris. FRA

Le livre Blanc de la profession infirmière.

Paris : Association pour un ordre des infirmières et des infirmiers de France. : 2004/09/27 : 70p., 4 ann., 1 graph., tabl.

c, B4973

<http://www.infirmiers.com/inf/reconnaissance/livre%20blanc.pdf>

Ce livre blanc a été rédigé par l'APOIIF (Association pour un ordre des infirmières et des infirmiers de France), pour amener les responsables, à tous les échelons, à mieux considérer les problèmes rencontrés par les infirmiers lors de la prise en charge des personnes et de leur accorder une juste place d'acteur au sein du système de santé. Il contient des réflexions, définitions et propositions concernant le métier d'infirmier. La première partie expose les réflexions et propositions de l'APOIIF sur l'exercice de la profession, sur le statut et les conditions de travail des infirmiers, puis sur la formation infirmière. La deuxième partie fait part des évolutions possibles et souhaitables concernant les métiers d'infirmiers et l'autonomie professionnelle. Quatre annexes complètent ce document. Il s'agit, dans l'objectif de création d'un ordre infirmier, de textes sur les missions ordinaires, sur les rôles de la structure ordinaire et l'organisation de la profession infirmière, et d'une proposition d'un texte de loi. On y trouvera enfin une liste de formations validantes universitaires accessibles, en principe, aux infirmiers ayant leur diplôme d'Etat.▲

29783

RAPPORT

MONTOUT (S.), SERGENT (C.)

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Comité régional Picardie. Amiens. FRA

Suivi des infirmiers diplômés en Picardie.

Amiens : DRASS de Picardie : 2005 : 25p., 2 ann., 7 graph., 3 tab.

B5071

Le rapport réalisé par l'Observatoire National Démographique des Professions de Santé (ONDPS) de 2004 a mis en exergue l'inégale répartition régionale de l'offre de soins infirmiers. Ainsi, la Picardie fait partie des régions qui présentent une densité des infirmiers la plus faible en 2001. Parmi les facteurs explicatifs de la pénurie en infirmiers qui ont été avancés, on peut citer le nombre insuffisant d'étudiants, la faible durée de vie professionnelle des infirmiers et la réduction du temps de travail. En outre, de nombreuses études empiriques ont mis en évidence des besoins en main d'œuvre importants et une situation déséquilibrée en faveur de l'offre de travail. Dans ce cadre, le chômage est quasiment inexistant chez les infirmières. Aussi, la DRASS a souhaité mettre en œuvre une enquête ayant pour objet l'analyse de l'accès des nouveaux diplômés infirmiers sur le marché de l'emploi. Deux axes prioritaires ont été distingués : définir la situation de précarité ou non des nouveaux diplômés infirmiers formés dans la région Picardie en estimant l'évolution de la situation professionnelle au regard du contrat de travail de ces jeunes diplômés ; déterminer le lieu d'installation professionnelle des nouveaux diplômés infirmiers formés dans la région Picardie afin d'infirmier ou de confirmer un préjugé persistant dans le secteur visant à considérer une fuite importante des infirmiers dans la région Picardie. Cette enquête a été réalisée auprès des jeunes infirmiers diplômés de Picardie en 2003. Elle décrit, dans un premier temps, la situation de l'élève lors de son entrée en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), puis à la fin de sa formation et enfin trois mois après.

Pharmaciens

30423

RAPPORT

Académie Nationale de Pharmacie. (A.N.P.). Paris. FRA

Evolution des pratiques professionnelles en pharmacie d'officine.

Paris : Anp : 2005/10 : 25p.

B5166

<http://www.acadpharm.org/Medias/pratiques-professionnelles.pdf>

Ce rapport remis au ministre de la Santé par l'Académie Nationale de Pharmacie met en avant la possibilité d'officialiser le pharmacien comme prescripteur complémentaire dans le cas des vaccins, de la prise en charge de la douleur, du suivi des maladies chroniques... Sont également développées l'importance de l'accès du pharmacien au dossier médical personnel et à la place du pharmacien dans la santé publique en France.

MÉDICAMENTS



Analyse, coût, efficacité

29805

CHAPITRE, COMMUNICATION

VON FERBER (L.), McGAVOCK (H.), SCHUBERT (I.), VANDER STICHELE (R.H.), SANZ (E.J.), KIRCH (W.) / éd.

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

The significance of drug utilization for public health.

La signification de l'utilisation des médicaments pour la santé publique.

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

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

Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 99-117, tabl. c, A3330



Anti-cancéreux

31034

RAPPORT

WILKING (N.), JÖNSSON (B.)

Karolinska Institutet. Stockholm. SWE, Stockholm School of Economics. Stockholm. SWE

A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs.

Une comparaison pan-européenne concernant l'accès des patients aux médicaments anticancéreux.

Stockholm : Karolinska Institutet, 2005 : 93p., tabl., graph., ann.

B5287

http://ki.se/content/1/c4/33/16/Cancer_Report.pdf

This report examines whether patients across Europe have equal and early access to new innovative cancer drug therapies and highlights the existence of inequities. The countries included in this report are Austria, Belgium, the Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Spain, Switzerland, Sweden and the UK. The total population of these 19 countries is 447 million, which constitutes 76% of the total population in Europe (excluding Russia and Turkey) and, after excluding Norway and Switzerland, constitutes 96% of the total population of the European Union (EU) 25. This report addresses three of the five most common tumour types in Europe, including breast cancer, colorectal cancer and lung cancer (specifically non-small-cell lung cancer). Haematology is also covered through non-Hodgkin's lymphoma, as is supportive care (specifically bone metastasis). Incidence and mortality data for these cancers were obtained from the International Agency for Research .



Antibiotiques

31122

RAPPORT

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

Antibiotiques et petite enfance.

Paris : CNAMTS : 2006/02 : 24p.

C, B5344

Ce rapport, réalisé par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dresse un état des lieux autour de la thématique "Antibiotiques et petite enfance". Il présente l'évolution de la consommation d'antibiotiques chez les enfants de 0 à 6 ans, ses conséquences sanitaires ainsi que les facteurs sociaux à l'origine de cet usage parfois inadapté.



Anti-inflammatoires

31058

OUVRAGE

FORTIN (C.), BEAULIEU (J.)

Autopsie d'une catastrophe médicale : l'exemple du vioxx.

Québec : Les Editions de l'Homme : 2005 : 198p.

A3399

140 000 personnes auraient subi des problèmes cardiaques ou y seraient plus vulnérables pour avoir pris le médicament anti-inflammatoire Vioxx. Comment est-il possible qu'un médicament dangereux soit mis sur le marché ? Merck a retiré cet anti-inflammatoire du marché en septembre 2004 et on parle maintenant de le remettre en circulation. Quels sont les effets véritables du Vioxx ? L'entreprise était-elle au courant de ses dangers ? Les auteurs de cet ouvrage racontent le processus de mise sur le marché d'un médicament et expliquent pourquoi et comment cette catastrophe médicale va révolutionner le monde pharmaceutique.



Contre-façons

31200

OUVRAGE

HARPER (J.), GELLIE (B.)

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

Counterfeit medicines : survey report.

Les contrefaçons de médicaments : rapport d'enquête.

Paris : Conseil de l'Europe : 2006 : 239p., tabl., carte, ann.

A3415

Counterfeit medicines pose an ever-greater threat to public health in Europe today. In an effort to adequately measure the scope of the phenomenon and reduce the inherent risks, the Council of Europe has commissioned a survey on issues related to this particularly disquieting form of fraud. This report covers, among others, the current and estimated market and trade matters; the status of pharmaceutical regulation; national and international co-operation between authorities, the industry and wholesalers; detection systems and procedures; the adequacy of legal, judicial and administrative systems and professional training in the matter. It also sets out to define counterfeit medicine and pharmaceutical crime.



Délivrance pharmaceutique

31213

RAPPORT

DUCROCQ (D.), MENEZES-RELINGER (M.), SACHY (D.)

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction Régionale du Service Médical. (D.R.S.M.). Mis-

sion Pharmacie-Biologie de la Région Nord-Picardie. Villeneuve d'Ascq. FRA

Guide de délivrance pharmaceutique.

Villeneuve d'Ascq : Direction Régionale du Service Médical : 2006/02 : 110p.

Ud465 (2006)

www.secu-medical-lille.com/actualites/reglementation/guide_de_delivrance.htm

Outil au quotidien pour les pharmaciens d'officine réalisé par l'échelon régional du service médical de Nord Picardie, ce guide vient d'être actualisé en février 2006. Il comprend des informations sur le service médical ; le médicament et la maîtrise médicalisée ; le médicament de l'AMM à sa prise en charge ; la prescription, la délivrance et la prise en charge ; le médicament générique ; les médicaments d'exception ; les préparations magistrales ; les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés. En annexes se trouve une liste de sites internet sur la réglementation pharmaceutique.



Données chiffrées

30666

RAPPORT

Stichting Farmaceutical Kengetallen. (S.F.K.). The Hague. NLD, Foundation for Pharmaceutical Statistics. The Hague. NLD

Facts and figures 2004.

Faits et chiffres 2004.

The Hague : SFK : 2004/07 : 63p., tabl., graph. SE (NLD) 2004

<http://www.sfk.nl/algemeen/english.html> - <http://www.sfk.nl/algemeen/2004fandf>

Depuis 1990, le SFK (ou Foundation for Pharmaceutical Statistics en anglais) collecte des statistiques sur la consommation pharmaceutique au Pays-Bas. Il tire directement ses informations d'un panel d'officines (1540 officines sur 1631 actuellement qui desservent une population d'environ 13,5 millions de néerlandais). Le présent document présente un certain nombre de chiffres et de faits sur les médicaments dispensés par les officines " communautaires ", en cinq chapitres : dépense pharmaceutique, contrôle des coûts, consommation pharmaceutique dans une perspective européenne, les pharmacies communautaires en chiffres, dépenses pharmaceutiques par personne en 2003.



Innovation médicale

31035

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes.
(C.C.E.). Bruxelles. BEL

Creating an innovative Europe.

Créer une Europe innovante.

Luxembourg : Office des Publications officielles
de la Communauté européenne : 2006/01 : 30p.
B5288

[http://europa.eu.int/invest-in-research/pdf/
060119Aho%20report%20final.pdf](http://europa.eu.int/invest-in-research/pdf/060119Aho%20report%20final.pdf)

At the Hampton Court Summit on 27 October 2005, Heads of State and Government decided to give higher priority to the key issues on which Europe needs to act to address the challenges of globalisation. First among these issues were research and innovation. The Commission thus asked a small group of four high-level experts, chaired by former Prime Minister of Finland Esko Aho, to assess the situation and make proposals to boost Europe's research and innovation performance. The group issued its report on 20 January 2006. It urges Europe's leaders to take radical action on research and innovation "before it is too late" and calls for a Pact for Research and Innovation to be signed by political, business and social leaders to show their commitment to creating an Innovative Europe. The experts state that current trends are unsustainable in the face of global competition. Therefore a new vision is needed to address a series of productivity and social challenges faced by Europe. The group argues that there is a large gap between the political rhetoric about the knowledge society and the reality of budgetary and other priorities. They propose a 4-pronged strategy focusing on the creation of innovation friendly markets, on strengthening R&D resources, on increasing structural mobility as well as fostering a culture which celebrates innovation. ▲

31092

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes.
(C.C.E.). Direction Générale Entreprise et Industrie. Bruxelles. BEL

TrendChart : Innovation policy in Europe 2004.

Trendchart : Politique d'innovation en Europe 2004.

Bruxelles : Commission des Communautés européennes : 2005 : 119p.
B5313

[http://trendchart.cordis.lu/annualreports/
report2004/Innovation_policy_europe_2004.pdf](http://trendchart.cordis.lu/annualreports/report2004/Innovation_policy_europe_2004.pdf)

[http://www.trendchart.org/annualreports/
report2004/Innovation_policy_europe_2004.pdf](http://www.trendchart.org/annualreports/report2004/Innovation_policy_europe_2004.pdf)
Innovation Policy in Europe 2004 provides an

overview of the challenge faced by the EU25 Member States in improving the innovation performance of their economies. It then details the policy-mix and implementation practices in the EU25 to respond to these challenges. Finally, it provides a comparative benchmark against which innovation policy in the EU25 can be compared with that in place in the Associated and Candidate States in Europe, as well as in three other key trading partner regions (North American Free Trade Organisation and Brazil, the Mediterranean countries and nine countries in Asia). ▲

31104

DOCUMENT DE TRAVAIL

VERNON (J.A.), HUGHEN (W.K.)

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

The future of drug development : the economics of pharmacogenomics.

Le futur de la recherche pharmaceutique : l'économie de la pharmacogénomique.

NBER Working Paper Series ; n° 11875.

Cambridge : NBER : 2005/12 : 45p., fig.
P193

www.nber.org/papers/w11875

This paper models how the evolving field of pharmacogenomics (PG), which is the science of using genomic markers to predict drug response, may impact drug development times, attrition rates, costs, and the future returns to research and development (R&D). While there still remains an abundance of uncertainty around how PG will impact the future landscape of pharmaceutical and biological R&D, we identify several likely outcomes. We conclude PG has the potential to significantly reduce both expected drug development costs (via higher probabilities of technical success, shorter clinical development times, and smaller clinical trials) and returns. The impact PG has on expected returns is partially mitigated by higher equilibrium prices, expedited product launches, and longer effective patent lives. Our conclusions are, of course, accompanied by numerous caveats. ▲

31107

DOCUMENT DE TRAVAIL

ACEMOGLU (D.), CUTLER (D.), FINKELSTEIN (A.), LINN (J.)

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

Did Medicare induce pharmaceutical innovation ?

Medicare a-t-il été source d'innovation dans le

domaine du médicament ?

NBER Working Paper Series ; n° 10976.
Cambridge : NBER : 2006/01 : 9p., tabl., graph.,
fig.

P193

www.nber.org/papers/w11949

The introduction of Medicare in 1965 was the single largest change in health insurance coverage in U.S. history. Many economists and commentators have conjectured that the introduction of Medicare may have also been an important impetus for the development of new drugs that are now commonly used by the elderly and have substantially extended their life expectancy. In this paper, we investigate whether Medicare induced pharmaceutical innovations directed towards the elderly. Medicare could have played such a role only if two conditions were met. First, Medicare would have to increase drug spending by the elderly. Second, the pharmaceutical companies would have to respond to the change in market size for drugs caused by Medicare by changing the direction of their research. Our empirical work finds no evidence of a "first-stage" effect of Medicare on prescription drug expenditure by the elderly. Correspondingly, we also find no evidence of a shift in pharmaceutical innovation towards therapeutic categories most used by the elderly. On the whole, therefore, our evidence does not provide support for the hypothesis that Medicare had a major effect on the direction of pharmaceutical innovation.



Leaders pharmaceutiques

31032

RAPPORT

WEINMANN (N.)

Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.). Direction Générale des Entreprises. Observatoires des Stratégies Industrielles. Mission Prospective. Paris. FRA

La globalisation des leaders pharmaceutiques.

Paris : MINEFI : 2005/09 : 189, tabl., graph.
B5286

<http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharma.pdf>

L'industrie pharmaceutique est dominée par des groupes d'envergure mondiale, appelés " global players " ou " big pharma ". Ils poursuivent une stratégie de développement mondial basée sur l'internationalisation tant au niveau de la production pour augmenter leur chiffre d'affaires que de la recherche et développement. Leurs activités étaient centrées jusqu'à présent dans les pays de l'OCDE où est concentrée la demande. Mais

leur environnement économique a changé et exige de nouvelles stratégies de leur part. Ils doivent répondre à deux exigences : fabriquer à moindre coût et mettre au point rapidement de nouvelles molécules et les commercialiser le plus rapidement possible sur le marché. Dans un contexte économique de pleine transformation, quelles évolutions vont connaître les sociétés pharmaceutiques concernant les unités de production et de R & D ? Ce rapport vise à donner des pistes de réflexion.



Marché du médicament

31191

CHAPITRE

GUANNEL (B.), MOREAU (A.), PLATEAU (C.), VIATTE (R.)

Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.). Service des Etudes et des Statistiques Industrielles. (S.E.S.S.I.). Paris. FRA

L'industrie pharmaceutique sur les chemins difficiles de l'internationalisation.

L'industrie en France et la mondialisation.

Paris : SESSI : 2006 : 325-333

B5331

Ce chapitre fait le point sur l'industrie pharmaceutique en France et sur le marché du médicament. L'industrie pharmaceutique s'avère être un des secteurs les plus dynamiques de l'industrie française, grâce à un marché mondial aux perspectives de croissance forte. C'est aussi l'un des secteurs les plus internationalisés, dominé par des groupes mondiaux. Plate-forme de production pour l'Europe, la France est le quatrième exportateur mondial de médicaments.



Pharmacie hospitalière

29739

RAPPORT

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

Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France - 1993-2003.

St Denis : AFSSAPS : 2005/07 : 115p., 2 ann., 55 graph., 13 tabl.

Bc5049

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rapmed04.pdf>

Dans le cadre de ses missions d'étude, l'Afssaps

(Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) élabore chaque année, à partir des déclarations dont elle dispose sur les ventes de spécialités pharmaceutiques, un Tableau de Bord consacré à la présentation et à l'analyse du marché français. Cette cinquième édition intègre les données de l'année 2003, et présente, pour la première fois, une mesure quantitative exprimée en nombre de Doses Définies Journalières (traduction française du terme " Defined Daily Doses ") pour un ensemble de substances actives et de classes. Ce travail, qui sera poursuivi et développé au cours des prochaines années, a notamment pour objectif de favoriser les comparaisons internationales. La mise en œuvre de ces calculs a conduit à modifier la classification de quelques spécialités, de manière à ce que tous les médicaments étudiés soient regroupés exclusivement en fonction de la classification internationale ATC. Ces corrections sont expliquées dans la partie de l'ouvrage consacrée à la présentation des données. Ainsi, après quelques explications sur les données utilisées, la première partie de ce rapport est consacrée à la présentation du marché pharmaceutique français en France, à l'officine et à l'hôpital : évolution des ventes de spécialités pharmaceutiques en valeur et en quantités, produits les plus vendus en officine et à l'hôpital, décomposition du marché officinal, concentration du marché selon les produits, marché officinal selon le statut des spécialités, âge des produits les plus vendus en 2003, décomposition du marché des spécialités pharmaceutiques remboursables par tranche de prix en 2003, marché officinal du générique en 2003. La seconde partie porte exclusivement sur les ventes aux officines et aux hôpitaux par classe ATC (Anatomique, Thérapeutique, Chimique) : classes les plus vendues, chiffres d'affaires des ventes, quantité d'unités vendues, évolution indiciaire des ventes de 1993 à 2003. Enfin, une nouvelle partie présente les ventes exprimées en nombre de DDJ.▲

30215
RAPPORT

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

Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres-clés 2004 - 1ère édition.

St Denis : AFSSAPS : 2005/11 : 14p., 8 graph., 4 tabl.

Bc5137

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/>

rapmed_chcle2004.pdf

Présentant les principaux résultats de l'année 2004, tels qu'ils ressortent d'une première exploitation des déclarations de ventes de spécialités pharmaceutiques, ce rapport vient tout à la fois anticiper et préparer l'édition complète publiée au début de chaque été. S'efforçant de retracer les évolutions les plus significatives, de mentionner les faits les plus marquants, de dégager les caractéristiques essentielles du marché pharmaceutique, ce document répond à la préoccupation de diffuser rapidement, sous une forme synthétique, les chiffres-clefs de l'année écoulée. Bien entendu, les données que contient ce rapport ne sont pas encore définitives mais les corrections qui y seront éventuellement apportées devraient être limitées et ne pas modifier les tendances dégagées. Ces deux documents, qui seront désormais publiés chaque année à environ six mois d'intervalle, apporteront tout à la fois les données de long terme indispensables pour dégager les tendances de fond mais aussi les données plus récentes dont on ne peut se passer pour étudier la conjoncture. Ainsi, on trouve dans cette nouvelle publication, des tableaux et graphiques accompagnés d'un commentaire, sur l'évolution des ventes de spécialités pharmaceutiques en France de 1994 à 2004 (chiffre d'affaires et unités vendues), l'évolution des parts du marché officinal de 1995 à 2004, la décomposition 2004 du marché officinal, la part des génériques remboursables, le marché 2004 des médicaments pouvant être rétrocédés, les parts de marché 2004 détenus par les produits les plus vendus, les cinquante produits les plus vendus en 2004, en officine puis à l'hôpital, et enfin les classes ATC niveau 2 les plus vendues en 2004, en officine puis à l'hôpital.



Pharmacovigilance

30116
RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). St Denis. FRA
Comité de coordination des vigilances des produits de santé - Bilan 2004 : principaux faits marquants des vigilances sanitaires.

St Denis : AFSSAPS : 2005/10 : 112p.

B5114

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/bilan05.pdf>

Ce bilan des alertes sanitaires en vigilances ne tend pas à l'exhaustivité. Il s'agit d'offrir au lecteur une vue d'ensemble des principaux dossiers d'alerte sanitaire, gérés par l'afssaps au cours de l'année 2004 et qui ont été présentés lors d'un

Comité de coordination des vigilances. Sont abordés quelques dossiers, faits marquant ayant trait à la vigilance en raison notamment, de leur caractère transversal, de leur gravité, de leur nouveauté, de leur exemplarité ou de leur intérêt didactique. Le système de vigilances couvre : la pharmacovigilance (médicaments), l'hémovigilance (produits sanguins labiles), la matériovigilance (dispositifs médicaux), la réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostic in vitro), la pharmacodépendance (stupéfiants et psychotropes) ; la biovigilance (organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes), et la cosmétovigilance (produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle). Ce bilan est introduit par un rappel, de la notion de vigilance sanitaire, de l'organisation des vigilances, des caractéristiques (indépendantes et distinctes) des vigilances, puis d'une information sur la composition et le rôle du Comité de coordination des vigilances.

Prescriptions

29707
NOTE

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnole. FRA

Analyse des prescriptions des héparines de bas poids moléculaire : résultats de l'enquête réalisée par la Mutualité Sociale Agricole.

Bagnole : CCMSA : 2000 : 6p., 14 tabl.
B5034

http://www.msa.fr/files/msa00/msa00_1090920903421_MOLECULAIRE2.pdf
La MSA a analysé quelques ordonnances comportant une HBPM (Héparines de Bas Poids Moléculaire) et remboursées entre le 1er janvier et le 28 février 1999, sélectionnées au hasard, par chacune des 49 caisses de MSA : caractéristiques d'âge et de sexe des patients, prescripteurs, prescription, pathologies et actes chirurgicaux ayant motivé la prescription, durée de traitement, suivi des patients (numération des plaquettes), puis conformité aux référentiels notamment concernant les indications de l'AMM, la surveillance préconisée, et la durée de traitement. ▲

31108
DOCUMENT DE TRAVAIL
MCADAMS (D.), SCHWARTZ (M.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

Perverse incentives in the Medicare Prescription Drug benefit.

Les incitations perverses dans le système de prescription des médicaments du Medicare.

NBER Working Paper Series ; n° 12008.

Cambridge : NBER : 2006/01 : 19p., tabl., graph., fig.

P193

www.nber.org/papers/w12008

We analyze some of the perverse incentives that may arise under the current Medicare prescription drug benefit design. In particular, risk adjustment for a stand-alone prescription drug benefit creates perverse incentives for prescription drug plans' coverage decisions and/or pharmaceutical companies' pricing decisions. This problem is new in that it does not arise with risk adjustment for other types of health care coverage. For this and other reasons, Medicare's drug benefit requires especially close regulatory oversight, now and in the future. We also consider a relatively minor change in how the benefit is financed that could lead to significant changes in how it functions. In particular, if all plans were required to charge the same premium, there would be less diversity in quality but also less budgetary uncertainty and less upward pressure on drug prices.

Publicité

31102

DOCUMENT DE TRAVAIL

LIZUKA (T.), ZHE JIN (G.)

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

Drug advertising and health habits.

La publicité du médicament et les comportements de santé.

NBER Working Paper Series ; n° 11770.

Cambridge : NBER : 2005/11 : 33p., tabl., graph., index

P193

www.nber.org/papers/w11770

We examine the effect of direct-to-consumer advertising (DTCA) of drug treatment on two important health habits, smoking and exercise, using the 1997-2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), the National Health Insurance Survey (NHIS), and MSA-level DTCA data. We find that the DTCA of tobacco cessation products increases the tendency to smoke for insured people with college education. Similarly, the DTCA related to four chronic conditions reduces the likelihood to engage in moderate exercise. These findings suggest that DTCA does not only affect pharmaceutical demand in

the short-run, but also have long-run impacts on people's health by affecting their health habits.

Régulation

30213

FASCICULE

JACOBZONE (S.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Education - Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.E.L.S.A.). Paris. FRA

Politiques pharmaceutiques dans les pays membres de l'OCDE : réconcilier les objectifs industriels et sociaux.

Paris : OCDE : 2000/04 : 100p., 1 ann., 19 graph., 20 tabl.

P179

[http://www.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c125685b0057c558c12568c400331a1e/\\$FILE/00075948.PDF](http://www.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c125685b0057c558c12568c400331a1e/$FILE/00075948.PDF)

[http://www.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD\(2000\)1](http://www.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2000)1)

La régulation du secteur pharmaceutique doit réconcilier des objectifs sociaux et privés. L'intervention publique poursuit des objectifs multiples, relatifs tant à la politique de santé qu'à la politique industrielle. De nombreux gouvernements de l'OCDE sont également profondément engagés en tant qu'acheteurs de médicaments dans des systèmes de santé financés sur fonds publics. Dans un premier chapitre, cette étude décrit des tendances récentes des dépenses pharmaceutiques et du financement. Un second chapitre discute l'économie des marchés du médicament. Un troisième chapitre offre une revue des politiques nationales et de leurs efforts pour équilibrer les objectifs publics et privés (Tiré du résumé d'auteur).

THS

30203

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). St Denis. FRA

Traitement hormonal substitutif de la ménopause : caractéristiques de l'utilisation en France, effets sur la survenue de cancers du sein et d'évènements cardiovasculaires en France, propositions d'études complémentaires.

St Denis : AFSSAPS : 2005/09 : 64p., 6 ann.,

graph., tabl.

B5135

<http://afssaps.sante.fr/pdf/10/thS1005.pdf>

Le problème de santé publique posé par l'utilisation des traitements hormonaux substitutifs (THS) a mobilisé les autorités sanitaires françaises et européennes à mesure qu'étaient publiés successivement les résultats de l'étude américaine WHI (Women's Health Initiative) en juillet 2002 et de l'étude anglaise MWS (Million Women Study) en août 2003. C'est essentiellement sur la base de ces deux études anglo-saxonnes que les risques liés à l'utilisation du THS ont été calculés et pris en compte pour élaborer les recommandations actuellement en vigueur (Mises au point de l'Afssaps, Rapport d'orientation Anaes/Afssaps). Dans ce contexte, il est apparu nécessaire de dresser un état des lieux de l'utilisation du THS en France, afin de pouvoir notamment mesurer à terme l'impact des recommandations. Un groupe de travail a été mis en place en mars 2004 par l'Afssaps en accord avec la Direction Générale de la Santé pour disposer de données suffisamment précises quant au niveau d'exposition et de risque de la population. Ce document présente les résultats de ce groupe qui avait pour missions de : - Décrire les caractéristiques de l'utilisation du THS en France à partir de différentes sources de données ; - Etudier l'impact éventuel du THS en termes de nombre de cas vis-à-vis du cancer du sein et des évènements cardiovasculaires, à savoir l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral ; - Proposer des études à mener en France pour évaluer l'impact d'une prise en charge médicamenteuse de la ménopause au cours du temps, prenant notamment en compte l'âge au début du traitement, la durée et le type de produits utilisés (Tiré de l'introduction).

TECHNOLOGIES MÉDICALES

Bilan

29767

OUVRAGE

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

Technologies de la santé et prise de décision : le projet de l'OCDE sur la santé.

Paris : OCDE : 2005 : 175p., 3 ann., graph., tabl. A3385

Les technologies de la santé offrent d'immenses perspectives : elles ont le pouvoir de modifier notre compréhension de la maladie, de transformer les prestations de services de santé, et d'améliorer les résultats dans ce domaine. Mais le recours à ces technologies a un prix. Les décisions qui gouvernent leur achat et leur utilisation doivent être fondées sur des observations solides permettant d'apprécier leur impact sur les soins et sur les résultats en matière de santé. Les pays de l'OCDE sont confrontés à une difficulté dans ce domaine : leurs décisions doivent s'appuyer sur les meilleurs éléments d'appréciation disponibles. Si de nombreux pays ont investi dans les outils d'évaluation des technologies de la santé, on dispose de peu de données sur leur rôle dans la prise de décision. Cet ouvrage analyse les facteurs qui entravent ou au contraire facilitent la prise de décision fondée sur des données d'observation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE. L'ouvrage étudie comment les pays peuvent maîtriser les opportunités et les défis associés aux technologies dans le domaine de la santé. Il s'agit notamment d'optimiser la prise de décision, de reconnaître la valeur de l'innovation, de gérer l'incertitude, ou encore de promouvoir et de coordonner l'évaluation de ces technologies. Enfin, cette publication examine également la capacité des systèmes de santé à faire face aux défis particuliers que pose l'envolée des biotechnologies dans le domaine de la santé (4ème de couverture).

Biotechnologie

29849

RAPPORT

KOPP (P.) / dir.

France Biotech. Paris. FRA

Panorama des biotechnologies en France : éditions de décembre 2004.

Paris : France Biotech : 2004/12 : 74p., 5ann., graph., tabl.

B5091

http://www.france-biotech.org/TEMPLATES/TemplateGenerique.Asp?ID_DOC=1073

France Biotech, association française des entreprises de biotechnologie et de leurs partenaires, présente la troisième édition de son étude sur la situation des entreprises de biotechnologies en France en 2003. Ce rapport s'appuie sur une base de données relative aux biotechnologies françaises, absolument unique. La définition conventionnelle de la biotechnologie adoptée par l'OCDE est "l'application des principes scientifiques et de l'ingénierie à la transformation de

matériaux par des agents biologiques pour produire des biens et services". De fait, l'industrie des biotechnologies comprend des entreprises qui développent des activités allant bien au-delà de cette définition. Le caractère profondément innovateur de la biotechnologie devrait conduire à en redéfinir fréquemment le périmètre alors que les impératifs propres à l'exercice de comparaison, d'une année sur l'autre, ou entre les pays, exige des définitions stables. Aussi, pour contourner cette difficulté, ce travail n'est pas basé sur une définition du périmètre d'étude fondée sur une définition stricte des biotechnologies. L'étude comprend quatre parties distinctes qui s'appuient sur quatre types différents de sources. La première partie est consacrée à l'environnement international des biotechnologies françaises et repose sur les différentes notes de conjoncture produites sur le secteur. La seconde partie est strictement consacrée au secteur français des biotechnologies et constitue ce que les auteurs appellent le " Panorama des biotechnologies " tel qu'il résulte de l'enquête menée en 2003. Ce Panorama est appelé à être actualisé chaque année à l'aide des données les plus récentes. La troisième partie est exclusivement consacrée au financement des biotechnologies. Elle offre l'occasion de présenter non seulement les données les plus récentes généralement à octobre 2004 décrivant le financement privé des biotechnologies, mais aussi les efforts publics en la matière. Ces données sont récoltées directement auprès des entreprises et des investisseurs. Des annexes complètent ce document et portent sur les brevets (critères de brevetabilité et grandes étapes de la procédure), sur les étapes des études cliniques, sur les investisseurs français, sur le dispositif de jeune entreprise innovante et sur l'étude des mécanismes d'innovation dans les sciences de la vie à travers le cas de l'Inserm entre 1983-2003.▲

30761

DOCUMENT DE TRAVAIL

BANTA (D.), RONCHI (E.) / coord.

Organisation de coopération et de développement économiques. (O.C.D.E.). Directorate for Science - Technology and Industry - Committee for scientific and technological policy. Paris. FRA
Health policy brief : ageing and technology - Working party on biotechnology.

Dossier de politique sanitaire : vieillissement et technologies - Groupe de travail sur les biotechnologies.

Paris : OCDE : 1998/06/16 : 49p., 4 ann., 1 graph., 10 tabl.

B5284

<http://www.oecd.org/dataoecd/34/10/2097624.pdf>

Le domaine de recherche " vieillissement et technologies " est encore largement inexploré. Cependant, l'OCDE tente de l'étudier, dans le cadre de ses travaux sur la santé et les technologies nouvelles et émergentes (notamment les biotechnologies) menés par le " Committee for Scientific and Technological Policy " (CSTP), ainsi que comme contribution à une étude multi-phase qui doit consolider et analyser les implications politiques du vieillissement des populations. Ce rapport est une première exploration des questions sur le vieillissement et les technologies. Il rassemble dans un premier temps les connaissances en la matière et aborde les liens entre technologies et baisse de la mortalité, les problèmes de mesure des résultats attribuables aux technologies, le concept d'état de santé, les dépenses de santé, les secteurs potentiels de développement des technologies dans les domaines préventif, curatif ou organisationnel. Il liste ensuite les importants projets de recherche et les centres travaillant sur ces thèmes au moment de la réalisation de ce document. Il s'intéresse enfin à l'intensité et à l'utilisation appropriée des technologies par, ou pour les personnes âgées, et suggère des pistes de recherche.

Coelioscopie

29243

RAPPORT

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service Evaluation en santé publique. St Denis. FRA

Coelioscopie en chirurgie du cancer colorectal.

St Denis La Plaine : HAS : 2005/03 : 105p., 6 ann., 32 tabl.

B4922

<http://www.has-sante.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/HomePage?ReadForm> => publications

Réalisé par l'ANAES au titre de son programme de travail 2004, l'Has diffuse ce document qui avait pour objectif l'évaluation de l'intérêt de l'utilisation de la coelioscopie dans le traitement chirurgical du cancer colorectal en comparaison avec la chirurgie ouverte (approche standard actuelle). L'étude a été réalisée sur la base d'une revue de la littérature. L'efficacité a été jugée sur des critères carcinologiques, techniques, de sécurité, de résultats techniques puis de résultats spécifiques du cancer colorectal. Finalement, les résultats carcinologiques de la coelioscopie dans le cancer colorectal ne sont pas différents de ceux de la chirurgie ouverte. En termes de servi-

ce médical rendu, les avantages à court terme démontrés de la coelioscopie semblent modestes. L'absence de données disponibles ne permet pas de juger du service médical rendu à plus long terme.

Dossier médical

30219

RAPPORT

FAROUDJA (J.M.), CARTON (M.), BERNARD-CATINAT (M.), LUCAS (J.), RAULT (J.F.)

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

Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données.

Paris : CNOM : 2005/06 : 66p.

B5147

<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/dmp.pdf>

<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/dm-pannexe.pdf>

Dans une première partie, ce rapport aborde quelques questions élémentaires comme les avantages et les inconvénients de l'informatisation ou les problèmes posés par la multiplication des dossiers (papier, électroniques, personnels). La suite du rapport est centrée sur le dossier médical personnel (DMP) : le DMP et la loi ; éthique et déontologie du DMP ; questions pratiques et principes incontournables. Dans sa conclusion, le rapporteur insiste sur la distinction que le praticien doit faire entre le DMP et son dossier professionnel (qui peut " rester le lieu des confidences intimes " et être organisé " selon sa méthode, ses habitudes et ses convictions ").

Evaluation

31099

RAPPORT

VELASCO-GARRIDO (M.), BUSSE (R.)

European Observatory on Health Systems and Policies. Londres. GBR

Health technology assessment : an introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe.

Evaluation des technologies médicales : une introduction aux objectifs, au rôle de l'évidence et à la structure en Europe.

Policy Brief.

Londres : Observatoire Européen sur les Systèmes et Politiques de santé : 2005 : 24p., fig.

B5319

This policy brief introduces the concept of "health technology assessment", which has been described as "the speciality of assistance to health policymaking" (Jonsson & Banta 1999) by means of evidence, describing what is meant by evidence. It then reviews the structures and institutions involved in health technology assessment at the European level.



Information médicale

29642

RAPPORT

LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.L.)

Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.). Rennes. FRA, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Comité régional de gestion. Rennes. FRA

Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "l'informatisation du cabinet médical".

Rennes : URMLB : 2004/01 : 43p., 36 tabl.

B5007

http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/7942_01.pdf

L'Urml a mené une enquête par questionnaire auprès de 120 généralistes représentatifs des généralistes bretons pour faire un état des lieux et préciser les besoins et les attentes des médecins généralistes bretons en matière de système d'information et faire valoir ces besoins au niveau régional pour le système d'information développé apporte une réelle plus value dans la pratique des médecins et non le contraire. Cette enquête apporte de précieux renseignements sur l'ancienneté de l'informatisation, sur la formation à l'informatique et les besoins de formation, sur l'environnement informatique du médecin (systèmes d'exploitation, périphériques, logiciels médicaux utilisés), sur la protection du matériel (logiciel antivirus, systèmes et fréquence des sauvegarde des données, sécurisation du transfert de données), sur le besoin de changement de matériel et de logiciels, sur les fonctions informatiques utilisées (fonctions médicales, de gestion, de communication avec d'autres pairs, de télétransmission), sur l'accès et l'utilisation d'internet (équipement, recherches sur internet, sites consultés), sur les problèmes rencontrés par les médecins avec l'informatique, sur les aspects positifs et négatifs de l'informatisation, puis sur le dossier du patient (support, contenu), son éventuel partage avec des confrères, et sur la transmission du dossier au patient.



Télémédecine

28883

RAPPORT

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Service évaluation technologique. Saint Denis. FRA, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Service évaluation économique. Saint Denis. FRA, Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA **Etat des lieux de la télémagerie médicale en France et perspectives de développement.** St Denis la Plaine : ANAES : 2003/06 : 95p., 10 ann., 12 tabl.

B4876

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametra-ge.nsf/HomePage?ReadForm> => Publications => Imagerie - radiologie

La télémagerie est caractérisée par la transmission d'images entre deux sites distants dans un but d'interprétation et de consultation. Elle fait partie intégrante de la télémédecine. Elle concerne des spécialités diverses telles que la radiologie, l'échographie, l'anatomopathologie ou l'endoscopie. Dans ce rapport, la télémagerie médicale a été limitée à la téléradiologie, incluant la neuroradiologie pour lesquelles la faisabilité a été démontrée, en particulier dans le domaine des urgences, et à la transmission d'échographies obstétricales. Le développement des technologies de l'information et l'évolution des modes d'exercice de la médecine devraient conduire à un déploiement de ces technologies en France. Dans ce contexte, la DHOS et l'Anaes ont souhaité recenser les facteurs d'échecs et de succès intervenant dans la mise en oeuvre de la télémagerie médicale, à partir d'une analyse critique de la littérature, complétée d'une enquête de terrain. Les facteurs qui interviennent dans la mise en oeuvre, le fonctionnement et la pérennité d'une application de télémagerie médicale sont d'ordre médical, technique, organisationnel, économique et réglementaire (incluant les aspects déontologique et juridique). Après avoir étudié tous les aspects participant à la mise en oeuvre de la télémagerie, l'Anaes liste quelques points clés de ce bilan et expose quelques perspectives à cette technologie.

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne

28751

RAPPORT

BUSSE (R.), RIESBERG (A.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HiT) : Germany.

Systèmes de santé en transition : Allemagne.
HiT ; vol 6 n° 9.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2004 : 234p., 2 carte, graph., tabl.

Ac3231, Bc4816

<http://www.who.dk/Document/E85472.pdf>

Ce document met à jour l'édition 2000 et fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Allemagne, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

Arménie

29622

FASCICULE

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

Highlights on health in Armenia.

Aperçus de la santé en Arménie.

Copenhague : Bureau régional de l'Europe de l'OMS : 2001/01 : 24p., graph., tabl.

B5001

<http://www.euro.who.int/document/e72377.pdf>

Ce document donne un aperçu de la santé en Arménie en cinq chapitres : le pays et sa population, l'état de santé, les conditions de vie, l'environnement et la santé, le système de santé.

Australie

28983

DOCUMENT DE TRAVAIL

COLOMBO (F.), TAPAY (N.)

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

Private health insurance in Australia : a case study.

L'assurance maladie privée en Australie : une étude de cas.

OECD Health Working Papers ; 8.

Paris : OCDE : 2003/10/30 : 48p., 4graph., 1 tab. B4879

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/54/22364106.pdf>

En dépit de l'assurance publique universelle, l'assurance maladie privée couvre presque la moitié de la population australienne, un taux élevé d'assurance en comparaison de la plupart des autres pays de l'OCDE. En reflétant ? la croyance qu'un système de santé qui fonctionne bien devrait être basé sur un système mixte d'assurance public et privé, les décideurs australiens ont encouragé le développement des arrangements privés de financement et de provision des soins de santé qui fonctionnent en parallèle du système public. L'assurance maladie privée est considérée comme un moteur pour augmenter le choix des fournisseurs de soins et des options de soins ainsi que pour réduire les coûts et la forte demande envers les hôpitaux publics. L'Australie est intervenue largement sur le marché de l'assurance maladie privée. La régulation a favorisé la prise en charge de risque et les politiques d'incitation ont stimulé l'adhésion à la couverture privée. Ce document analyse le marché de l'assurance maladie privée. Il décrit comment l'assurance maladie privée interagit avec le système public et évalue sa contribution à l'équité, l'efficacité et la réactivité du système de santé. Cette analyse identifie certains facteurs affectant la performance, y compris les caractéristiques du marché de l'assurance, la régulation et le cadre financier, l'organisation du système de santé, ainsi que les incitations et le comportement des différents acteurs (Tiré du résumé d'auteur).

Bahrein

29600

RAPPORT

PRIEUR (C.), GROSJEAN (D.)

Ministry of Health. Manama. BHR

Royaume du Bahreïn : implantation d'un système privé d'Assurance Maladie.

Manama : Ministry of Health : 200/03 : 30p. c, B4975

Le Royaume du Bahreïn souhaite transformer son système sanitaire, fondé sur un service public financé par l'Etat, en un système plus diversifié, comportant d'une part des producteurs de soins publics et privés et d'autre part un mécanisme de financement introduisant une assurance maladie obligatoire, réservée au départ aux seuls expatriés. C'est dans ce contexte que le Royaume a fait appel à l'expertise de Christian Prieur et Didier Grosjean pour l'aider à préparer l'implantation d'un " National Health Security Scheme ". Ce document est le résultat de cette mission d'experts français. Celle-ci n'a pas la prétention de présenter des solutions précises à tous les problèmes que pose l'introduction d'un régime d'assurance maladie obligatoire, mais elle tente de faire bénéficier le Ministre de la santé du Bahreïn de son expérience des systèmes de santé et de leurs financements. Ainsi, le rapport, en s'appuyant notamment sur les conclusions d'un rapport final de la Banque Mondiale de 2002, et sur les enseignements des expériences étrangères (expérience de l'évolution des systèmes dans les pays industrialisés, de l'introduction d'une assurance maladie dans des pays à revenus intermédiaires et dans les pays du Golfe), formule des orientations d'actions dans un processus étalé dans le temps en plusieurs étapes.



Bulgarie

28771

RAPPORT

KOULAKSAZOV (S.), TODOROVA (S.), TRAGAKES (E.), HRISTOVA (S.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.).

WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies.

Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : Bulgaria

Systèmes de santé en transition : Bulgarie.

HIT ; vol. 5 n° 2 2003 : 92p., graph., tabl.

24 réf.

Copenhague : Observatoire européen des sys-

tèmes de politiques de santé.

Bc4813

Ce document met à jour l'édition de 1999. Il fournit une description analytique du système de santé en transition (HIT) de la Bulgarie ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HIT (Health Care Systems in Transition).



Canada

30663

RAPPORT

MARCHILDON (G.R.), ALLIN (S.), MOSSIALOS (E.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.) Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : Canada.

Systèmes de santé en transition : Canada.

HIT ; vol 7 n° 3.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2005 : 156p., 1 carte, graph., tabl.

Bc5234

<http://www.who.dk/document/e87954.pdf>

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) du Canada, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).▲

31091

DOCUMENT DE TRAVAIL

DAY (K.), TOUSIGNANT (J.)

Ministère des Finances. Département des Finances. Ottawa. CAN, University of Ottawa. Department of Economics. Ottawa. CAN

Health spending, health outcomes, and per capita income in Canada : a dynamic analysis.

Dépenses de santé, résultats en santé et revenu par personne au Canada : une analyse dynamique.

Ottawa : Ministère des Finances : 2005/07 : 66p., tabl.

B5312

Bien qu'il y ait beaucoup de discussions entourant la croissance des coûts du système de santé au Canada, il existe peu d'analyses étudiant la relation entre les dépenses de santé et l'état de santé de la population au Canada. Ce document de recherche s'appuie sur la littérature existante et tente d'élaborer un modèle dynamique de la relation entre trois variables : le PIB réel par habitant, les dépenses de santé réelles par habitant et un indicateur de l'état de santé de la population. Les tests de racine unitaire et de co-intégration, avec ou sans bris structurel(s), permettent d'identifier le modèle dynamique approprié. L'analyse générale par sentiers de réponse est par la suite utilisée pour explorer la relation dynamique entre les trois variables. Plusieurs indicateurs de l'état de santé de la population sont utilisés lors de l'analyse : le taux de mortalité infantile, le taux comparatif de mortalité, ainsi qu'un indice composé. Ce dernier est calculé à l'aide de la méthode des composantes principales qui est appliquée à un ensemble d'indicateurs de santé semblables. Cela crée un indice réunissant une portion élevée de la variation totale de ces différents indicateurs. Les résultats obtenus pour le Canada sont comparés, lorsque cela s'avère possible, avec ceux de certains pays de l'OCDE. L'analyse présentée dans ce papier révèle l'existence d'une faible relation statistiquement significative entre les dépenses de santé par habitant, l'état de santé de la population et le PIB par habitant. L'absence d'une forte relation statistique est peut-être le résultat d'une mauvaise spécification du modèle ou indique qu'à des niveaux élevés de santé de la population, les gains provenant d'une augmentation des dépenses de santé sont faibles. ▲

31100

RAPPORT

BERLINGUET (M.), PREYRA (C.), DEAN (S.)

Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa. CAN

Comparing the value of three main Diagnostic-Based Risk-Adjustment Systems (DBRAS).

Comparaison des trois principaux systèmes d'ajustement des risques sur le diagnostic.

Ottawa : FCRSS : 2005/03 : 27p.

B5320

http://www.fcrrs.ca/final_research/ogc/pdf/berlinguet_final.pdf

Diagnostic-Based Risk-Adjustment Systems (DBRAS) are now widely used in the United States by healthcare payers and providers to identify the health status of individuals and predict their expenditures for the same year or the next year. That requires linking all diagnoses over a period of a year for an individual (from the same administrative databases input files as diagnosis related groups (DRG) and generating one (for the categorical systems) or many groups (for the so-called dichotomous variables groupers) for each individual. These systems can be used for funding under a capitation arrangement, identifying high-cost patients for case management, monitoring health status of groups of enrollees, and planning and evaluating the health services. This document is available on the CHSRF's web site. ▲

31194

RAPPORT

PONG (R.W.), PITBLADO (J.R.)

Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.). Ottawa. CAN

Geographic distribution of physicians in Canada : beyond how many and where ?

Distribution géographique des médecins au Canada : combien et où ?

Ottawa : CIHI : 2005 : 66p., tabl., graph., fig., ann.

B5334

http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_529_E&cw_topic=529&cw_rel=AR_1346_E

This new report looks at how physicians are distributed in Canada, using the latest available data from several sources. The spatial distribution of physicians is described in some detail. But the report seeks to go beyond presenting data on the distribution of physicians relative to the distribution of the Canadian population. It describes how physicians in communities of different sizes differ with respect to several demographic characteristics. As well, it discusses how much they do and what they do, and whether there are urban-rural differences. In particular, it documents urban-rural differences in the scope of practice of family physicians and discusses why such differences may have important implications. ▲

31239

DOCUMENT DE TRAVAIL

SKINNER (B.J.)

Fraser Institute. Vancouver BC. CAN

Paying more, getting less 2005 : measuring the sustainability of provincial public health expenditure in Canada.

Payer plus, obtenir moins en 2005 : mesurer la validité des dépenses publiques et provinciales de santé au Canada ?

Fraser Institute digital publication.

Vancouver : The Fraser Institute : 2005/10 : 28p., 14 fig.

B5370

www.fraserinstitute.ca/admin/books/files/PayingMoreGettingLess2005.pdf

Les dépenses de santé ont considérablement augmenté, ces dernières années, dans les régions canadiennes, et des modèles de projection pour 2050 semblent montrer que cette croissance va perdurer. L'exemple de l'Ontario est le pire des cas. L'objectif de ce rapport est de proposer des solutions pour remédier à cet état de fait : participation des assurés au financement des soins par des systèmes de co-paiements, coopération des producteurs de soins publics et privés pour une meilleure offre de soins publique ▲

31243

RAPPORT

Statistics Canada. Ottawa ON. CAN

Access to health Care Services in Canada : January to June 2005.

Accès au système de santé canadien : janvier à juin 2005.

Ottawa : Statistics Canada : 2005 : 26p., 9 tabl.

B5366

<http://www.statcan.ca/english/freepub/82-575-XIE2006001.pdf>

<http://www.statcan.ca/français/freepub/82-575-XIF2006001.pdf> (version française)

Statistics Canada continues to provide information regarding patients' experiences accessing care at the national and provincial levels. The preliminary results for 2005 indicate that waiting for care remains the number one barrier for those having difficulties accessing care. Median waiting times for all specialized services have remained relatively stable between 2003 and 2005 at 3 to 4 weeks, depending on the kind of care. Most individuals continue to report that they received care within 3 months. Patients' views about waiting for care have remained fairly stable between 2003 and 2005. While 70 to 80 percent indicated their waiting time was acceptable - there continues to be a proportion of Canadians who feel they are waiting an unacceptably long time for care. There was a significant increase between 2003 and 2005 regarding the percentage of those reporting waiting as a barrier for non-emergency surgery. This may be a result of the increase in the proportion of patients longer than

3 months for selected non-emergency surgery. It may also be the case that patients' perceptions regarding waiting for care may have been influenced in recent years as a result of the intense focus and attention paid to this issue by both policy-makers and the media. The results presented in this report are preliminary based on the first 6 months of data collection from the 2005 Canadian Community Health Survey. A fuller analysis, based on 12 months of data will be available in mid 2006. ▲

31244

RAPPORT

The Conference Board in Canada. Ottawa ON. CAN

Healthy provinces, healthy Canadians : a provincial benchmarking report.

Provinces en bonne santé, canadiens en bonne santé : un rapport provincial de benchmarking.

Ottawa : The Conference Board in Ottawa : 2006 : 33p., tabl.

B5365

www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=1533

This report explores the performance of provinces on a wide variety of health indicators. Its aim: to determine strengths and weaknesses so that the respective health systems can be improved. This publication breaks new ground in that it benchmarks the performances of the provinces on 70 health indicators grouped into the three categories of health status, health outcomes and health-care utilization and performance. Up until now, Canada had compared itself only to leading Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. No one had undertaken an internal comparison. This report shows which provinces are top performers and gives them a clear understanding of where their systems are strong and where they need to improve, and to which provinces they should look for best practices. Its analysis reveals that British Columbia and Alberta are the top provincial performers, but that all the provinces have room for improvement. In Manitoba, which ranked 10th overall, improvement is particularly needed in the categories of health status and health-care utilization and performance. This report also compared Canada to 23 leading OECD countries and found that it placed 11th.



Chypre

28745

RAPPORT

GOLNA (C.), PASHARDES (P.), ALLIN (S.),
THEODOROU (M.), MERKUR (S.),
MOSSIALOS (E.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Bureau Régional de l'Europe. Observatoire
Européen des Systèmes et des Politiques de
Santé. Copenhague. DNK, World Health Organi-
sation. (W.H.O.). WHO regional office for Euro-
pe. European observatory on health systems
and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : Cyprus.

Systèmes de santé en transition : Chypre.
HIT ; vol 6 n° 5.

Copenhague : Observatoire européen des sys-
tèmes et politiques de santé : 2004 : 117p., 1 car-
te, graph., tabl.

Ac3227

<http://www.who.dk/Document/E85255.pdf>

Ce document fournit, pour la première fois, une
description analytique du système de santé en
transition (HiT) de Chypre, ainsi qu'une synthèse
des programmes de réforme en développement.
L'organisation structurelle du système de santé,
les processus de décision, le financement et les
dépenses de santé, l'organisation du système de
soins et l'allocation des ressources sont abor-
dés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire
européen des Systèmes et des Politiques de
santé dans le cadre du projet HiT (Health Care
Systems in Transition).



Espagne

31240

DOCUMENT DE TRAVAIL

COSTA-FONT (J.), PONS-NOVELL (J.)

Universitat de Barcelona. Department de Teoria
Economics. Barcelone. ESP, Universitat de Bar-
celona. Department d'Econometria, Estadística I
Economia Espanyola. Barcelone. ESP, London
School of Economics. Health and Social Care.
(L.S.E.). London. GBR

Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system.

*Les dépenses de santé publiques et leurs
interactions spatiales dans un système de santé
décentralisé.*

Working papers in Economia : n° 139.

Barcelone : Universitat de Barcelona : 2005 :
32p., 3 tabl.

B5369

[http://www.ub.edu/ere/documents/papers/
139.pdf](http://www.ub.edu/ere/documents/papers/139.pdf)

One of the limitations of cross-country health ex-
penditure analysis refers to the fact that the fi-
nancing, the internal organization and political
restraints of health care decision-making are
country-specific and heterogeneous. Yet, a po-
tential solution is to examine the influence of
such effects in those countries that have under-
taken decentralization processes. In such a set-
ting, it is possible to examine potential
expenditure spillovers across the geography of a
country as well as the influence of the political
ideology of regional incumbents on public health
expenditure. This paper examines the determi-
nants of public health expenditure within Spanish
region-states (Autonomous Communities, ACs),
most of them subject to similar financing structu-
res although exhibiting significant heterogeneity
as a result of the increasing decentralization, re-
gion-specific political factors along with different
use of health care inputs, economic dimension
and spatial interactions.



Etats-Unis

28132

FASCICULE

RECTOR (R.), HEDERMAN (R.S.)

The Heritage Foundation. Washington DC. USA
**Deux Amériques : l'une riche, l'autre pauvre
? Comprendre les inégalités de revenus aux
Etats-Unis.**

Washington DC : The Heritage Foundation :
2004/08/24 : 16p., 9 graph., 1 tabl.

B4755

[http://www.heritage.org/Research/Taxes/
bg1791.cfm](http://www.heritage.org/Research/Taxes/bg1791.cfm)

Ce document reprend les données sur la disper-
sion des revenus aux Etats-Unis de l'enquête
permanente sur la population 2002 de l'US Bu-
reau of the Census, et les affine en clarifiant les
différents niveaux d'inégalités de revenus et en
appréciant les forces sociales et économiques
qui contribuent aux inégalités existantes. ▲

29601

RAPPORT

MAYS (J.), BRENNER (M.), NEUMAN (T.),
CUBANSKI (J.), CLAXTON (G.)

The Henry J. Kaiser Family Foundation.
Washington DC. USA, Actuarial Research Cor-
poration. (A.R.C.). Annandale. USA

Estimates of medicare beneficiaries out-of- pocket drug spending in 2006 : modeling the impact of the MMA.

Estimation du ticket modérateur pharmaceutique des bénéficiaires de Medicare en 2006 : modélisation de l'impact de la MMA (Medicare Modernization Act).

Washington : The Henry J. Kaiser Family Foundation (Washington office) : 2004/11 : 35p., 17 graph., 5 tabl.

B4796

<http://www.kff.org/medicare/upload/Executive-Summary-Estimates-of-Medicare-Beneficiaries-Out-Of-Pocket-Drug-Spending-in-2006-Modeling-the-Impact-of-the-MMA.pdf>

Ce rapport de la " Kaiser Family Foundation " analyse l'impact de la réforme de Medicare (the Medicare Modernization Act de 2003 applicable au 1er janvier 2006) sur les dépenses en médicaments de ses bénéficiaires (personnes âgées de 65 ans et plus).▲

29609

RAPPORT

POLLITZ (K.), BANGIT (E.), KEVIN (L.), KOFMAN (M.), MONTGOMERY (K.), WHELAN (H.)

Georgetown University Health Policy Institute. Washington DC. USA, American Diabetes Association. (A.D.A.). Alexandria. USA

Falling through the cracks : stories of how health insurance can fail people with diabetes.

"Tomber dans les failles (du système)" : récits sur la façon dont l'assurance maladie peut échouer avec le diabète.

Washington : Georgetown University Health Policy Institute : 2005/02/08 : 51p.

B4998

http://www.healthinsuranceinfo.net/diabetes_and_health_insurance.pdf

Ce document analyse les leçons qui peuvent être tirées, à propos du système américain de couverture maladie, d'expériences vécues par des personnes diabétiques en proie à des problèmes d'assurance maladie. Ainsi, du 27/03/2003 au 27/06/2004, les auteurs ont analysé 851 appels reçus par l'Association américaine du diabète pour des problèmes de couverture maladie. Ces appels concernaient des personnes de moins de 65 ans non assurées, ou dont l'assurance arrivait à expiration, ou qui vivaient encore d'autres problèmes. Ce document commence par exposer, dans son premier chapitre, les causes de perte d'assurance maladie. Puis il analyse ensuite, par type d'assurance (assurance individuelle privée, Cobra, Hippa, fonds des Etats pour la couverture des hauts risques, programmes publics), les problèmes de disponibilité, les problèmes d'accessibilité du point de vue

du coût (affordability), et les implications politiques accompagnées de propositions de solutions. Les deux derniers chapitres résument les problèmes des assurés, et invitent à réfléchir sur les conséquences de ces problèmes d'assurance (difficultés d'accès aux traitements, détérioration de l'état de santé, endettement, poids économique pour les familles). Enfin, en annexe, un tableau présente les coûts routiniers approximatifs mensuels des soins de deux patients diabétiques typiques, avec et sans complications.▲

30253

DOCUMENT DE TRAVAIL

FUCHS (V.R.)

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

Health care for the elderly : how much ? who will pay for it ?

Soins aux personnes âgées : combien ? Qui paiera pour ceux-ci ?

NBER Working Paper Series ; 6755

Cambridge : NBER : 1998/10 : 14p., 4 graph., 2 tabl.

P193

<http://papers.nber.org/papers/w6755.pdf>

The tendency of health care expenditures on the elderly to grow about 4 percent per annum more rapidly than the Gross Domestic Product could plunge the nation into a severe economic and social crisis within two decades. This paper describes recent growth in age-sex-specific health care utilization by the elderly and discusses the important role of technology in that growth. It also explores the potential for the elderly to pay for additional care through increases in work and savings. Efforts to Medicare embedded in broader policy initiatives that slow the rate of growth of health care expenditures and/or increase the income of the elderly (Résumé d'auteur).▲

30564

DOCUMENT DE TRAVAIL

ABRAHAM (J.M.), GAYNOR (M.S.), VOGT (W.B.)

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

Entry and competition in local hospital markets.

Entrée et concurrence sur les marchés des hôpitaux locaux.

NBER Working Paper Series ; n° 11649.

Cambridge : NBER : 2005/09 : 55p., tabl., graph., fig.

P193

There has been considerable consolidation in

the hospital industry in recent years. Over 900 deals occurred from 1994-2000, and many local markets, even in large urban areas, have been reduced to monopolies, duopolies, or triopolies. This surge in consolidation has led to concern about competition in local markets for hospital services. We examine the effect of market structure on competition in local hospital markets -- specifically, does the hardness of competition increase with the number of firms? We extend the entry model developed by Bresnahan and Reiss to make use of quantity information, and apply it to data on the U.S. hospital industry. In the hospital markets we examine, entry leads to a quick convergence to competitive conduct. Entry reduces variable profits and increases quantity. Most of the effects of entry come from having a second and a third firm enter the market. The fourth entrant has little estimated effect. The use of quantity information allows us to infer that entry is consumer-surplus-increasing.▲

30569

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRABOWSKI (D.C.), GRUBER (J.)

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

Moral hazard in nursing home use.

Le hasard moral dans l'utilisation des maisons de retraite.

NBER Working Paper Series ; n° 11723.

Cambridge : NBER : 2005/10 : 29p., tabl., graph., fig.

P193

Nursing home expenditures are a rapidly growing share of national health care spending with the government functioning as the dominant payer of services. Public insurance for nursing home care is tightly targeted on income and assets, which imposes a major tax on savings; moreover, low state reimbursement for Medicaid patients has been shown to lower treatment quality, and bed supply constraints may deny access to needy individuals. However, expanding eligibility, increasing Medicaid reimbursement, or allowing more nursing home bed slots has the potential to induce more nursing home use, increasing the social costs of long term care. A problem in evaluating this tradeoff is that we know remarkably little about the effects of government policy on nursing home utilization. We attempt to address this shortcoming using multiple waves of the National Long-Term Care Survey, matched to changing state Medicaid rules for nursing home care. We find consistent evidence of no effect of Medicaid policies on nursing home utilization, suggesting that demand for nursing home care is relatively inelastic. From

a policy perspective, this finding indicates that changes in overall Medicaid generosity will not have large effects on utilization.▲

30582

DOCUMENT DE TRAVAIL

DUGGAN (M.), SINGLETON (P.), SONG (J.)

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

Aching to retire? The rise in the full retirement age and its impact on the disability rolls.

Du mal à partir à la retraite : l'augmentation de l'âge à la retraite complète et son impact sur les listes d'invalidité.

NBER Working Paper Series ; n° 11811.

Cambridge : NBER : 2005/12 : 31p., tabl., graph., fig., ann.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11811.pdf>

In 1983 the federal government passed legislation that gradually increases the age at which individuals can receive full social security retirement benefits from 65 to 67 and reduces the generosity of benefits available at the early retirement age of 62. No corresponding changes were made to social security disability insurance (DI) benefits. This increase in the full retirement age will substantially increase individuals' financial incentives to apply for DI benefits. In this paper we use administrative data from the Social Security Administration to estimate the effect of this change on DI enrollment. Our findings indicate that the policy has contributed to the recent growth in the disability rolls with the effect concentrated among 63 and 64 year old men. When the policy is fully implemented, our estimates suggest that DI enrollment for this group of near elderly men will increase by 1.6 percentage points (13 percent). The overall effect would be modest, however, as it would account for just 1.3 percent of total DI enrollment and offset less than 4 percent of the estimated budgetary savings that will result from increasing the full retirement age.▲

31103

DOCUMENT DE TRAVAIL

HO (C.)

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

Insurer-provider networks in the medical care market.

Les réseaux assureur-producteur dans le marché des soins médicaux.

NBER Working Paper Series ; n° 11822.

Cambridge : NBER : 2005/12 : 54p., 12 tabl., ann.

P193

www.nber.org/papers/w11822

Managed care health insurers in the US restrict their enrollees' choice of hospitals to specific networks. This paper investigates the causes and welfare effects of the observed hospital networks. A simple profit maximization model explains roughly 63 per cent of the observed contracts between insurers and hospitals. I estimate a model that includes an additional effect: hospitals that do not need to contract with all insurance plans to secure demand (for example, providers that are capacity constrained under a limited or selective network) may demand high prices that not all insurers are willing to pay. Hospitals can merge to form "systems" which may also affect bargaining between hospitals and insurance plans. The analysis estimates the expected division of profits between insurance plans and different types of hospitals using data on insurers' choices of network. Hospitals in systems are found to capture markups of approximately 19 per cent of revenues, in contrast to non-system, non-capacity constrained providers, whose markups are assumed to be about zero. System members also impose high penalties on plans that exclude their partners. Providers that are expected to be capacity constrained capture markups of about 14 per cent of revenues. I show that these high markups imply an incentive for hospitals to under-invest in capacity despite a median benefit to consumers of over \$330,000 per new bed per year.▲

31105

DOCUMENT DE TRAVAIL

LEVY (H.)

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

Health insurance and the wage gap.

L'assurance maladie et la brèche du salaire

NBER Working Paper Series ; n° 11975.

Cambridge : NBER : 2006/01 : 40p., tabl., fig., graph.

P193 0051236

www.nber.org/papers/w11975

Estimates of labor market inequality usually focus only on wages, even though fringes account for almost one-third of total compensation. Using data from the Current Population Survey, I analyze coverage by own-employer health insurance coverage among full-time workers for women versus men, blacks versus whites and Hispanics versus whites. I find significant gaps in coverage for each of these groups. About two-thirds of the

gap for blacks or Hispanics is explained by differences in observable characteristics (primarily education and occupation). The gap for women is not explained by controlling for observables. Looking over the 20 year period from 1980 to 2000, I find that the adjusted gap in own-employer coverage for women has been relatively flat over this period and is consistently much smaller than the male/female wage gap (about half as large), so that measuring inequality in wages plus health insurance would result in a smaller estimate of male/female compensation inequality than measuring wages alone. The same is generally true for blacks although their health insurance gap is much closer in magnitude to their wage gap. For Hispanics, the health insurance gap is nearly identical to the wage gap and both are increasing over time.▲

31106

DOCUMENT DE TRAVAIL

MADRIAN (B.C.)

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

The US Health care system and labor markets.

Le système de santé américain et le marché du travail.

NBER Working Paper Series ; n° 11980.

Cambridge : NBER : 2006/01 : 34p., tabl., graph. P193

www.nber.org/papers/w11980

This paper provides a broad and general overview of the relationship between the U.S. health care system and the labor market. The paper first describes some of the salient features of and facts about the system of health insurance coverage in the U.S., particularly the role of employers. It then summarizes the empirical evidence on how health insurance impacts labor market outcomes such as wages, labor supply (including retirement, female labor supply, part-time vs. full-time work, and formal vs. informal sector work), labor demand (including hours worked and the composition of employment across full-time, part-time and temporary workers), and job turnover. It then discusses the implications of having a fragmented system of health insurance delivery--in which employers play a central role--on the health care system and health care outcomes.▲

31237

DOCUMENT DE TRAVAIL

HOEL (M.)

University of Oslo. Department of Economics.

Oslo NOR, CESIFO. München. DEU
Concerns for equity and the optimal co-payments for publicly provided health care.
A propos de l'équité et des co-paiements optimaux pour les soins de santé produits par le secteur public.
CESifo working paper ; n° 1620.
München : CESIFO : 2005/12 : 20p., tabl., fig., graph.
B5372

http://www.cesifo.de/DocCIDL/cesifo1_wp1620.pdf

In countries where health care is publicly provided and where equity considerations play an important role in policy decisions, it is often argued that an increase in co-payments is unacceptable as it will be particularly harmful to the less well-off in society. The present paper derives socially optimal co-payments in a simple model of health care where people differ in income and in severity of illness. The social optimum depends on the welfare weights given to persons with different levels of expected utility. Increased concern for equity may increase optimal co-payments for illnesses with homogeneous severity across the population. For illnesses where the severity varies strongly across the population, optimal co-payments go down as a response to increased concern for equity, provided income differences in the society are sufficiently small.

Europe

31196
RAPPORT
BREKKE (K.), NUSCHELER (R.), RUNE STRAUME (O.)
CESifo. Munich. DEU
Gatekeeping in health care.
Le contrôle de l'accès aux soins.
CESifo working paper ; n° 1552 - Category 9 : industrial organisation.
München : CESifo. : 2005/09 : 37p.
B5336
URL: http://www.cesifo.de/DocCIDL/cesifo1_wp1552.pdf - Tel.: +49(0)89/9224-1410 - Fax: +49(0)89/9224-1409 - office@cesifo.de
We study the competitive effects of restricting direct access to secondary care by gatekeeping, focusing on the informational role of general practitioners (GPs). In the secondary care market there are two hospitals choosing quality and specialisation. Patients, who are ex ante uninformed, can consult a GP to receive an (imperfect) diagnosis and obtain information about the secondary care market. We show that hospital

competition is amplified by higher GP attendance but dampened by improved diagnosing accuracy. Therefore, compulsory gatekeeping may result in excessive quality competition and too much specialisation, unless the mismatch costs and the diagnosing accuracy are sufficiently high. Second-best price regulation makes direct regulation of GP consultation redundant, but will generally not implement first-best.▲

31238

DOCUMENT DE TRAVAIL

ALBRECHT (J.), NEYT (M.), VERBEKE (T.)

Ghent University. Faculty of Economics and Business Administration. Gent. BEL

Bureaucratisation and the growth of health care expenditures in Europe.

La bureaucratisation et la croissance des dépenses de santé en Europe.

Ghent University Working Paper Series ; n° 2005/325.

Gent : Ghent University : 2005/10 : 18p., 3 tabl., fig.

B5371

http://www.FEB.UGent.be/fac/research/WP/Papers/wp_05_335.pdf

The public choice literature suggests that bureaucrats might join forces with specific pressure and industrial groups which advocate an expansion of health care activities. As a result, the ongoing process of bureaucratisation can be a driving force behind the overproduction of health care services. In addition, Michel Foucault was the first to depict medicalisation and normalisation as processes part of a broader institutional infrastructure set up to control individuals. Both processes require a strong bureaucracy, established by the ruling elites. For our empirical analysis, the share of government employment in total employment has been used as a proxy for bureaucracy. Our results show that the process of bureaucratisation has a very significant and positive influence on national health care expenditures per capita in 20 European countries. Together with the evolution of per capita income, we can conclude that the ongoing bureaucratisation is one of the driving forces behind the rise of health care expenditures in Europe. A similar conclusion holds for the research intensity of the country. However, the combination of a high level of bureaucratisation and a high research intensity results in lowering per capita health expenditures. Our results furthermore confirm that the ageing of the population is consistently not significant once bureaucratisation is included in the analysis.

Fédération de Russie

28759

RAPPORT

TRAGAKES (E.), LESSOF (S.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : Russian Federation.

Systèmes de santé en transition : Fédération de Russie.

HIT ; vol 5 n° 3.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2003 : 202p., 1 carte, graph., tabl.

Bc4814

<http://www.who.dk/document/e81966.pdf>

Ce document met à jour une version de 1998. Il fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la Fédération de Russie, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

Islande

28761

RAPPORT

HALLDORSSON (M.)

BANKAUSKAITE (V.) / ed.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : Iceland.

Systèmes de santé en transition : Islande.

HIT ; vol 5 n° 4.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2003 : 107p., 1 car-

te, graph., tabl.

Bc4815

<http://www.who.dk/document/e82881.pdf>

Ce document fournit, pour la première fois, une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Islande, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

Israël

28762

RAPPORT

ROSEN (B.), GOLDWAG (R.) / collab.

THOMSON (S.), MOSSIALOS (E.) / ed.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : Israel.

Systèmes de santé en transition : Israël.

HIT ; vol 5 n° 1.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2003 : 157p., graph., tabl.

Bc4812

<http://www.who.dk/document/E81826.pdf>

Ce document fournit, pour la première fois, une description analytique du système de santé en transition (HiT) d'Israël, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

Nouvelle-Zélande

31090

RAPPORT

MASKILL (C.), HIDGES (I.)

Ministry of Health. Wellington. NZL

New Zealand intersectoral initiatives for improving the health of local communities, 2005 : an updated literature review examining the ingredients for success.

Les initiatives intersectorielles de la Nouvelle-Zélande pour améliorer la santé des communautés locales en 2005 : une revue de la littérature actualisée examinant les ingrédients du succès.

Wellington : Ministry of Health : 2005 : 140p. B5311

Intersectoral health action aims to achieve health outcomes « in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector working alone » (Harris et al 1995: 7). This recognises that the determinants of the health of populations and communities are diverse, complex and multifactorial and therefore frequently beyond the capacity of the health sector to influence on its own. Central to the notion of intersectoral health action is the idea of setting up new processes for facilitating face-to-face dialogue between representatives of organisations and groups in the community who have the potential to influence health outcomes in various ways. This report reviews the results of studies examining the success and effectiveness of intersectoral initiatives for improving the health of local communities, with a particular focus on New Zealand evaluation studies completed between 1980 and 2005. Key characteristics of the initiatives covered in the report are : they are funded, governed and/or implemented across sectors under some kind of formal arrangement their aim is improving health status and reducing health inequalities they target people living in sub-national geographic areas (e.g. local region, city, small town or rural area).



Pays-Bas

28747

RAPPORT

DEN EXTER (A.), HERMANS (H.), DOSLJAK (M.), BUSSE (R.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : The Netherlands.

Systèmes de santé en transition : Pays-Bas.

HIT ; vol 6 n° 6.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2004 : 151p., 1 carte, graph., tabl.

Ac3228

<http://www.who.dk/Document/E84949.pdf>

Ce document fournit, pour la première fois, une description analytique du système de santé en transition (HiT) des Pays-Bas, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).



Pays en voie de développement

31101

DOCUMENT DE TRAVAIL

WAGSTAFF (A.)

Banque Mondiale. Washington. USA

Health systems in East Asia : what can developing countries learn from Japan and the asian tigers?

Les systèmes de santé en Asie occidentale : qu'est-ce-que les pays en voie de développement peuvent-ils apprendre du Japon et des tigres asiatiques ?

Working papers Serie ; n° WPS3790.

Washington : Banque mondiale : 2005/12 : 21p., 3 tabl.

B5321

The health systems of Japan and the Asian Tigers (Hong Kong (China), the Republic of Korea, Singapore and Taiwan (China)), and the recent reforms to them, provide many potentially valuable lessons to East Asia's developing countries according to this paper by Adam Wagstaff (The World Bank). All five systems have managed to keep a check on health spending despite their different approaches to financing and delivery.



Pays industrialisés

28870

DOCUMENT DE TRAVAIL

MILLAR (J.), MATTKE (S.)

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

Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries.

Choix d'indicateurs pour la sécurité des patients au niveau des systèmes de santé des pays de l'OCDE.

OECD Health Technical Papers ; n° 18.

Paris : OCDE : 2004/10/28 : 44p., 2 ann., 2 tabl. B4875

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs à la sécurité des patients. En suivant une méthodologie détaillée, le groupe d'experts a entrepris de sélectionner des indicateurs devant couvrir cinq grands domaines (infections nosocomiales, événements sentinelles, complications opératoires et post-opératoires, obstétrique, autres événements indésirables liés aux soins), et propose au final 21 indicateurs. Le rapport décrit la méthodologie employée pour les sélectionner, et démontre, arguments à l'appui, la viabilité scientifique et l'importance stratégique des 21 indicateurs retenus. Ce document fait parti d'un ensemble de numéros de cette série consacrés aux indicateurs de qualité des soins. Il n'est pas disponible en version papier. ▲

28872

DOCUMENT DE TRAVAIL

HERMANN (R.), MATTKE (S.)

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

Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries.

Choix d'indicateurs pour la qualité des soins en santé mentale au niveau des systèmes de santé des pays de l'OCDE.

OECD Health Technical Papers ; n° 17.

Paris : OCDE : 2004/10/28 : 34p, 2 ann. B4874

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/32/33865630.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs aux soins de santé mentale. En suivant une méthodologie détaillée,

le groupe d'experts a entrepris de sélectionner 12 indicateurs devant couvrir quatre grands domaines : le traitement, la continuité des soins, la coordination et les résultats. Le rapport décrit la méthodologie employée et démontre, arguments à l'appui, la viabilité scientifique et l'importance stratégique de ces 12 indicateurs. Ce document fait parti d'un ensemble de numéros de cette série consacrés aux indicateurs de qualité des soins. Il n'est pas disponible en version papier. ▲

29618

DOCUMENT DE TRAVAIL

PEARSON (M.), MARTIN (J.P.)

Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. (I.Z.A.). Bon. GER, Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.). Bonn. GER

Should we extend the role of private social expenditure ?

Doit-on étendre le rôle du secteur privé dans la dépense sociale ?

IZA Discussion paper ; 1544

Bonn : IZA : 2005/03 : 35p., 6 graph., 2 tabl. B4999

<ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp1544.pdf>

Un certain nombre de personnes prétendent qu'il y aurait de nombreux avantages à gagner en augmentant la participation du secteur privé à la protection sociale. Mais beaucoup de ses prétendus avantages macroéconomiques ne résistent pas à l'analyse. Néanmoins, il y a quelques raisons d'espérer que l'implication du secteur privé puisse promouvoir une efficacité microéconomique et que les services privés soient plus sensibles aux préférences des consommateurs qu'un secteur public en situation de monopole. A partir d'exemples d'expériences récentes mises en œuvre dans les pays de l'OCDE, concernant l'assurance maladie privée, le secteur de l'éducation pour les jeunes enfants, les soins aux personnes âgées et les pensions de retraites privées, le document parvient à trois grandes conclusions. Tout d'abord, l'ouverture du secteur de la protection sociale à une diversité d'acteurs apporte souvent plus de choix et d'innovation. Mais, les gains d'efficacité restent souvent limités. Enfin, si notamment l'on se réfère à ce dernier point, les effets distributifs d'une couverture par le secteur privé augmentent les problèmes sociaux de façon significative (inspiré du résumé d'auteur). Ce document a également été publié dans un document de travail de l'OCDE : OECD social - employment and migration working papers n° 23. ▲

31236

RAPPORT

CROMBIE (I.K.), IRVINE (L.), ELLIOTT (L.), WALLACE (H.)

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

National Health Service. Health Scotland.
Edinburgh. SCO

Closing the health inequalities gap : an international perspective.

Fermer la brèche aux inégalités sociales : une perspective internationale.

Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe : 2005 : 75p., fig.

B5373

www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/20051017_2

This report presents an analysis of official documents on government policies to tackle inequalities in health from 13 developed countries. All countries recognize that health inequalities are caused by adverse socioeconomic and environmental circumstances. However they differ in their definitions of inequalities and in their approaches to tackling the problem. Sweden and Northern Ireland have structured their overall public health policy to tackle the underlying determinants of inequalities in health. England is the only country with a separate comprehensive policy. Most countries also have policies on poverty, social inclusion, and social justice. These are motivated by a concern for human rights and dignity and deal primarily with the underlying causes of health inequalities. While broadly setting the same overarching goal, policies on health inequalities show many different features. Policymakers face two challenges: to ensure that strategies to tackle the macroenvironmental factors feature in policy on inequalities in health, and to ensure that health becomes a prominent issue in social justice policy. Few countries have a coordinated approach to tackling inequalities in health.



Portugal

28742

RAPPORT

BENTES (M.), DIAS (C. M.), SAKELLARIDES (C.), BANKAUSKAITE (V.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).
Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). European observatory on health systems and policies. Copenha-

gue. DNK

Health Care Systems in Transition (HiT) : Portugal.

Systèmes de santé en transition : Portugal.

HiT ; vol 6 n° 1.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : 2004 : 110p., 1 carte, graph., tabl.

Ac3224

<http://www.who.dk/document/e82937.pdf>

Ce document met à jour l'édition de 1999. Il fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) du Portugal, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).



Royaume-Uni

28780

RAPPORT

MASON (A.), STREET (A.)

Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres. GBR

To publish or not ? Experience and evidence about publishing hospital outcomes data.

Publier ou ne pas publier ? Expérience et éléments à propos de la publication des résultats hospitaliers.

Londres : OHE : 2005/04 : 108p., graph., tabl.

A3242

Ce rapport a pour objectif d'explorer, pour le système de santé britannique, les implications potentielles politiques et pratiques de la publication des résultats hospitaliers. Depuis le milieu des années 1980, il est devenu en effet populaire de publier des indicateurs de résultats hospitaliers et divers systèmes d'information hospitaliers sont nés dans divers pays européens et nord-américains. Pour répondre à son objectif, l'auteur décrit et critique quelques expériences développées au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Il analyse ensuite les points de convergences entre les deux pays, puis les avantages et inconvénients inhérents à la publication des résultats. Des recommandations sont ensuite formulées en fin d'étude.▲

29620

DOCUMENT DE TRAVAIL

SMITHIES (R.)

Centre for Analysis of Social Exclusion. (C.A.S.E.). London School of Economics. (L.S.E.). Londres. GBR

Public and private welfare activity in the United Kingdom : 1979 to 1999.

Activité d'aide sociale publique et privée au Royaume-Uni : 1979-1989.

CASEpaper ; 93.

Londres : CASE : 2005/03 : 39p., 5 ann., 1 graph., 9 tabl.

B5000

[http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/](http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/CASEpaper93.pdf)

CASEpaper93.pdf

Ce document analyse l'évolution du partage entre le secteur public et privé dans la dispensation de l'aide sociale au Royaume-Uni, sur les vingt dernières années. Cinq secteurs - éducation, maladie, services sociaux, logement, garanties de ressources, sécurité sociale - ont été examinés en trois points temporels : 1979/80, 1995/1996, 1999/2000. La classification de Burchardt (1997) a été utilisée pour classer les activités sociales en fonction de leur financement, de leur "fournisseur", et du type de secteur qui décide du fournisseur et/ou de la quantité de service. L'auteur arrive à la conclusion que l'évolution du partage public-privé dans la composition des activités sociales a été faible et progressive. A peu près la moitié des activités, baissant de 52 à 49 %, sont entièrement publiques. Environ un quart des activités, augmentant de 24 à 29 %, sont entièrement privées. Le reste représente un amalgame des deux secteurs. Dans le dernier groupe, on remarque une augmentation notable, dans le temps, du phénomène de contractualisation avec les services publics, qui passe de 6 à 10 % de l'ensemble des activités sociales (Tiré et traduit du résumé d'auteur).▲

30675

DOCUMENT DE TRAVAIL

AGENOR (P.R.)

University of Manchester. Centre For Growth & Business Cycle Research. (C.G.B.C.R.). Manchester. GBR

Health infrastructure in models of endogenous growth.

L'infrastructure de santé dans des modèles de croissance endogène.

Discussion Paper Series ; n° 062.

Manchester : CGBCR : 2005 : 44p., tabl.

B5244

<http://www.ses.man.ac.uk/cgbcr/DPCGBCR/dpcgbc62.pdf>

This paper studies the optimal allocation of government spending between infrastructure and health (which affects labor productivity as well as household utility) in an endogenous growth framework. A key feature of the model is that infrastructure affects not only the production of goods but also the supply of health services. The first part considers the case where health enters as a flow in production and utility, whereas the second focuses on a "stock" approach. Growth and utility-maximizing rules for output taxation and the allocation of public spending are derived. It is shown, in particular, that the welfare-maximizing share of spending on health exceeds the growth-maximizing share.▲

31096

DOCUMENT DE TRAVAIL

LEWIS (R.), DIXON (J.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

The future of primary care : Meeting the challenges of the new NHS market.

Le futur des soins primaires : rencontre avec les challenges du nouveau marché du NHS.

Londres : King's Fund Institute : 2005 : 32p.

B5316

http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/the_future_of_1.html

Primary care has been the subject of a quiet revolution in recent years, with the ending of the monopoly of provision by independently contracted GPs and the introduction of a range of new targets and new forms of first contact care. Now it is poised for further radical change with reforms to the structure and roles of primary care trusts and the introduction of practice-based commissioning and competition between primary care providers. This paper examines the potential impact of these changes and the role of primary care in the new NHS market, outlining some of the main challenges and suggesting possible ways forward.▲

31097

RAPPORT

MARTIN (R.), MCDONALD (R.), SIBBALD (B.)

National Primary Care Research and Development Centre. (N.P.C.R.D.C.). Manchester. GBR, Centre for Public Policy and Management. (C.P.P.M.). Manchester. GBR

Outpatient services and primary care : a scoping review of research into strategies for improving outpatient effectiveness and efficiency.

Services de consultation externe et soins primaires : une revue étendue de recherche sur

les stratégies susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'efficience des consultations externes.

Manchester : NPCRDC : 2005/10 : 169p., tabl. B5317

http://www.npcrdc.man.ac.uk/Publications/final_report.pdf?CFID=32222&CFTOKEN=45075216

A key government objective in NHS reform is to reduce waiting times for specialist care. Broadly speaking there are two strategic approaches to achieving this objective. The first is to increase hospital capacity and so achieve faster throughput of patients. The second is to reduce demand for specialist care by finding alternatives to outpatient treatment. This review is focused on the latter of these two strategies. ▲

31138

OUVRAGE

BRADSHAW (P.L.), BRADSHAW (G.)

Health policy for health care professionals.

La politique de santé pour les professionnels de santé.

Londres : Sage publications : 2004 : 158p., index A3409

Health Policy for Health Care Professionals is a contemporary guide to the health service, its origins and current agenda, which focuses on the challenges faced by health service workers in implementing government policy at local level. The book's aim is to help health care professionals make assessments of health policy by giving them an understanding of the ideological basis of the British health care system and the challenges facing the modern National Health Service. Beginning with the development of the NHS and its place within the broader context of state welfare provision, the book looks at the options available to governments in formulating policy which responds to health needs. It examines the policies set by recent governments and the feasibility of achieving objectives set by the current NHS Plan. Looking to the future, the book also identifies key issues for health policy in the next decade. Recognizing the reality of working in today's NHS, the authors highlight the tension which often exists between the formation and implementation of health policy. The central concern of policy makers to act for the collective good frequently creates problems for practitioners trying to align services with individual patient need and choice. ▲

31242

DOCUMENT DE TRAVAIL

PROPPER (C.), WILSON (D.), BURGESS (S.)

University of Bristol. Centre for Market and Pu-

blic Organisation. (C.M.P.O.). Department of Economics. Bristol. GBR

Extending choice in English Health Care : the implications of the economic evidence.

Etendre le choix au sein du système de santé anglais : les implications de l'évidence économique.

CMPO Working Paper : n° 05/133.

Bristol : University of Bristol, CMPO : 2005/08 : 20p.

B5367

<http://www.cepr.org/pubs/dps/DP5328.asp>

Extending choice in health care is currently popular amongst English, and other, politicians. Those promoting choice make an appeal to a simple economic argument. Competitive pressure helps make private firms more efficient and consumer choice acts as a major driver for efficiency. Giving service users the ability to choose applies competitive pressure to health care providers and, analogously with private markets, they will raise their game to attract business. The paper subjects this assumption to the scrutiny provided by a review of the theoretical and empirical economic evidence on choice in health care. The review considers several interlocking aspects of the current English choice policy: competition between hospitals, the responsiveness of patients to greater choice, the provision of information and the use of fixed prices. The paper concludes that there is neither strong theoretical nor empirical support for competition, but that there are cases where competition has improved outcomes. The paper ends with a discussion of the implications of this literature for policies to promote competition in the English NHS.



Union européenne

31093

RAPPORT

BERTINATO (L.), BUSSE (R.), FAHY (N.), LEGIDO-QUIGLEY (H.), MCKEE (M.), PALM (W.), PASSARANI (I.), RONFINI (F.)

European Observatory on Health Systems and Policies. Londres. GBR

Cross-border Health care in Europe.

Les soins de santé transfrontaliers en Europe.

Policy brief.

Londres : European Observatory on Health Systems and Policies : 2005 : 28p.

B5314

http://www.wm.tu-berlin.de/~mig/files/2005_publications/E87922.pdf

The increasing movement of citizens for work,

holiday and study, and of patients and health professionals, respectively, seeking or offering health care in an enlarged European Union calls for a better coordination of health systems and policies across the EU. In response to the challenge, the European Commission has set up a High Level Group to strengthen collaboration between Member States on health services and medical care. This policy brief aims to contribute to the discussion by providing a review of current information and issues relating to cross-border health care in Europe. Following an overview of current patterns of patient mobility, the policy brief looks in turn at the legal framework for mobility, the financial implications, approaches to quality monitoring and related patients' rights and liability issues.

PRÉVISION-ÉVALUATION

Analyse coût-efficacité

29807

CHAPITRE, COMMUNICATION

ANGERMEYER (M.C.), ROICK (C.), BECKER (T.), KILLIAN (R.), KIRCH (W.) / éd.

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

Cost-effectiveness of mental health service systems in the European comparison.

Etude comparée sur l'analyse coût-efficacité des services de santé mentale en Europe.

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

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

Berlin : Springer-Verlag : 2004 : 189-201, tabl.

A3330

Basé sur les résultats de l'étude Epsilon réalisée dans six villes d'Europe (Amsterdam, Copenhague, Londres, Santander et Vérone), cet article réalise une évaluation économique de la prise en charge de la schizophrénie.

Recommandations

28778

CONGRES

WILLIAMS (A.)

Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres.

GBR

What could be nicer than NICE ?

Qu'est-ce qui pourrait être plus réussi que NICE ?

OHE Annual Lecture 2004. : Londres, 2004

Londres : OHE : 2004/08 : 20p., 14 graph.

A3234

Ce document reprend le texte intégral d'Alan Williams, du Centre for Health Economics, présenté lors du séminaire annuel de l'OHE (Office of Health Economics) de 2004. Il y aborde diverses questions controversées sur rôle de NICE (National Institute for Clinical Excellence).▲

28890

CONGRES

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). St Denis. FRA

Société Française d'Economie de la Santé.

(S.F.E.S.). Paris. FRA, Société Française de Médecine physique et de Réadaptation.

(S.O.F.M.E.R.). FRA

Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique - Conférence de consensus - 9 décembre 2004. Paris (Assemblée nationale) : texte des recommandations.

Saint Denis La Plaine : ANAES : 2004 : 16p.

B4878

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametra-ge.nsf/HomePage?ReadForm> => Publications => Types d'études => Conférences de consensus

La Sofmer, la Sfes et l'Anaes ont tenter d'appliquer la méthode des conférences de consensus à la question centrale de la sortie du monde hospitalier et du retour et/ou du maintien au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique, sous l'angle économique. Le jury s'est efforcé de répondre à six questions : 1 - Quelles sont les caractéristiques des systèmes d'information existants et de ceux qu'il conviendrait de mettre en place ? Quelles sorties d'informations structurées sont attendues de ces systèmes ? 2 - Quelles sont l'ampleur du champ et les interactions à considérer pour organiser efficacement la prise en charge sur le plan économique ? 3 - Comment évaluer les innovations techniques dans le cadre de la prise en charge du retour et/ou du maintien au domicile ? 4 - Comment évaluer les innovations organisationnelles dans le cadre de la prise en charge du retour et / ou du maintien au domicile ? 5- La satisfaction du patient et des aidants est-elle un critère valide et crédible dans l'évaluation du retour et / ou du maintien au domicile ? 6 - Quelles re-

commandations proposer pour le financement du retour et/ou du maintien au domicile ? Le caractère ouvert de certaines questions et des réponses des experts, le manque de littérature comparée, de documentation à caractère scientifique et de données de niveau de preuve a rendu complexe le travail du jury. Celui-ci a donc décidé d'explicitier clairement sa lecture de chaque question et de s'en tenir, dans ses recommandations, à celles qui lui paraissaient de nature à faire progresser le plus concrètement possible l'objectif d'amélioration de la qualité au service du patient adulte sortant du monde hospitalier et évoluant vers la dépendance motrice ou psychique. Là où la littérature ne pouvait répondre, là où les experts ne pouvaient conclure, il s'est efforcé, à sa place dans le processus de la conférence de consensus, d'indiquer des orientations à travers ses recommandations.▲

30204

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique : recommandations - Actualisation octobre 2004.

Saint-Denis : AFSSAPS : 2004/10 : 12p., 4 ann., 2 graph.

B5136

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ostemrec.pdf>

L'Afssaps présente une réactualisation des recommandations concernant les stratégies thérapeutiques pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose post ménopausique. Une réactualisation globale de ces recommandations est prévue pour 2005, et prendra en compte de l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments, notamment le ranélate de strontium et l'ibandronate.▲

31163

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique : recommandations - argumentaires - Actualisation 2006.

Saint-Denis : AFSSAPS : 2006/01 : 114p., 11 ann., 2 graph., 14 tabl.

B5324

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/inrdrbp.htm> -

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ostemrec.pdf> (recommandations) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ostemarg.pdf> (argumentaire)

Ce document regroupe les recommandations et l'argumentaire formulés par l'Afssaps concernant le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Réalisé à partir d'une recherche bibliographique approfondie, il réactualise les publications précédentes. Les stratégies proposées ici tiennent compte de l'âge, des antécédents personnels de fractures et du résultat de la densitométrie, qui sont les déterminants essentiels du risque de fracture dans les 5 à 10 années suivantes. Elles s'appliquent aux patientes chez lesquelles les autres causes d'ostéopathie fragilisante ont été éliminées et l'ensemble des facteurs de risque de fracture a été évalué et quantifié. Le document précise les indications de l'ostéodensitométrie. Puis il évalue l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses (exceptés le tibolone, la calcitonine et certains biphosphonates, plus précisément les pamidronate et tiludronate), des traitements préventifs non pharmacologiques des fractures ostéoporotiques (protecteurs externes de hanche et exercice physique), et les stratégies thérapeutiques pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose postménopausique.▲

31164

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles : argumentaire - méthodologie - recommandations.

St Denis : AFSSAPS : 2004/07 : 33p., 3 ann., 1 tabl.

B5325

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/antibloc.htm> -

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ophtarg.pdf> (argumentaire) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ophtmeth.pdf> (méthodologie) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ophtreco.pdf> (recommandations)

Ce document regroupe l'argumentaire, la méthodologie et les recommandations publiés par l'Afssaps sur la prescription des antibiotiques par voie locale en ophtalmologie. Les traitements topiques ophtalmologiques comprennent des collyres, des pommades et des gels. La prescription d'un antibiotique local en ophtalmologie correspond à des indications précises et relève du bon usage des antibiotiques, en particulier en regard de l'écologie microbienne, avec le risque de sélection de mutants résistants au même titre que la prescription d'antibiotiques par voie générale. En pratique courante, la plupart des prescrip-

tions d'antibiotiques en collyre ou autres topiques à usage oculaire sont faites par des ophtalmologistes de ville, des médecins généralistes ou des pédiatres. La réévaluation de l'AMM, statuant sur la mise en liste I de tous les antibiotiques topiques en ophtalmologie, supprime toute délivrance d'antibiotique topique sans prescription médicale. Dans les infections oculaires superficielles, l'antibiothérapie topique offre une biodisponibilité au niveau de la surface oculaire égale ou supérieure à l'antibiothérapie générale et permet de traiter la plupart des infections graves de la surface oculaire (segment externe de l'oeil). L'antibiothérapie peut favoriser la sélection des mutants et/ou le développement d'espèces naturellement résistantes à l'antibiotique, surtout si elle est prolongée. L'antibiothérapie doit donc être courte, sauf cas particuliers. Ces recommandations, établies à partir d'une analyse approfondie de la littérature, ont pour but de : rappeler le diagnostic clinique et bactériologique des différentes infections de la surface oculaire ; préciser les indications des antibiotiques topiques (traiter ou ne pas traiter) ; situer la place des différentes molécules et formes galéniques. Ont été exclues de cette réflexion : les dacryocystites et les endophtalmies bactériennes, dont le traitement ne relève pas des présentations topiques ophtalmiques. Le document présente tout d'abord les spécificités de l'antibiothérapie oculaire superficielle (microbiologique et pharmacocinétique des antibiotiques de surface), les principales présentations ophtalmiques antibiotiques commercialisées, la tolérance aux antibiotiques locaux en ophtalmologie, puis les recommandations de prescription pour les pathologies infectieuses accessibles à un traitement local de surface (conjonctivites, kératites, blépharites).▲

31165

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires : argumentaire - méthodologie - recommandations.

St Denis : AFSSAPS : 2004/07 : 35p.

B5326

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/antibloc.htm> - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dermargu.pdf> (argumentaire) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dermeth.pdf> (méthodologie) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dermreco.pdf> (recom-

mandations)

Ce document regroupe l'argumentaire, la méthodologie et les recommandations publiés par l'Afssaps sur la prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires. Celui-ci ne concerne que les infections bactériennes superficielles primitives et secondaires (impetigos primitifs et secondaires, furoncles et autres pyodermites). Les brûlures, l'acné, la rosacée, les panaris, et les dermohypodermes type érysipèle sont exclues du champ de ces recommandations, de même que le cas particulier des patients immunodéprimés. Le document présente la pharmacologie des antibiotiques locaux utilisés en dermatologie, puis l'étiologie, le diagnostic, l'évolution et la prise en charge des infections cutanées primitives ou secondaires. Il aborde également l'éradication du portage de staphylococcus aureus dans le cadre de la prévention des infections staphylococciques cutanées récidivantes, puis la place de l'antibiothérapie locale dans la varicelle, l'herpès récurrent ou le zona non compliqué, et dans les plaies cutanées chroniques ou récentes y compris post-interventionnelles. Des recommandations de prise en charge sont ensuite formulées à partir d'une analyse approfondie de la littérature.▲

31166

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Antibiothérapie locale en ORL : argumentaire - méthodologie - recommandations.

St Denis : AFSSAPS : 2004/07 : 19p., 5 tabl.

B5327

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/antibloc.htm> - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/orlarg.pdf> (Argumentaire) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/orlmeth.pdf> (méthodologie) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/orlreco.pdf> (recommandations)

Ce document regroupe l'argumentaire, la méthodologie et les recommandations publiés par l'Afssaps sur l'utilisation de l'antibiothérapie locale en ORL. Les antibiotiques utilisés par voie locale en ORL sont presque toujours associés à d'autres principes actifs. De ce fait, il est difficile de déterminer avec certitude lequel est responsable d'un effet bénéfique ou indésirable. Pour la plupart de ces produits, il existe un risque de modification des flores saprophytes par une flore de substitution avec sélection de souches résistantes. L'administration d'un antibiotique local participe à la survenue de sensibilisation au produit, avec possibilité de réactions allergiques généra-

les (Grade C). Ces recommandations concernent les situations cliniques les plus courantes : otite externe, otite moyenne aiguë (OMA), otorrhée sur otite chronique à tympan ouvert, otorrhée sur aérateurs trans-tympaniques, perforation tympanique traumatique, rhinite et rhinopharyngites aiguës ou chroniques, rhinosinusites infectieuses bactériennes aiguës, angine. Les pathologies chirurgicales et péri opératoires ainsi que les situations particulières concernant les personnes immunodéprimées présentant un facteur de risque particulier ne sont pas abordées.▲

31169

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant : recommandations - argumentaire.

Saint-Denis : AFSSAPS : 2005/10 : 107p., 22 ann., graph., tabl.

B5328

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/antibio.htm>

L'AFSSAPS a analysé la place de l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte (pneumonie communautaire, bronchite aiguë de l'adulte sain, BPCO ou bronchite chronique obstructive) et de l'enfant (bronchiolites aiguës, bronchites aiguës, pneumonies aiguës communautaires acquises hors du milieu hospitalier) à partir d'une recherche bibliographique approfondie, pour en tirer des recommandations de schémas diagnostiques et thérapeutiques de ces pathologies. Ce document rassemble les recommandations et l'argumentaire.▲

31170

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant : recommandations - argumentaire.

Saint-Denis : AFSSAPS : 2005/10 : 82p., 12 ann., graph., tabl.

B5329

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/antibio.htm>

L'AFSSAPS a analysé la place de l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours

des infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant (rhinopharyngite, angine aiguë à streptocoque du groupe A, sinusite aiguë de l'adulte et de l'enfant, otite moyenne aiguë) à partir d'une recherche bibliographique approfondie, pour en tirer des recommandations de schémas diagnostiques et thérapeutiques de ces pathologies. Ce document rassemble les recommandations et l'argumentaire.▲

31171

RAPPORT

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA

Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique : recommandations.

St Denis : AFSSAPS : 2005/03 : 75p., 1 ann., 1 graph., tabl.

B5330

<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/indrpb.htm> -

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dysarg.pdf> (argumentaire) - <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dysreco.pdf> (recommandations)

Ce document est une actualisation des Recommandations de Bonne Pratique "Prise en charge des dyslipidémies" publiées par l'AFSSAPS en septembre 2000 et "Modalités de dépistage et de diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire" publiées par l'Anaes en janvier 2000. Il rassemble les recommandations et l'argumentaire. L'argumentaire, réalisé à partir d'une analyse approfondie de la littérature scientifique, développe les points suivants : l'hypercholestérolémie, facteur majeur de risque cardiovasculaire ; le dépistage des dyslipidémies ; les facteurs de risque associés à une dyslipidémie ; les nouvelles bases de la prise en charge des patients dyslipidémiques ; le schéma général de la prise en charge thérapeutique des dyslipidémies ; les nouvelles règles de prise en charge thérapeutique des patients dyslipidémiques ; le traitement du patient dyslipidémique ; les adaptations nécessaires aux populations spécifiques ; les principes du traitement et de sa surveillance. L'AFSSAPS en tire des recommandations pour la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique.



Risque cardio-vasculaire

28889

RAPPORT

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation

en Santé. (A.N.A.E.S.). Service Evaluation en santé publique. St Denis. FRA

Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global.

Saint Denis la Plaine : ANAES : 2004/06 : 103p., 6 ann., 2 graph., 39 tab., B4877

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametreage.nsf/HomePage?ReadForm> => Publications => Cardiologie - angiologie

La Direction générale de la santé (DGS) a saisi l'Anaes afin qu'elle évalue en 2004 les méthodes utilisées pour estimer le risque cardio-vasculaire global et en particulier la place des modèles de risque. Ce document présente donc une revue générale des méthodes d'estimation du risque cardio-vasculaire (RCV) global, centrée sur l'évaluation technique et la validation de l'estimation du RCV global par un modèle de risque. Il n'a pas pour objet de définir les options stratégiques qui découlent de l'utilisation d'un tel outil, pour lesquelles une évaluation clinique et économique devra être réalisée dans un second temps. Il s'intègre dans une démarche globale de l'Anaes de réactualisation et d'harmonisation des recommandations de prévention et de prise en charge des maladies cardio-vasculaires. Les questions abordées dans ce rapport sont les suivantes : - pourquoi passer d'une estimation du RCV global réalisée par la sommation des facteurs de risque à un modèle de risque ? - Quels sont les bénéfices attendus de l'utilisation d'un tel outil sur la prise en charge et le suivi des patients ? - L'utilisation d'un outil d'estimation du RCV global débouche-t-elle sur des stratégies décisionnelles argumentées et/ou validées ? - Quel(s) outil(s) correspond(ent) le mieux aux exigences ci-dessus parmi les outils existants ? L'étude est structurée en trois parties. Une première partie présente une synthèse des connaissances en ce qui concerne la prévention cardio-vasculaire, une comparaison des recommandations françaises et internationales en matière de prévention cardio-vasculaire, ainsi qu'un état des pratiques françaises de la prévention cardio-vasculaire et des méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire. La deuxième partie présente une revue systématique des outils d'estimation du risque cardio-vasculaire et de leur validation, en particulier une analyse descriptive et une évaluation de la performance des modèles de risque. La troisième partie analyse la question des avantages et des inconvénients du passage d'une estimation du RCV global par sommation des facteurs de risque à un modèle de risque combinant, par calcul mathématique, l'ensemble des facteurs de risque, ainsi que la place de cet outil comme aide à la communication et à l'éducation en santé.

MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Classification

30647

OUVRAGE

NAKACHE (J.P.), CONFAIS (J.)

Approche pragmatique de la classification.

Paris : Editions Technip : 2005 : 262p., tabl., graph., index

A3393

La classification est une branche de l'analyse statistique multidimensionnelle descriptive qui a fait l'objet de très nombreuses publications. Elle connaît, ces dernières années, un renouvellement et un développement considérables avec la multiplication de bases de données de plus en plus importantes, nécessitant une exploration fouillée (data mining) avant d'adopter un modèle probabiliste suggéré par les résultats. Les techniques de classification font appel à une démarche algorithmique et non à des techniques mathématiques complexes : les classes, obtenues après des opérations simples et répétitives, sont souvent faciles à décrire et à caractériser. Ce manuel pratique présente un large éventail de méthodes de classification, des plus classiques aux plus récentes, regroupées en trois types : classification hiérarchique ascendante et descendante ; construction d'une partition unique fondée sur différentes notions : similarité, densité, modèle probabiliste ou neuronal, graphique ; classification d'un ensemble de variables. La plupart des méthodes implémentées dans plusieurs logiciels statistiques est largement illustrée et l'interprétation des résultats occupe une place importante. Cet ouvrage intéressera les praticiens confrontés, dans leurs travaux, à des données multidimensionnelles importantes et exerçant dans de nombreux domaines : médecine, sciences sociales, industrie, marketing, psychologie, météorologie, documentation, etc. Il s'adressera également aux enseignants, chercheurs, ingénieurs, étudiants et pourra servir de support de cours dans les universités et les grandes écoles.

Comptes de la santé

28984

DOCUMENT DE TRAVAIL

INGHAM (L.), BENNETTS (R.), HYNES (T.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Australia - National health accounts 2000.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Australie - Comptes nationaux de la santé 2000.

OECD Health Technical Papers ; n° 1.

Paris : OCDE : 2004/09/24 : 37p., 3 ann., 8 graph., tabl.

B4881

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/43/33740628.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le premier de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Australie. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28985

DOCUMENT DE TRAVAIL

FORTIN (G.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Canada - National health accounts 1999.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Canada - Comptes nationaux de la santé 1999.

OECD Health Technical Papers ; n° 2.

Paris : OCDE : 2004/09/07 : 68p., 3 ann., 3 graph., tab.

B4882

<http://www.oecd.org/dataoecd/33/19/33733723.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé

en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le deuxième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS au Canada. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement. L'auteur a réalisé des tableaux de correspondance entre la classification utilisée par le Canada pour la publication de ses comptes nationaux de la santé et la classification internationale pour les comptes de la santé (SHA-ICHA - International Classification for Health Accounts), puis il analyse l'impact et les résultats obtenus par l'utilisation de cette nouvelle classification par rapport à la classification nationale.▲

28986

DOCUMENT DE TRAVAIL

NIELSEN (I. K.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Denmark - National health accounts 1999.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Danemark - Comptes nationaux de la santé 1999.

OECD Health Technical Papers ; n° 3.

Paris : OCDE : 2004/08/31 : 37p., 3 ann., 4 graph., tab.

B4883

<http://www.oecd.org/dataoecd/8/31/33697348.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le troisième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS au Danemark. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28987

DOCUMENT DE TRAVAIL

ZIFONUN (N.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Germany - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Allemagne - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 4.

Paris : OCDE : 2004/08/17 : 38p., 3 ann., 4 graph., tab.

B4884

<http://www.oecd.org/dataoecd/9/21/33664362.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le quatrième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Allemagne. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement. ▲

28988

DOCUMENT DE TRAVAIL

MARIA (M.), HAJDU (M.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Hungary - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Hongrie - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 5.

Paris : OCDE : 2004/09/22 : 39p., 3 ann., 13 graph., tab.

B4885

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/42/33740640.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont

mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le cinquième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Hongrie. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement. ▲

28989

DOCUMENT DE TRAVAIL

SAKAMAKI (H.), IKEZAKI (S.), YAMAZAKI (M.), HAYAMIZY (K.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Japan - National health accounts 2000.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Japon - Comptes nationaux de la santé 2000.

OECD Health Technical Papers ; n° 6.

Paris : OCDE : 2004/08/31 : 38p., 3 ann., 4 graph., tabl.

B4886

<http://www.oecd.org/dataoecd/8/32/33697370.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le sixième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS au Japon. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement. ▲

28990

DOCUMENT DE TRAVAIL

JEONG (H.S.)

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

l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Korea - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Corée - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 7.

Paris : OCDE : 2004/08/17 : 29p., 3 ann., 4 graph., tabl.

B4887

<http://www.oecd.org/dataoecd/8/45/>

33664407.pdf

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le septième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Corée. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28991

DOCUMENT DE TRAVAIL

MERINO-JUAREZ (M.F.), ALARCON-GOMEZ (M.G.), LOZANO-ASCENCIO (R.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Mexico - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Mexique - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 8.

Paris : OCDE : 2004/09/07 : 36p., 3 ann., 4 graph., tabl.

B4888

<http://www.oecd.org/dataoecd/33/15/>

33733586.pdf

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts "

(SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le huitième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS au Mexique. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28992

DOCUMENT DE TRAVAIL

VAN MOSSEVELD (C.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - The

Netherlands - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Les Pays-Bas - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 9.

Paris : OCDE : 2004/09/01 : 24p., 2 ann., 4 graph., tabl.

B4889

<http://www.oecd.org/dataoecd/7/47/>

33696649.pdf

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le neuvième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS aux Pays-Bas. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28993

DOCUMENT DE TRAVAIL

KAWIORSKA (D.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Poland -

National health accounts 1999.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Pologne - Comptes nationaux de la santé 1999.

OECD Health Technical Papers ; n° 10.

Paris : OCDE : 2004/08/17 : 49p., 3 ann., 4 graph., tabl.

B4890

<http://www.oecd.org/dataoecd/9/23/33664254.pdf>

33664254.pdf

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le dixième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Pologne. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28994

DOCUMENT DE TRAVAIL

RELANO TOLEDANO (J.), GARCIA

CALATAYUD (M. L.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Spain - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Espagne - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 11.

Paris : OCDE : 2004/09/14 : 42p., 3 ann., 8 graph., tabl.

B4891

<http://www.oecd.org/dataoecd/33/20/33733745.pdf>

33733745.pdf

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le onzième

de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Espagne. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28995

DOCUMENT DE TRAVAIL

ROSSEL (R.), GERBER (Y.A.)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Switzerland - National health accounts 2001.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Suisse - Comptes nationaux de la santé 2001.

OECD Health Technical Papers ; n° 12.

Paris : OCDE : 2004/08/17 : 41p., 3 ann., 4 graph., tabl.

B4892

<http://www.oecd.org/dataoecd/8/55/33664644.pdf>

33664644.pdf

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le douzième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Suisse. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.▲

28996

DOCUMENT DE TRAVAIL

KARTAL (M.), PZBAY (H.), ERKAN ERISTI (H.I)

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

SHA-based health accounts in 13 OECD countries : country studies - Turkey - National health accounts 2000.

Comptes de la santé basé sur le système SHA : études de pays - Turquie - Comptes nationaux de la santé 2000.

OECD Health Technical Papers ; n° 13.

Paris : OCDE : 2004/09/01 : 40p., 3 ann., 4 graph., tabl.

B4893

<http://www.oecd.org/dataoecd/7/49/33696739.pdf>

L'Unité des politiques de santé de l'OCDE et des experts originaires de treize pays Membres ont mené un projet visant à rendre compte des premiers résultats de la mise en œuvre du Système de comptes de la santé (SCS), également intitulé en anglais, " System of Health Accounts " (SHA). Ces résultats se présentent sous la forme d'une étude comparative (document de travail sur la santé n° 16 de l'OCDE) et d'un ensemble de rapports techniques sur la santé contenant des études par pays. Ce volume est le treizième de la série, il examine les comptes de la santé fondés sur le SCS en Turquie. Les dépenses de santé sont ventilées par fonction, par mode de production, par producteur et par source de financement.

Modèles économétriques

29819

DOCUMENT DE TRAVAIL

BAGO D'UGA (T.)

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

Latent class models for utilisation of health care.

Modèles "à classes latentes" de la consommation de soins.

HEDG Working Paper;05/01

York : HEDG : 2005/06 : 38p., 12 tabl.

B5080

http://www.york.ac.uk/res/herc/pdfs/wp/05_01.pdf

This paper explores different approaches to econometric modelling of count measures of health care utilisation, with an emphasis on latent class models. A new model is proposed that combines the features of the two most common approaches: the hurdle model and the finite mixture Negative Binomial. Additionally, the panel structure of the data is taken into account. The proposed model is shown to perform better than the existing models for a particular application with data from the RAND Health Insurance Experiment (Résumé d'auteur).▲

30576

OUVRAGE

BERCHTOLD (A.)

Chaînes de Markov et modèles de transition : applications aux sciences sociales.

Paris : Hermès : 2005 : 284p., index

A3388

Cet ouvrage est consacré à l'étude des chaînes de Markov et des modèles de transition. Il présente de façon claire et précise un ensemble de méthodes d'analyse novatrices ayant un très large champ d'application en sciences sociales et dans tous les domaines travaillant avec des données catégorielles. Prenant comme point de départ l'analyse des tables de contingence, l'auteur les transforme de façon à exploiter au maximum l'information qu'elles renferment. Des mesures de qualité et de pouvoir prédictif des données sont présentées, ainsi que des méthodes permettant une analyse dynamique des relations entre variables. ▲

31124

OUVRAGE

LOLLIVIER (S.)

Econométrie avancée des variables qualitatives.

Paris : Economica : 2006 : 171p.

A3406

L'économétrie des variables qualitatives s'est considérablement développée depuis le début des années 1980 et l'émergence des modèles de base (probit, logit...). Les causes sont diverses : besoin d'une meilleure compréhension des comportements individuels, capacités de calcul accrues. L'ouvrage vise à faire le point sur les développements récents : données longitudinales et endogénéité des variables explicatives. De fait, un bon nombre des techniques classiques sur variables continues peut être étendu aux variables qualitatives, au prix néanmoins d'hypothèses paramétriques plus restrictives et d'une complexité accrue des calculs.

Processus en santé

30516

RAPPORT

BALLY (B.), DURAND-ZALESKI (I.) / dir., DE VERNEJOU (N.) / dir.

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service évaluation des pratiques. St Denis La Plaine. FRA

Maîtrise statistique des processus en santé : comprendre et expérimenter.

St Denis La Plaine : HAS : 2004/12 : 92p., 3 ann., 24 graph.

B5190

<http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/>

nPDFFile/AT_LFAL-6DUJ98/\$File/
Maitrise_statistique_processus_guide.pdf?OpenElement

L'amélioration continue de la qualité nécessite des données chiffrées pour être rigoureuse et objective. L'utilisation d'indicateurs doit être privilégiée. Une approche processus est la mieux adaptée pour une amélioration continue de la qualité. Une méthode qualité de l'industrie, la maîtrise statistique des processus (MSP) appliquée en santé (MSPS), semble bien adaptée au suivi en continu d'indicateurs pour une amélioration dynamique de la qualité d'un processus. Ce document de vulgarisation sur la MSP a pour but d'inciter les professionnels de la qualité à exploiter leurs données disponibles dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Une première partie décrit les grands principes qui caractérisent la MSP. La deuxième partie est consacrée à l'utilisation de la MSP en santé. Des exemples bibliographiques illustrent le caractère dynamique de la méthode qui s'inscrit au sein d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Enfin, les annexes complétées par la bibliographie et des références Internet présentent aux lecteurs qui le souhaitent des informations complémentaires (D'après l'avertissement et le résumé de l'auteur).

Qualité des soins

30524

RAPPORT

BAHRAMI (S.), GRENIER-SENNELIER (C.),
MINVIELLE (E.)

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). St Denis La Plaine. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé. (C.R.E.G.A.S.). U537 - CNRS Esa 8052. Paris. FRA

COMPAQH : Conception et rôle des indicateurs de qualité dans l'évaluation des pratiques professionnelles : l'expérience COMPAQH.

Paris : CREGAS (Inserm) : 2005/06 : 33p., 3 ann., 3 graph., 1 tabl.

B5194

<http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/docs/EPP.pdf>

Le comité de pilotage du projet COMPAQH a adopté le respect des bonnes pratiques cliniques parmi ses huit Objectifs Prioritaires. Pour répondre à cet objectif, l'équipe de coordination a développé un ensemble d'indicateurs de bonnes pratiques professionnelles, dans ce cadre mé-

thodologique toujours ouvert. Des options ont été prises, avec la montée en charge, en 2005, de la collecte des données relatives à ces indicateurs, il devenait nécessaire d'explicitier les options prises. Ce rapport poursuit ainsi un double objectif : - décrire l'état de l'art en matière de construction d'indicateurs de bonnes pratiques cliniques, à partir d'une revue systématique de la littérature ; - présenter le positionnement du projet COMPAQH sur l'ensemble des points décrits. Ainsi, la première partie de ce rapport est consacrée à la stratégie de la recherche documentaire. La deuxième partie précise quelques définitions et concepts qui permettent de positionner les indicateurs de qualité dans le champ de l'évaluation des pratiques professionnelles, et dans celui plus général de l'évaluation de la qualité des soins. Sont notamment distinguées les deux acceptions possibles du terme "indicateur de qualité", selon que l'indicateur est perçu comme un outil (acception étroite) ou comme une méthode (acception large). Les auteurs expliquent également comment la "méthode indicateurs" s'appuie sur l'outil. Les chapitres 3 et 4 abordent successivement les éléments spécifiques à la méthode, puis à l'"outil indicateur". Enfin, le chapitre 5 décrit les différents modes d'utilisation envisageables de la "méthode indicateurs", l'objectif final étant, bien entendu, l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles (D'après l'introduction de l'auteur).

Revue des pertinence des soins

30511

RAPPORT

D'ALCHE-GAUTIER (M.J.), ERBAULT (M.), DE VERNEJOL (N.) / dir., DURAND-ZALESKI (I.) / dir.

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service évaluation des pratiques. St Denis La Plaine. FRA

Revue des pertinence des soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation.

St Denis La Plaine : HAS : 2004/11 : 91p., 3 ann., 6 graph.

B5189

[http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/AT_MALV-6DYJRY/\\$File/](http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/AT_MALV-6DYJRY/$File/Revue_pertinence_soins_guide.pdf?OpenElement)

Revue_pertinence_soins_guide.pdf?OpenElement

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des

soins. Cette méthode a été plus particulièrement utilisée dans le cadre de l'hospitalisation pour vérifier la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans un établissement de santé. C'est pourquoi ce guide développe la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation, qui permet d'améliorer la qualité par le repérage des admissions ou des journées non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions ou ces journées et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. L'identification des admissions ou des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères techniques simples regroupés dans une grille. Ainsi, le guide décrit, dans une première partie, l'outil AEPf (version française de l'AEP ou Appropriateness Evaluation Protocol) appliqué aux admissions ou aux journées d'hospitalisation, en insistant sur l'intérêt de l'outil et ses limites. La deuxième partie sera consacrée à la mise en œuvre pratique de la méthode revue de pertinence des soins en utilisant l'outil AEPf. Les auteurs illustrent le caractère dynamique de la démarche dans laquelle s'inscrit l'outil AEPf sous forme d'un PDCA : PLAN correspondant à la mise en place de la gestion de projet, DO à la mise en œuvre de l'AEPf, CHECK à l'analyse des résultats et ACT à la mise en place des plans d'action et à la réévaluation. La troisième partie ouvre sur des expériences concrètes d'utilisation d'autres grilles et permet de donner quelques conseils si l'on envisage l'extension de l'outil AEPf. Enfin, les annexes présenteront une revue de la littérature dans différents pays (anglo-saxons et européens, dont la France) et mettront à la disposition des professionnels de santé les grilles AEPf pour les admissions et les journées d'hospitalisation ainsi que leurs guides d'utilisation (Tiré de l'introduction).

Statistique explicative

30646

OUVRAGE

NAKACHE (J.P.), CONFAIS (J.)

Statistique explicative appliquée.

Paris : Editions Technip : 2003 : 282p., tabl., graph., index

A3392

Ce guide pratique présente trois méthodes de classement couramment utilisées et implantées dans plusieurs logiciels statistiques : l'analyse discriminante linéaire et quadratique ; le modèle logistique binaire et multinomial ; la segmentation par arbre de régression et de discrimination.

L'ouvrage insiste particulièrement sur les illustrations de ces trois méthodes, réalisées avec les logiciels SAS® et SPAD®, et sur l'interprétation des résultats. Ce livre s'adresse aux praticiens de l'analyse de données multidimensionnelles intéressés par les méthodes explicatives et exerçant dans de nombreux domaines : médecine, sociologie, économie, marketing, psychologie, météorologie, etc.

Théorie Malthusienne

30534

DOCUMENT DE TRAVAIL

EHRlich (I.), KIM (J.)

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

Endogenous fertility, mortality, and economic growth : can a malthusian framework account for the conflicting historical trends in population ?

Fécondité endogène, mortalité et croissance économique : la structure malthusienne peut-elle expliquer les tendances historiques conflictuelles de la population ?

NBER Working Paper Series ; n° 115904

Cambridge : NBER : 2005/08 : 31p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11590.pdf>

The 19th century economist, Thomas Robert Malthus, hypothesized that the long-run supply of labor is completely elastic at a fixed wage-income level because population growth tends to outstrip real output growth. Dynamic equilibrium with constant income and population is achieved through equilibrating adjustments in "positive checks" (mortality, starvation) and "preventive checks" (marriage, fertility). Developing economies since the Industrial Revolution, and more recently especially Asian economies, have experienced steady income growth accompanied by sharply falling fertility and mortality rates. We develop a dynamic model of endogenous fertility, longevity, and human capital formation within a Malthusian framework that allows for diminishing returns to labor but also for the role of human capital as an engine of growth. Our model accounts for economic stagnation with high fertility and mortality and constant population and income, as predicted by Malthus, but also for takeoffs to a growth regime and a demographic transition toward low fertility and mortality rates, and a persistent growth in per-capita income.

DÉMOGRAPHIE-MODE VIE

Conditions de travail

31027

RAPPORT

YILMAZ (E.)

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy le Grand. FRA

Pénibilité du travail : évaluation statistique.

Noisy le Grand : Centre d'études de l'emploi : 2006/01 : 83p.

C, B5298

<http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/>

penibilite_travail_evaluation_statistique_55.pdf

Cette étude du Centre d'études de l'emploi (CEE) fournit des évaluations numériques des salariés touchés par les " pénibilités " du travail à partir des enquêtes santé/travail et notamment de l'enquête SUMER, outil d'évaluation des expositions aux risques professionnels des salariés en France. Le rapport propose différentes variantes d'évaluation des salariés exposés aux différentes formes de " pénibilités ", correspondant à différents degrés d'exposition et sélectionnant donc des populations plus ou moins nombreuses. Deux critères principaux ont été retenus dans l'enquête SUMER : la durée d'exposition hebdomadaire et le cumul de pénibilités.

Enseignement

30235

OUVRAGE

Ministère de l'Education Nationale - de la Recherche et de la Technologie. (M.E.N.R.T.). Direction de la Programmation et du Développement. Paris. FRA

Repères et références statistiques sur les enseignements et la formation : édition 2005.

Vanves : Direction de la Programmation et du Développement : 2005 : 383p., index

A3366

<http://www.education.fr>

Publié depuis 1984, cet ouvrage propose une description d'ensemble du système éducatif français, qui s'appuie sur les travaux de la Direction de la programmation et du développement. Un ouvrage de référence qui apporte une information statistique détaillée sur tous les domaines de l'Éducation nationale. Des textes clairs et synthétiques commentent les tableaux, graphi-

ques et cartes. Les définitions, la table des sigles, la bibliographie font de cet ouvrage un outil indispensable. Plus de 140 thèmes remis à jour d'année en année, répartis en douze chapitres, dont l'un consacré aux DOM-TOM et un autre à la recherche en France.

Histoire familiale

30502

OUVRAGE

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

Babies and bosses : reconciling work and family life - Canada, Finland, Sweden and the United Kingdom - Volume 4.

Bébés et employeurs : comment réconcilier travail et vie de famille - Canada, Finlande, Suède et Royaume-Uni - Volume 4.

Paris : OCDE : 2005 : 244p., 1 ann., enc., graph., tabl.

A2872/4

Établir un équilibre convenable entre vie familiale et vie professionnelle est un enjeu auquel tous les parents sont confrontés. Bon nombre de parents et d'enfants, au Canada, en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède, sont satisfaits de leur organisation. Beaucoup d'autres, toutefois, ont de grandes difficultés à assumer l'une ou l'autre de ces responsabilités, et leur bien-être personnel s'en ressent. Certaines personnes voudraient avoir des enfants, mais ne voient pas comment concilier cette responsabilité et leur situation professionnelle. D'autres parents sont heureux du nombre d'enfants que compte la famille mais souhaiteraient travailler davantage, soit par souci d'accomplissement personnel, soit pour augmenter le revenu familial, ou pour ces deux raisons. D'autres parents, comblés par leur situation familiale, aimeraient aussi parfois avoir des horaires de travail différents ou réduire leur temps de travail pour s'occuper davantage de leurs enfants mais ne le font pas parce qu'ils ne peuvent assumer une baisse de revenus, ou parce qu'ils ne veulent pas compromettre leurs perspectives professionnelles. Si les parents ne parviennent pas à instaurer l'équilibre souhaité entre vie familiale et vie professionnelle, non seulement leur bien-être diminue mais ils réduisent aussi leur offre de travail, ce qui freine le développement économique. Une diminution du taux de natalité a des conséquences évidentes sur l'offre future de main d'œuvre et sur la viabilité des régimes de protection sociale. Comme les parents jouent un rôle crucial dans le développement de l'enfant, et donc dans celui des sociétés de demain, les responsa-

bles politiques ont de nombreuses raisons de les aider à mieux concilier famille et travail. Ce volume traite du Canada (notamment de la Province de Québec), de la Finlande, du Royaume-Uni et de la Suède. Il analyse un large éventail de mesures existantes : les politiques de réforme des systèmes de fiscalité/prestations, les politiques de gestion des systèmes de garde des enfants, ainsi que les politiques de l'emploi et les pratiques professionnelles des entreprises. Cet ouvrage montre en quoi ces mesures orientent le comportement des parents sur le marché du travail et peuvent avoir des répercussions sur le développement de la famille. Ce volume propose également des options de réforme afin de mieux concilier travail et exigences familiales dans les quatre pays en question (4ème de couverture). Cette étude fait partie de la série " Bébés et Employeurs " qui consiste en des études comparatives des politiques en faveur de la réconciliation entre vie professionnelle et vie familiale. D'autres pays ont été étudiés dans trois autres volumes publiés précédemment. Un rapport de synthèse est prévu en 2005.

Indicateurs

30208
CONGRES
ROBINE (J.M.), LE ROY (S.), JAGGER (C.)
European Health Expectancy Monitoring Unit.
(E.H.E.M.U.). Montpellier. FRA
Changes in life expectancy in the European Union since 1995 : similarities and differences between the 25 EU countries.
Europe Blanche XXVI : Budapest, 2005/11/25-26
Montpellier : EHEMU : 2005 : 54p., ann., graph.
B5144
Recueil des communications données à "Europe Blanche XXVI" à Budapest les 25 et 26 novembre 2005. Le principal thème de ces journées fut l'évolution de l'espérance de vie depuis 1995 : similarités et différences dans l'Union Européenne. ▲

31113
RAPPORT
Institut National des Etudes Démographiques.
(I.N.E.D.). Paris. FRA
L'évolution démographique de la France et de l'Europe : données 2002-2003 - 33e rapport présenté au parlement par le ministère de l'Emploi de la Cohésion sociale et du Logement et le ministère de la Santé et des Solidarités.

Paris : INED : 2005/12 : 77p., graph., tabl.
P27/1

En application de l'article L.2214-3 du code de la santé publique, l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), avec le concours de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), présente au parlement le trente troisième rapport annuel sur l'évolution démographique annuelle de la France et de l'Europe. La première partie retrace l'évolution démographique en France métropolitaine en 2003. Elle est complétée par un éclairage régional sur la fécondité à la fin des années quatre-vingt-dix. Enfin, la dernière partie de cette préface présente l'évolution démographique en Europe dans le contexte de l'élargissement.

Mortalité

29815
DOCUMENT DE TRAVAIL
BALIA (S.), JONES (A. M.)
The University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR
Mortality, lifestyle and socio-economic status.
Mortalité, mode de vie et statut socio-économique.
HEDG Working Paper;05/02
York : HEDG : 2005/06 : 45p., tabl.
B5078
http://www.york.ac.uk/res/herc/pdfs/wp/05_02.pdf
Ce document utilise l'enquête britannique sur la santé et les modes de vie (British Health and Lifestyle Survey) de 1984-1985 et la cohorte de mai 2003 pour étudier les déterminants du risque de mortalité prématurée au Royaume-Uni et la contribution des modes de vie aux inégalités socio-économiques de santé. Une analyse décomposée de la probabilité de mortalité montre que, en tenant compte de l'endogénéité, les modes de vie contribue fortement aux inégalités de santé, atténuant le rôle direct des facteurs socio-économiques. Ainsi, cette étude contredit la position largement partagée par les épidémiologistes qui affirment que les modes de vie n'apportent qu'une contribution mineure dans les gradients socio-économiques de santé observés.

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Développement durable

30616

DOCUMENT DE TRAVAIL

MIRA D'ERCOLE (M.), SALVINI (A.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques.(O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Towards sustainable development : the role of social protection.

Vers un développement durable : le rôle de la protection sociale.

OECD social - employment and migration working papers ; 12

Paris : OCDE : 2003/08/19 : 104p., 3 ann., 29 graph., 7 tabl.

B5226

[http://www.oecd.org/document/4/](http://www.oecd.org/document/4/0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html)

0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html

- <http://www.oecd.org/dataoecd/19/2/16362056.pdf>

Si les discussions sur le développement durable adoptent généralement un point de vue global, ce rapport est principalement consacré aux questions sociales qui sont spécifiques à tous les pays de l'OCDE. A ce niveau, un aspect primordial pour la discussion sur les aspects sociaux du développement durable est le rôle des systèmes de protection sociale pour la cohésion sociale. Si les aspects intergénérationnels du développement durable sont souvent exprimés sous forme de besoins de préserver différents types de capital (produit par l'homme, naturel, humain et social), ce document montre que la pérennité des institutions, et en particulier de celles qui concernent les besoins sociaux des individus, est également importante pour arriver à un développement durable. Le système de protection sociale est un élément essentiel de ces institutions. Sa pérennité nécessite de préserver sa capacité à répondre aux besoins des citoyens, aujourd'hui et à l'avenir, en s'adaptant aux modifications radicales qui sont intervenues dans le contexte dans lequel historiquement il a été mis en place. Les tendances affectant la pérennité des systèmes de protection sociale peuvent être regroupées en quatre catégories. D'abord, les évolutions démographiques telles que l'allongement de la durée de vie, la diminution de la fécondité et de plus grandes pressions migratoires ont créé de nouvelles demandes

pour les systèmes de protection sociale et ont accru le coût du financement des programmes existants. En second lieu, la modification du rôle joué par les familles, dans le sens d'une plus grande diversité des situations familiales et d'un relâchement des liens avec les autres membres de la famille a affaibli pour beaucoup d'individus leurs liens sociaux, accru leur isolement et créé un besoin d'autres formes de soutien. En troisième lieu, le changement des conditions d'emploi, de la nature du travail et du chômage a exercé une pression sur la protection sociale afin de mieux concilier les besoins d'une flexibilité plus grande des entreprises et ceux de sécurité des travailleurs face aux risques anciens et nouveaux. Quatrièmement, les changements intervenus dans la répartition des ressources économiques, qui impliquent une inégalité croissante dans la répartition des revenus marchands et l'aggravation de la situation relative de certains groupes de population, ont souligné l'insuffisance des politiques visant à remédier a posteriori à cette aggravation, par la fiscalité et par des transferts sociaux, et accru l'importance des mesures préventives visant les personnes qui risquent le plus l'exclusion. Tous ces changements ont modifié la nature des risques auxquels les individus doivent faire face. Ils ont fait apparaître des besoins nouveaux et de nouvelles contraintes affectant la capacité des différents acteurs à faire face à ces risques. Lorsque des institutions ne s'adaptent pas à ces évolutions, elles finissent par manquer leur cible, et par utiliser de mauvais instruments, au mauvais moment. Aussi, l'étude examine les besoins et les risques que rencontrent les individus à différentes étapes de leur vie (Extrait du résumé d'auteur).

Modèle

29765

OUVRAGE

GRANGER (C.W.J.), GUESNERIE (R.) / préf.

Modélisation empirique en économie : spécification et évaluation.

Paris : Economica : 2005 : 76p.

A3321

Dans ces trois articles, le professeur Granger explique comment construire et évaluer des modèles empiriques. Dressant un large échantillon d'exemples et d'esquisses issus de la politique et de l'économie de l'environnement aussi bien que de la littérature, de l'art ou des loisirs, il combine la rigueur et l'intuition pour proposer une vue unique et distrayante sur l'un des sujets les plus in-

téressants de la science économique moderne. Le premier chapitre s'intéresse aux définitions et aux hypothèses. Le processus conduisant à la spécification d'un modèle est analysé à propos de l'exemple de la déforestation de l'Amazonie brésilienne. Le chapitre 2 examine la question de l'évaluation, indique que les économistes n'effectuent pas assez d'évaluations et que les modèles doivent être jugés à la qualité de leurs résultats. Dans le chapitre 3, on cherche comment évaluer des prévisions à différents niveaux de complexité croissante et en utilisant des approches techniques plus élaborées que dans les chapitres précédents.



Revenus

28223

DOCUMENT DE TRAVAIL

*GUILLEMIN (O.), LE VERRE (R.),
MAILLOCHON (A.), VALDELIEVRE (H.)*

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Division Revenus et Patrimoine des ménages. Paris. FRA

Revenus et niveaux de vie en 2000 et 2001 en France métropolitaine.

Document de travail ; F0408

Paris : INSEE : 2005/03 : 170p., tabl.

B4802

http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/F0408.pdf

Ce document de travail complète la littérature déjà existante sur l'enquête nationale Revenus fiscaux. Il résulte de l'appariement des déclarations fiscales et de l'enquête Emploi. Les nombreux résultats qui y sont présentés couvrent les années de revenus 2000 et 2001. Ce sont à ce jour les données les plus récentes puisque l'enquête Revenus fiscaux doit s'adapter à la nouvelle enquête emploi en continu. Le champ est celui de la France métropolitaine. L'objectif de l'enquête est la mesure d'un revenu " économique ", soit ce dont les ménages ont disposé au cours d'une année pour consommer ou épargner. Mais il existe différentes définitions de revenus du ménage. Le revenu déclaré, le revenu perçu et le revenu initial sont des revenus calculés avant transferts, c'est-à-dire approximativement avant imposition et prestations. Tandis que le revenu disponible est calculé après transfert. Enfin, le niveau de vie est le revenu disponible du ménage divisé par son nombre d'unités de consommation. Ainsi, ce document présente, pour chaque type de revenu, leur ventilation en

fonction des caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques du ménage, ainsi que la distribution des niveaux de vie.▲

30618

DOCUMENT DE TRAVAIL

*IMMERVOLL (H.), MARIANNA (P.), MIRA
D'ERCOLE (M.)*

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Benefit coverage rates and household typologies : scope and limitations of tax-benefit indicators.

Taux de couverture sociale et typologies des ménages : étendue et limites des indicateurs impôts-prestations.

OECD social - employment and migration working papers ; 20

Paris : OCDE : 2004/12/17 : 89p., 1 ann., graph., tabl.

B5227

<http://www.oecd.org/document/4/>

0,2340,en_2649_33927_2380420_1_1_1_1,00.html - <http://www.oecd.org/dataoecd/40/20/34440014.pdf>

L'OCDE publie régulièrement des évaluations des charges fiscales et des droits aux prestations en se servant d'un large échantillon de situations de ménages types. Les résultats de ces calculs (publiés dans les séries Prestations et salaires et Les impôts sur les salaires) sont souvent utilisés pour comparer le régime fiscal et le régime de prestations en vigueur dans les pays ainsi que pour évaluer le progrès à faire pour atteindre des objectifs de politique spécifiques. Ce document présente une information sur des aspects précis de la structure des ménages d'un pays à l'autre afin d'aider à l'interprétation des résultats basés sur des situations types de famille. Une gamme de sources de données, comparables à l'échelle internationale, est utilisée pour évaluer comment les différentes situations des ménages telles que la structure de la famille, les liens avec le marché du travail ou encore la couverture sociale varient d'un pays à l'autre. Ces résultats sont utilisés comme base pour évaluer la portée des indicateurs impôts-prestations fondés sur des typologies de ménages synthétiquement élaborées. Des calculs de ménages types ne peuvent être utilisés pour débattre de questions de distribution importantes telles le nombre d'individus confrontés à une situation bien précise ou le pourcentage de la population qui pourrait bénéficier ou non d'une réforme de politique

spécifique. Aussi, nous pensons que les calculs concentrés sur un nombre réduit de ménages sont utiles pour réfléchir à la manière dont fonctionne la réglementation des impôts-prestations. Bien que l'on soit finalement intéressé par les résultats des politiques tels que les niveaux d'emploi et les taux de pauvreté, il est cependant nécessaire d'examiner les caractéristiques des politiques afin de démontrer et de comprendre le rôle des politiques individuelles visant des objectifs précis. C'est dans ce contexte de suivi de politique que les calculs sur les impôts-prestations de l'OCDE sont particulièrement utiles. Ils fournissent une base pour des indicateurs quantitatifs qui résument l'interaction complexe des différents instruments de politique affectant les revenus des ménages et les incitations au travail (Résumé d'auteur).▲

30621

DOCUMENT DE TRAVAIL

FORSTER (M.), MIRA D'ERCOLE (M.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Directorate for Employment - Labour and Social Affairs. (D.E.L.S.A.). Employment - Labour and Social Affairs Committee. (E.L.S.A.). Paris. FRA

Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s.

Distribution des revenus et de la pauvreté dans les pays membres de l'OCDE dans la seconde moitié des années 1990.

OECD social - employment and migration working papers ; 22

Paris : OCDE : 2005/03/10 : 79p., 2 ann., 29 graph., 2 tabl.

B5228

Ce rapport examine la distribution des revenus et de la pauvreté dans 27 pays de l'OCDE pour la deuxième moitié de la décennie 90, sur la base de données corrigées d'une grande partie de paramètres qui handicapent les comparaisons transnationales et inter temporelles dans ce domaine. L'évolution de la distribution des revenus et de la pauvreté au cours de la deuxième moitié de la décennie 90 - période d'amélioration notable de la situation du marché du travail dans la plupart des pays de l'OCDE - s'inscrit pour une grande part dans le prolongement des tendances à long terme qui se dégagent des analyses précédentes, mais présente aussi quelques écarts notables par rapport à celles-ci (Extrait du résumé d'auteur).▲

30671

CONGRES, DOCUMENT DE TRAVAIL

CANTARERO (D.), PASCUAL (M.), SARABIA (J.M.)

University of Cantabria. Facultad de CCEE y EE. Santander. ESP

European Regional Science Association. (E.R.S.A.). Vienne. AUT

Trends in income inequality in the european union : implications for health inequalities.

Tendances de l'inégalité des revenus dans l'Union européenne : implications pour les inégalités de santé.

ERSA conference papers ; 04p304.

44rd ERSA 2004 Congress. : Porta, 2004/09/25-29

Santander : University of Cantabria : 2004 : 37p., tabl.

B5241

<http://www.ersa.org/ersaconfs/ersa04/PDF/>

304.pdf

The comparative analysis of income inequality across countries has acquired increasing importance in recent years. This paper is divided in two parts. The first one is focused on the analysis of income inequality in the European Union. To carry out this task, we use different models based on Lorenz curves and quantiles functions and different equivalence scales. The European Community Household Panel Data are used. The second part of this paper is focused on explaining the differences in income and health inequalities across European countries. In particular several hypotheses concerning the economic determinants on health inequalities are studied.



Travail

30661

OUVRAGE

ASHENFELTER (O.C.) / éd., CARD (D.) / éd.

Handbook of labor economics : volume 3C.

Manuel sur l'économie du travail : volume 3C.

Amsterdam : Elsevier Science - North Holland : 1999 : 183p., tabl., graph., index

A3396

Cet ouvrage, rassemblant la contribution d'éminents économistes, se révèle être la synthèse de référence sur l'économie du travail dans le monde. Ce volume aborde les thématiques suivantes : les marchés du travail d'un point de vue macroéconomique, les aspects politiques du marché du travail : relation avec la notion de race et de genre, relation avec la retraite, l'assurance maladie et l'invalidité.

DOCUMENTATION

Annuaire

30660

REPERTOIRE

PG Promotion. Service Politi. Paris. FRA

Annuaire Politi 2006 : Etablissements hospitaliers publics de France.

Issy les Moulineaux : PG Promotion : 2006 : 1614p.

Uc13 (2006)

Ce répertoire a été réalisé avec le concours de la Fédération Hospitalière de France. Il comprend une liste des principaux organismes du secteur hospitalier français, une présentation des établissements hospitaliers publics par département, un classement alphabétique du corps administratif de direction ainsi qu'une liste des fournisseurs - annonceurs par secteur d'activité.

Communication

30656

OUVRAGE

COLLET (H.)

Communiquer, pourquoi, comment ? Le guide de la communication sociale.

Eaubonne : CRIDEC Editions : 2005 : 607p., index.

A3395

Se faire connaître, améliorer son image auprès du public, faire passer des idées, inciter des interlocuteurs à prendre une décision, proposer des activités ou des services, partager des connaissances, renforcer la cohésion de son organisme : tels sont les défis auxquels sont couramment confrontés les responsables de collectivités. Or, pratiquement tous les ouvrages disponibles sur ces questions font référence au secteur économique : il existe très peu d'ouvrages adaptés aux organisations sans but lucratif. L'ouvrage de Hervé Collet vient combler une lacune. Cette mini-encyclopédie couvre l'ensemble des démarches qu'un organisme est amené à accomplir pour mener une stratégie de communication externe et interne. Écrit par l'auteur de "Et la presse associative ?", publiée par le centre Pompidou/Flammarion, ce guide est appelé à devenir un texte de référence pour les dirigeants du Tiers secteur. "Il est un des rares ouvrages qui proposent une démarche de communication globale, c'est-à-dire embrassant la

totalité des domaines relevant, à un titre ou à un autre, d'un processus d'influence (...) Mais l'intérêt de ce guide me paraît dépasser largement l'horizon du Tiers secteur, et je suis persuadé qu'il intéressera les professionnels de l'information, les chercheurs en communication et les étudiants" (Extraits de la préface de Francis Balle).

Guides

29787

MANUEL

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Mission PMSI. Paris. FRA

Manuel étude de coûts soins de suite et de réadaptation : 2ème édition.

Paris : DHOS : 2001/11 : 40p., tabl.

B5074

L'étude Nationale de Coûts du moyen séjour (ENC/SSR) a démarré sa montée en charge au 1er janvier 2000. Une quarantaine d'établissements a ainsi été sélectionnée pour fournir des données médicales et financières qui devaient être exhaustives au plus tard le 1er juillet. La première publication de l'échelle de points ISA destinée, à terme, à être utilisée comme régulateur de financement des établissements sous dotation globale, sera publiée au cours de l'année 2002 dans une version d'étude expérimentale. Etant donné la taille de l'échantillon étudié, on sait qu'il sera impossible de considérer les résultats comme parfaitement robustes. De même, la jeunesse de l'étude conduira à tester plusieurs hypothèses, notamment pour répartir les dépenses des personnels sur les " périodes de séjour " par le biais des différentes unités d'œuvres (minutes, points SIIPS). Le recueil des données de l'étude entrant dans sa deuxième année d'exercice, il est apparu important de faire un rappel méthodologique. Ainsi, les étapes successives de la préparation des données financières et les modalités à suivre pour la transmission des données financières et médicales sont rappelées. Ce manuel, paraissant dans sa deuxième version, reprend l'ensemble des informations contenues dans sa première version. Les spécificités liées au recueil en minute par les intervenant des actes de rééducation/réadaptation sont développées au chapitre II. Dans le même temps, toutes les dépenses individualisées qui seront rattachées aux RHS et le format des fichiers finaux à transmettre par l'intermédiaire du logiciel Win-Salvator sont présentées. Ce logiciel sera remis à jour au printemps 2002 pour tenir compte des

nouveautés. Ces modifications sont présentées au chapitre V. Enfin, l'aspect purement comptable est repris dans deux chapitres, dont l'un est consacré à l'exemple d'un établissement fictif. Les cinq étapes comptables sont détaillées une à une. Ce document, qui s'adresse donc aux acteurs de terrain, ne doit pas occulter le " Guide de comptabilité analytique hospitalière " (BO n° 978/2bis, tome I et III), qui reste la référence méthodologique.

Publications scientifiques

31089

DOCUMENT DE TRAVAIL

HOUGHTON (J.), VICKERY (G.)

Organisation de Coopération et de Développement Economique. (O.C.D.E.). Direction de la Science, de la Technologie et de l'Industrie. Paris. FRA

Digital broadband content : scientific publishing.

Contenu de la diffusion numérique : publication scientifique.

Paris : OCDE : 2005 : 106p., tabl.

B5310

This study of scientific publishing spans both scientific and scholarly research publishing. The analysis covers : Scientific, technical and medical (STM), social sciences, humanities and arts publishing ; Journals, research monographs, reference books and research databases as forms of content ; Academic publishing and some aspects of professional publishing. It focuses on the transition from print to digital delivery, to shed light on that transition, and it recognises scientific publishing as a central element in creation and dissemination of knowledge and in innovation systems. Advances in digital technology are radically changing capabilities to reproduce, distribute, control, and publish information (see OECD 2004a). These advances are increasingly central to scientific activity, but they may conflict with some existing practices and policies that shape traditional publishing (CESTMJP 2004, p7). The key issue is whether there are new opportunities for science communication systems to better serve researchers, communicate and disseminate research findings to users.

RÉGLEMENTATION

Action sociale

31062

OUVRAGE

BAUDURET (J.F.), JAEGER (M.)

Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation (à jour des décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002).

réf. bibl.

Paris : Dunod : 2005 : 342p.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ne s'est pas contentée de réformer la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions. Elle a fait acte de refondation en organisant pour les quelque 32 000 établissements et services concernés des règles communes. Trois lignes directrices émergent de cette construction législative : la priorité donnée aux droits des personnes ; une diversification accrue des prises en charge et des accompagnements et l'introduction de l'évaluation de leur qualité ; une reconstruction plus rigoureuse des procédures de planification, d'autorisation, d'allocation des ressources et de contrôle. Pour mieux connaître ce texte fondateur et faciliter sa mise en oeuvre, les auteurs de cet ouvrage se sont fixés cinq objectifs : retracer la généalogie du secteur social et médico-social et l'historique de sa législation, témoigner des conditions d'élaboration d'une réforme du point de vue d'une administration centrale, présenter le contenu de cette réforme, ses principaux enjeux, le contexte dans lequel elle s'est construite et la teneur de ses décrets d'application, se livrer à un exercice de droit comparé avec la loi hospitalière, prendre en compte enfin l'incidence de ce cadre législatif et réglementaire sur les professionnels, les bénévoles, les acteurs et décideurs de terrain.

Recherche médicale

30117

RAPPORT

D'AUTUME (C.), ROUSSILLE (B.), ABALLEA (P.)

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

La transformation des comités consultatifs de protection des personnes en matière de

recherche biomédicale (CCPRB) en comités de protection des personnes (CPP) en application de la loi du 9 août 2004. Rapport et annexes.

Paris : IGAS : 2005/07 : 86+108 p., ann. B5115/1-2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000623/0000.pdf>

La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique et celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, transforment substantiellement les fonctions des comités de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPRB). D'une part le rôle des nouvelles instances, dénommées comités de protection des personnes (CPP), devient décisionnaire et non plus seulement consultatif, d'autre part leur champ de compétence est élargi. La mission s'est attachée, dans un premier temps, à identifier l'ensemble des rapports préalablement rédigés sur les forces et faiblesses des CCPRB. La mission a eu pour objectif de comprendre les rôles et évolutions principales des acteurs nationaux de la recherche biomédicale : autorités compétentes DGS et AFFSAPS, représentants des principaux promoteurs de recherche privée (LEEM) et publique (délégation à la recherche clinique de AP-HP, des Hospices civils et de l'INSERM), associations d'usagers enfin. Puis, en raison de la nature du travail demandé, la mission a souhaité accompagner les acteurs dans leur réflexion : elle a suivi l'élaboration du projet de décret relatif aux recherches biomédicales porté par la DGS ; elle a organisé deux journées de travail avec la conférence nationale CNCP et des représentants de comités notamment pour présenter ses premières conclusions et propositions.

■ Sécurité sociale

31232

OUVRAGE

DUPEYROUX (J.J.), LAFORE (R.), RUELLAN (R.)

Droit de la Sécurité sociale.

FRA : 2005 Edition Dalloz : 1245p, graph, talb.

Cet ouvrage, qui parvient aujourd'hui à sa quinzième édition, présente de façon exhaustive le système français de Sécurité sociale en rendant compte non seulement des règles juridiques qui régissent son fonctionnement, mais aussi du contexte social et économique, national et international qui détermine son organisation. La première partie porte sur l'évolution des grands systèmes de Sécurité sociale, et propose ainsi une théorie générale du droit de la Sécurité so-

ciale. La deuxième partie expose le système français dans toutes ses composantes : le régime général de Sécurité sociale, les régimes spéciaux et autonomes, les régimes complémentaires et aussi, compte tenu de la place qu'elle occupe dans la protection sociale du pays, l'assurance chômage. Intégrant de nombreux tableaux et une masse de références bibliographiques, l'ouvrage analyse, de manière précise et exhaustive, les principales réformes intervenues depuis la précédente édition pour adapter le système et en maîtriser les coûts (assurance maladie, régimes de retraites, régimes spéciaux, encadrement des lois de financement...). Il fait état par ailleurs des changements les plus récents (de nature jurisprudentielle et réglementaire, d'origine communautaire et nationale...) ayant affecté la matière.

■ Sources d'information

30201

REPertoire

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). St Denis La Plaine. FRA ***Drogues et toxicomanies : répertoire des sources statistiques - édition 2002.***

St Denis La Plaine : OFDT : 2003/08/26 : 111p., Ue519

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/rep-sourc.pdf>

L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) a recensé un certain nombre de sources statistiques dans le domaine des drogues illicites. Ces sources sont classées selon leur nature : enquêtes en population générale (adultes), enquêtes en population générale (jeunes), données de ventes, registres, statistiques et enquêtes sanitaires et sociales, statistiques pénales, dispositifs spécifiques d'observation. Chaque source fait l'objet d'une fiche descriptive détaillée : titre de la source, organisation et financement, objectifs, méthodologie (périodicité, dates d'observation, approche, unité statistique, champ d'observation, méthode d'échantillonnage, durée d'observation, biais de couverture, champ géographique, champ toxicologique, définition toxicologique retenue ou nomenclature, nombre d'unités statistiques observées, taux de couverture, recueil des données, données recueillies, qualité ou fiabilité des données), diffusion, observations, synthèse, pour en savoir plus.

Index des auteurs

A

ABALLEA (P.)	105
ABRAHAM (J.M.)	77
Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.)	60
Académie Nationale de Pharmacie. (A.N.P.)	61
ACEMOGLU (D.)	64
Actuarial Research Corporation. (A.R.C.)	76
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)	65, 66, 53, 73, 74, 75, 88, 89, 90
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.)...	71, 87
Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. (A.R.H.)	58
AGENOR (P.R.)	85
ALARCON-GOMEZ (M.G.)	94
ALBRECHT (J.)	80
Alfred Lerner College of Business & Economics	42
ALLIN (S.)	73, 76
AMBROISE-THOMAS (P.)	60
American Diabetes Association. (A.D.A.)	77
ANDERSON (P.)	25
ANGERMEYER (M.C.)	87
ANTOLIN (P.)	38, 39
ASHENFELTER (O.C.)	103
Assemblée Nationale. (A.N.).....	18, 19, 48
Association de Maintien à Domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais. (M.A.D.O.)	53
Association pour l'Etude de l'Histoire de la Sécurité Sociale. (E.H.S.S.)	20
Association pour un Ordre des Infirmières et des Infirmiers de France. (A.P.O.I.I.F.)	61
AURENGO (A.)	60

B

BABB (P.)	44
BAGO D'UGA (T.)	96
BAHRAMI (S.)	97
BALIA (S.)	100
BALLY (B.)	96
BANGIT (E.)	77
BANKAUSKAITE (V.)	81, 84
BANKS (J.)	34
Banque Mondiale	82
BANTA (D.)	69
BARJOT (A.)	20
BATAILLON (R.)	25, 35, 36, 37, 50, 51, 52, 71
BAUDURET (J.F.)	105
BEAULIEU (J.)	62
BEAUVAIS (B.)	40
BECKER (T.)	87
BELTZER (N.)	54
BENNETTS (R.)	91
BENTES (M.)	84
BENTOGLIO (G.)	20
BERCHTOLD (A.)	96
BERLINGUET (M.)	74
BERNARD-CATINAT (M.),	70
BERTINATO (L.)	86
BETBEZE (J.P.)	20
BODEKER (W.)	33
BOURNOT (M.C.)	31
BRADSHAW (G.)	86
BRADSHAW (P.L.)	86
BRAS (P. L.)	59
BREKKE (K.)	80
BRENNER (M.),	76
BRET-BOLLAERT (A.)	54
BRODIN (M.)	23
BROOKS-GUNN (J.).....	22
BUDRYS (G.)	45
BUR (Y.).....	18
Bureau Régional de l'Europe	73, 76, 81, 82, 84

BURGESS (S.)	86
BUSSE (R.)	70, 72, 82, 86

C

CAILLAVET (F.)	47
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.)	24, 67
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.)	28, 41, 42, 47, 56, 57, 62, 63
CAMBOIS (E.)	30, 42
Canadian Centre for Policy Alternatives. (C.C.P.A.)	44
Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.)	59, 74
CANTARERO (D.)	103
CARD (D.)	103
CARTON (M.)	70
CASEY (B.)	39
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.)	99
Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé. (C.R.E.G.A.S.)	97
Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. (C.L.E.I.S.S.)	18
Centre for Analysis of Social Exclusion. (C.A.S.E.)	85
Centre For Growth & Business Cycle Research. (C.G.B.C.R.)	85
Centre for Market and Public Organisation. (C.M.P.O.)	86
Centre for Public Policy and Management. (C.P.P.M.)	85
Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. Service de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	48
Centre Régional pour l'Etude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées. (C.R.E.A.I.)	35
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. (C.A.R.E.P.S.) ..	53
CESifo	80
CHABALIER (H.)	30
CHAMBERLAND (C.)	40

CHAMPION (J.B.)	55
CHAPLAIN (E.)	30
CHOFFEL (P.)	55
CHOSSY (J.F.)	48
CHOU (S.Y.)	33
CLAXTON (G.)	76
CLEMENT (M.E.)	40
COLLET (H.)	104
COLOMBO (F.)	72
Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale. (C.H.S.S.)	20
Comité de l'Emploi, du Travail et des Affaires Sociales. (E.L.S.A.)	31, 32
Comité national de gestion du FAQSV ...	57
Comité régional de gestion	36, 37, 52
Comité régional Picardie	46
Commissariat Général du Plan. (C.G.P.)	17, 20
Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.) ..	18, 33, 48
Commission des Communautés Européennes. (C.C.E.)	18, 19, 30, 31, 33, 45, 46, 64
Commission Européenne.	23, 25, 26
Commission Européenne. European Opinion Research Group. (E.O.R.G.)	10
Commission Exercice à domicile	55
Commission Exercice en cabinet libéral... ..	39
Committe for scientific and technological policy	69
CONFAIS (J.)	91, 99
Conseil de l'Europe	63
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.)	57, 70
Conseil National du Sida. (C.N.S.)	26
COSTA-FONT (J.)	18, 76
COSTONGS (C.)	46
COTE (L.)	40
COTE (S.)	37
COUCHESNE (C.)	43
CROMBIE (I.K.)	84
CUBANSKI (J.)	76
CURRAIS (L.)	17
CUTLER (D.)	64

CUTLER (D.M.)..... 45

D

D'ALCHE-GAUTIER (M.J.) 97
 D'AUTUME (C.) 60, 105
 DA SILVA (E.) 53
 DARMON (N.) 47
 DAVIES (C.A.) 31
 DAY (K.) 73
 DE RAINCOURT (H.) 21
 DE VERNEJOUL (N.) 96, 97
 DEAN (S.) 74
 Délégation Interministérielle à la Ville.
 (D.I.V.) 40
 Délégation Interministérielle aux Personnes
 Handicapées. (D.I.P.H.) 48
 DEN EXTER (A.)..... 82
 Département des Produits de Santé
 (D.P.S.) 28
 Department of Health. (D.O.H.) 46
 Department of Public Health. Erasmus
 MC. Rotterdam. NLD 30
 DESROSIERS (H.) 41
 DIAS (C. M.)..... 84
 Direction de l'Education - de l'Emploi
 et des Affaires Sociales. (D.E.E.L.S.A.) 31, 32,
 68, 77, 78, 79
 Direction de l'Emploi - du Travail et des
 Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.) 38, 72, 83, 92,
 93, 94, 95, 101, 102, 103
 Direction de l'Evaluation de la Publicité
 et des Produits Cosmétiques et Biocides 65, 66
 Direction de l'Hospitalisation et de
 l'Organisation des Soins. (D.H.O.S) 33, 42, 71,
 104
 Direction de la Programmation et du
 Développement..... 99
 Direction de la Science, de la Technologie
 et de l'Industrie..... 105
 Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisa-
 tion des Soins. (D.D.G.O.S.)..... 28
 Direction des Statistiques Démographiques
 et Sociales 87
 Direction Générale de la Santé.

(D.G.S.) 23, 27, 42
 Direction Générale des Entreprises 65
 Direction Générale Entreprise et Industrie 64
 Direction Régionale du Service
 Médical. (D.R.S.M.) 63
 Directorate for Science..... 69
 DIXON (J.) 85
 DOOR (J.P.) 18
 DOSLJAK (M.) 82
 DRECHSLER (D.)..... 17
 DROUIN (C.) 41
 DUBEAU (D.) 40
 DUCROCQ (D.) 63
 DUGGAN (M.) 78
 DUPEYROUX (J.J.) 106
 DUPONT (E.) 55
 DURAND-ZALESKI (I.) 96, 97
 DUVAL (R.) 39

E

E VERNEJOUL (N.) 81
 EHRlich (I.) 98
 ELLIOTT (L.) 84
 ERBAULT (M.) 97
 ERKAN ERISTI (H.I) 95
 ETCHEGOYEN (A.) 17, 20
 ETIENNE (R.) 47
 European Agency for Safety and Health
 at Work. (O.S.H.A.) 34
 European Environment Agency. (E.E.A.) 18
 European Health Expectancy Monitoring
 Unit. (E.H.E.M.U.) 100
 European Public Health Association.
 (E.P.H.A.) 23, 31, 34, 62, 87
 European Regional Science Association.
 (E.R.S.A.) 103

F

FAHY (N.)	86
FAROUDJA (J.M.)	70
FERLEY (J.P.)	53
FINKELSTEIN (A.),	64
FLEURY (D.)	48
Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés. (F.A.P.L.D.)	47
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.) ..	74
Fondation des Caisses d'Epargne Loire- Drome-Ardèche. (F.C.E.)	53
Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville	25, 36, 37, 50, 51, 52
Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. (I.Z.A.)	83
FORSTER (M.)	103
FORTIN (C.)	62
FORTIN (G.)	92
FORTIN (M.)	48
Foundation for Pharmaceutical Statistics.	48
FOURNIER (C.)	43
France Biotech	69
Fraser Institute	74
FUCHS (V.R.)	77
FUMEY (A.)	54

G

GAMBIN (L.)	44
GARBER (A.)	29
GARCIA CALATAYUD (M. L.)	95
GAUTHIER (H.)	43
GAUTIER (A.)	31
GAYNOR (M.S.)	77
GELLIE (B.)	63
Georgetown University Health Policy Institute	77
GERBER (Y.A.)	95
Ghent University	80
GOHET (P.)	48

GOLDWAG (R.)	81
GOLNA (C.)	76
GRABOWSKI (D.C.)	78
GRANGER (C.W.J.)	101
GRASS (E.)	43
GREMY (I.)	54
GRENIER-SENNEЛИER (C.)	97
GROSJEAN (D.)	73
GROSSMAN (M.)	33
Groupe de travail sur la politique sociale - Pathologies liées au vieillissement	32
GRUBER (J.)	78
GUANNEL (B.)	65
GUESNERIE (R.)	101
GUILBERT (P.)	31
GUILLAUME (M.)	20
GUILLEMIN (O.)	102
GUSMANO (M.K.)	36
GUYE (O.)	55

H

HAEZEWINDT (P.)	44
HAFNER (H.)	25
HAJDU (M.)	93
HALL (R.E.)	28
HALLDORSSON (M.)	81
HARPER (J.)	63
HAURY (B.)	33
Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées. (H.C.L.P.D.)	46
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.)	70, 81, 82, 96, 97
HAYAMIZY (K.)	93
Health Scotland	69
HEDERMAN (R.S.)	76
HENNESSY (P.)	36
HERMANN (R.)	68
HERMANS (H.)	82, 83
HERNU (D.)	56
HIDGES (I.)	82

HO (C.)	79
HOEL (M.)	79
HOUGHTON (J.)	105
HRISTOVA (S.)	73
HUGHEN (W.K.)	64
HYNES (T.)	91

I

IKEZAKI (S.)	93
IMMERVOLL (H.)	102
INGHAM (L.)	91
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.)	23, 41, 59, 60, 105
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.)	40, 41, 43
Institut Montaigne. (I.M.)	43
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)	97
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.) ..	87, 102
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.) ...	31
Institut National des Etudes Démographiques. (I.N.E.D.).....	100
Institute for the Study of Labor. (I.Z.A.) ...	83
IRVINE (L.)	84

J

JACOBZONE (S.)	30, 35, 39, 41, 68
JACQUES (J.)	61
JAEGER (M.)	105
JAGGER (C.)	100
JAZOULI (A.)	55
JEAN (S.)	43
JEANDET-MENGUAL (E.)	23
JEE-HUGHES (M.)	35
JENSON (J.)	39
JEONG (H.S.)	93
JOFRE-BONET (M.)	18

JONES (A. M.)	100
JONES (C.I.)	28
JÖNSSON (B.)	62
JOSEPH (V.)	55
JUDGE (K.)	46
JURCZAK (K.)	46
JÜTTING (J.).....	17

K

KAMERMAN (S.B.)	22
KAPTEYN (A.)	34
Karolinska Institutet	62
KARTAL (M.)	95
KAWIORSKA (D.)	94
KEENAY (G.)	21
KEVIN (L.)	77
KILLIAN (R.)	87
KIM (J.)	98
King's Fund Institute	85
KIRCH (W.)	31, 34, 62, 87
KOFMAN (M.)	77
KOMPANY (S.)	48
KOPP (P.)	69
KOULAKSAZOV (S.)	73
KREIS (J.)	33

L

L'HOMOND-FERNANDEZ (S.)	55
LAFORE (R.)	106
LAGRAVE (M.)	20, 39
LAGARDE (M.).....	54
LAMOUREUX (P.)	31
LANDRUM (M.B.)	45
LAROQUE (M.)	20
LE ROY (S.)	100
LE VERRE (R.)	102
LEBLANC (G.)	33

LECLERC (P.)	20
LEGIDO-QUIGLEY (H.)	86
LEHTINEN (V.)	26
LEIBFRITZ (W.)	39
LELIEVRE (F.)	31
Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux. (L.E.S.I.S.S.)	58
LESSOF (S.)	81
LEVASSEUR (G.) 25, 35, 36, 37, 50, 51, 52, 71	
LEVY (H.)	79
LEWIS (R.)	85
LEYLAND (A.H.)	31
LHUISSIER (A.)	47
LINK (C.)	42
LINN (J.)	64
LIZUKA (T.)	67
LLOPIS (E.J.)	25
LOLLIVIER (S.)	96
London School of Economics. (L.S.E.)	76, 85
LOPEZ-CASASNOVAS (G.)	17
LOZANO-ASCENCIO (R.)	94
LUCAS (J.)	70
LUNDSGAARD (J.)	38
LYON (G.)	54

M

MACKENBACH (J.P.)	45
MACURDY (T. E.)	29
MADRIAN (B.C.)	79
MAIGNE (G.)	43
MAILLOCHON (A.)	102
MARCHILDON (G.R.)	73
MARIA (M.)	93
MARIANNA (P.)	102
MARTIN (J. P.)	19, 68, 83
MARTIN (J.)	44
MARTIN (R.)	85
MASKILL (C.)	82
MASON (A.)	84

MATILLON (Y.)	60
MATTKE (S.)	82, 83
MAYS (J.)	76
MCADAMS (D.)	67
MCCLELLAN(M.C.)	29
MCDONALD (R.)	85
McGAVOCK (H.)	62
MCKEE (M.)	86
MEARA (E.)	29
MENARD (F.)	55
MENEZES-RELINGER (M.)	63
MERCIER (M.)	21
MERIC (J.)	27
MERINO-JUAREZ (M.F.)	94
MERKUR (S.)	76
MEYRIGNAC (M.)	54
MILLAR (J.)	82
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.)	65
Ministère de l'Education Nationale - de la Recherche et de la Technologie. (M.E.N.R.T.)	99
Ministère de l'Emploi - du Travail et de la Cohésion Sociale. (M.E.T.C.S.)	55
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale (M.S.S.P.S.)	23, 27, 33, 42, 45, 57, 60, 71, 104
Ministère délégué au logement et à la ville	55
Ministère des Finances. Département des Finances. Ottawa.	73
Ministry of Health. Manama	73
Ministry of Health. Wellington.....	82
MINVIELLE (E.)	97
MIRA D'ERCOLE (M.)	101, 102, 103
Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. (M.N.A.S.M.)	58
MOISE (P.)	32, 35
MONTGOMERY (K.)	77
MONTOUT (S.)	61
MORASSE (J.- A.)	43
MOREAU (A.)	65
MOSSIALOS (E.)	73, 76, 81

N

NAKACHE (J.P.)	91, 98
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.)	28, 29, 33, 34, 45, 64, 67, 77, 78, 79, 98
National Health Service	84
National Primary Care Research and Development Centre. (N.P.C.R.D.C.)	85
NEUMAN (M.)	22
NEUMAN (T.)	76
NEYT (M.)	80
NIELSEN (I. K.)	92
NIVIERE (D.)	55
NUSCHELER (R.)	80

O

Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé	58, 61, 66, 67, 69, 72, 73, 76, 81, 82, 84
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)	106
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.)	37, 38, 61
Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.) ..	42, 43
Observatoire national des zones urbaines sensibles. (O.N.Z.U.S.)	55
Observatoire Régional de la Santé d'Alsace. (O.R.S.A.L.)	34, 35, 39, 49, 50
Observatoire Régional de la Santé d'Île-de-France (O.R.S.I.F.)	54
Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes. (O.R.S.R.A.)	55
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.)	31
Observatoire Régional Emploi Formation Alsace. (O.R.E.F.)	35
Observatoires des Stratégies Industrielles	65
OECD mental health care panel	68
OECD patient safety panel	83
Office for National Statistics. (O.N.S.)	44
Office of Health Economics. (O.H.E.)	84, 87

OREOPOULOS (P.).....	44
Organisation de Coopération et de Développement Economique. (O.C.D.E.)	19, 21, 22, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 40, 68, 69, 72, 83, 92, 93, 94, 95, 99, 101, 102, 103, 105
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S)	72, 73, 76, 81, 82, 84
OXLEY (H.)	38, 39

P

PALM (W.)	86
PASCUAL (M.)	103
PASHARDES (P.)	76
PASSARANI (I.)	86
PEARSON (M.)	19, 83
PG Promotion	104
PITBLADO (J.R.)	74
PLATEAU (C.)	65
PLATT (S.)	46
Policy Research Initiative. (P.R.I.)	37, 44, 49
POLLITZ (K.)	77
PONG (R.W.)	74
PONS-NOVELL (J.)	76
POSTEL-VINAY (D.)	60
PREYRA (C.)	74
PRIEUR (C.)	73
PROPPER (C.)	86
PZBAY (H.)	95

Q

QUEISSER (M.)	22
---------------------	----

R

RACHLIS (M.M.)	59
RASHAD (I.)	33
RAULT (J.F.)	70
RECTOR (R.)	76

REGNIER (F.)	47
RELANO TOLEDANO (J.)	95
RIESBERG (A.)	72
RIVERA (B.).....	17
ROBINE (J.M.)	30, 100
RODWIN (V.G.)	36
ROICK (C.)	87
RONCHI (E.)	69
RONFINI (F.)	86
ROSEN (B.)	81
ROSSEL (R.)	95
ROUSSILLE (B.)	105
ROY (M.-R.)	43
RUELLAN (R.)	106
RUNE STRAUME (O.)	80

S

SACHY (D.)	63
SAKAMAKI (H.)	93
SAKELLARIDES (C.)	86
SALVINI (A.)	101
SAMZUN (J.L.) 25, 35, 36, 37, 50, 51, 52, 71	
SANDER (M.S.)	31
SANZ (E.J.)	62
SARABIA (J.M.)	103
SCHUBERT (I.)	62
SCHWARTZ (M.)	67
Secours Catholique	42, 46
Sénat	28
SERGENT (C.)	61
Service des Etudes et des Statistiques Industrielles. (S.E.S.S.I.)	65
SHEINER (L.)	14
SIBBALD (B.)	85
SIEGRIST (J.)	24
SINGLETON (P.)	78
SKINNER (B.J.)	74
SMITH (J.P.)	34
SMITHIES (R.)	85
Société Française d'Economie de la	

Santé. (S.F.E.S.)	87
Société Française de Médecine physique et de Réadaptation. (S.O.F.M.E.R.)	87
SONG (J.)	78
Statistics Canada	75
STEWART (K.A.)	45
Stichting Farmaceutical Kengetallen. (S.F.K.)	63
Stockholm School of Economics	62
STREET (A.)	84
SUYKER (W.)	38
SYEDOUX (S.)	59
Syndicat National des Industries d'Information de Santé. (S.N.I.I.S.)	58

T

TALLEC (A.)	31
TAPAY (N.)	72
Technology and Industry	69
The Conference Board in Canada	75
The Hague	48
The Henry J. Kaiser Family Foundation ..	76
The Heritage Foundation	76
The University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.)	44, 96, 100
THEODOROU (M.)	76
THOMSON (S.)	81
TODOROVA (S.).....	73
TOUSIGNANT (J.)	73
TRAGAKES (E.)	73, 81
TURSZ (A.)	27

U

Union des Familles en Europe. (U.F.E.) ..	41
Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. (U.R.M.L.) 54, 55, 41, 54, 56	
Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. (U.R.M.L.B.) 25, 35, 36, 37, 50, 51, 52, 71	

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.)	53, 56
Universitat de Barcelona	76
University Medical Center Rotterdam	45
University of Bristol	86
University of Cantabria	103
University of Delaware	42
University of Manchester	85
University of Oslo	79
University of Ottawa	73
University of Toronto.....	44

V

VALDELIEVRE (H.)	102
VAN MOSSEVELD (C.)	94
VAN SOEST (A.)	34
VANDER STICHELE (R.H.)	62
VELASCO-GARRIDO (M.)	70
VERBEKE (T.)	80
VERNON (J.A.)	64
VIATTE (R.)	65
VICKERY (G.)	105
VOGT (W.B.)	77
VON FERBER (L.)	62
VONGMANY (N.)	54

W

WAGSTAFF (A.)	82
WALDFOGEL (J.)	22
WALLACE (H.)	84
WEINMANN (N.)	65
WHELAN (H.)	77
WHITEHOUSE (E.).....	21, 22, 39
WILIAMS (A.)	87
WILKING (N.)	62
WILSON (D.)	86
WU-ZHOU (X)	54

Y

YAMAZAKI (M.)	93
YILMAZ (E.)	99

Z

ZHE JIN (G.)	67
ZIFONUN (N.)	93
ZUCKER (E.)	55

Carnet d'adresses des éditeurs

A

A.F.S.S.A.P.S. (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits du santé)
(ex Agence du Médicament)
(Les Commissions de transparence et d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps ont été rattachés à l'H.A.s)
Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 48 13 20 00
Fax : 01 48 13 20 03
<http://afssaps.sante.fr/>

A.N.A.E.S. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Médicale)
Est devenu l'H.A.s. (Haute Autorité de santé) => voir H.A.s.
A.P.O.I.I.F. (Association Pour un Ordre des Infirmières et des Infirmiers de France)
34, Bd Voltaire
75011 Paris
☎ 01 40 21 76 06

A.R.H. d'Alsace (Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace)
15, rue des Francs-Bourgeois
67000 Strasbourg
☎ 03 88 22 72 72
Fax : 03 88 22 72 70
email : arhalsace@sil.fr
<http://www.arhalsace.sil.inext.fr/public.accueil.htm>

Académie Nationale de Médecine
16, rue Bonaparte
75272 Paris cedex 06
☎ 01 42 34 57 70
Fax : 01 40 46 87 55
<http://www.academie-medecine.fr>

Académie Nationale de Pharmacie
4, avenue de l'Observatoire
75270 Paris Cedex 06
☎ 01 43 25 54 49
Fax : 0 1 43 29 45 85
Email : info@acadpharm.org
<http://www.acadpharm.org>

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

B

B.K.K. (Bundersverband)
Konprinzenstrase 6
45128 Essen
Allemagne
☎ 00 49 201 179 01
<http://www.bkk.de>

Banque Mondiale
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Etats-Unis
☎ 00 1 202 477 1234
Fax : 00 1 202 477 6391
email : books@worldbank.org
<http://www.worldbank.org>
<http://www-wds.worldbank.org/> (moteur de recherche des documents et rapports)
<http://econ.worldbank.org/> (documents de recherche sur la Banque mondiale)

Banque Mondiale (Distributeur en France)
Editions Eska; DJB/Offilib
12, rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
☎ 01 42 86 55 66
Fax : 01 42 60 45 35
Email: eska@club-internet.fr
<http://www.offilib.fr>

C

C.A.S.E. (Centre for Analysis of Social Exclusion)
London School of Economics
Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume Uni
☎ 00 44 20 7955 6679
Fax 00 44 20 7955 6951
email : j.dickson@lse.ac.uk

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

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

C.G.B.C.R. (Centre For Growth & Business Cycle Research)
University of Manchester
Oxford Road
Manchester UK M13 9PL
Royaume-Uni
☎ 00 44 161 306 6000
<http://www.ses.man.ac.uk/cgbc/>

C.G.P. (Commissariat Général du Plan)
18, rue de Martignac
75007 Paris
☎ 01 40 47 60 60
<http://www.plan.gouv.fr>

C.H.S.S. (Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale)
Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale
Secrétariat
Ministère chargé de la santé
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 53 80 / 01 40 56 72 09 /
01 40 56 70 04
email : elisabeth.desmet@sante.gouv.fr / dominique.serre@sante.gouv.fr
<http://www.sante.gouv.fr/dossiers/assurance-maladie/1secu12.html>

C.I.H.I. (Canadian Institute for Health Information) / I.C.I.S. (Institut Canadien d'Information sur la Santé)
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Canada
☎ 00 1 613 241 8120
Fax : 00 1 613 241 8120
<http://www.cihi.ca>

C.L.E.I.S.S. (Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) (Ex C.S.S.T.M. : Centre de Sécurité Sociale des Travailleurs Migrants)
11, rue de la Tour des Dames
75436 Paris cedex 9
☎ 01 45 26 33 41
Fax : 00 49 95 06 50
<http://www.cleiss.fr/>

C.M.P.O. (Centre for Market and Public Organisation)
University of Bristol
12 Priory Road
Bristol, BS8 1TN
Royaume-Uni
☎ 00 44 1179 546 943
Fax : 00 44 1179 546 997
Email : cmpo-office@bristol.ac.uk
<http://www.bris.ac.uk/Depts/CMPO/>

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>

C.N.S. (Conseil National du Sida)
25/27 rue d'Astorg
75 008 Paris
☎ 01 40 56 68 50
Fax : 01 40 56 68 90
<http://www.cns.sante.fr/>

C.R.E.G.A.S. (CENTRE DE RECHERCHE EN ECONOMIE ET GESTION APPLIQUÉES À LA SANTÉ)

INSERM U 537 - CNRS UMR 8052
80, rue du Général Leclerc
94276 Le Kremlin Bicêtre cedex
☎ 01 49 59 19 69
Fax : 01 46 71 32 70
email : u357@kb.inserm.fr
http://ifr69.vjf.inserm.fr/~cregas/accueil_francais.htm

CESI fo

Poschingerstr. 5
81679 Munich
Allemagne
☎ 00 49 89 9224 1410
Fax : 00 49 89 9224 1409
Email : office@cesifo.de
<http://www.cesifo.de>

Chancellerie du Premier Ministre

Infoshp du SPF
Bd du Régent 54
1000 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 514 08 00
<http://www.premier.fgov.be/fr/>
=> Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme : <http://www.diversite.be/>
=> Service de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : <http://www.luttepauvrete.be>

Commission des communautés européennes

Office des publications
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

Conference Board of Canada (The)

255 Smyth Road
Ottawa ON K1H 8M7
Canada
☎ 00 1 613 526 3280
Fax : 00 1 613 526 4857
<http://www.conferenceboard.ca>

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/>

Cridec Editions

C.R.I.D.E.C. (Centre de Ressources et d'Initiatives pour le Développement et la Communication)
14, rue de Locarno
95600 Eaubonne
☎ 06 89 23 89 03
Email : edition@cridec.com / commande@cridec.com
<http://www.cridec.com/>

D

D.G.S. (Direction Générale de la Santé)

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

D.H.O.S. (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
1, place Fontenoy
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 49 63
<http://www.sante.gouv.fr> => Documentation => publications => consulter le catalogue => services : DHOS

D.I.W. Berlin (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung / German Institute for Economic Research)

königin-Luise-Str. 5
14195 Berlin
Allemagne
☎ 00 49 30 897 89 0
Fax : 00 49 30 897 89 200
<http://www.diw.de>

D.I.P.H. (Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées)

11, Place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75014 Paris
☎ 01 40 56 68 48
Fax : 01 40 56 68 20

Email : diph.info@sante.gouv.fr
<http://www.handicap.gouv.fr>

D.R.A.S.S. de Haute-Normandie (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie)
Immeuble Le Mail
31, rue Malouet - BP 2061
76040 Rouen cedex
☎ 02 32 18 32 18
Fax : 02 35 62 53 18
email : haute-normandie-ddass-drass@sante.gouv.fr
<http://haute-normandie.sante.gouv.fr/>

D.R.A.S.S. de Picardie (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)
52, rue Daire
80037 Amiens cedex 1
☎ 03 22 82 30 00
Fax : 03 22 82 30 01
<http://www.picardie.sante.gouv.fr/drass.htm>

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/>

Dalloz-Sirey (Editions)
31-35 rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
☎ 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.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:// http://www.doh.gov.uk/](http://http://www.doh.gov.uk/)

Direction de la Programmation et du Développement
M.E.N.R.T. (Ministère de l'Education Nationale - de la Recherche et de la Technologie)
Bureau de l'édition et de la diffusion
Service ventes
58, Bd du Lycée
92170 Vanves
☎ 01 55 55 72 04

Direction Régionale du Service Médical C.N.A.M.T.S. (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
11, allée Vauban BP 254
59665 Villeneuve d'Ascq Cedex
☎ 03 20 05 79 21
<http://www.secu-medical-lille.com/>

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

Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

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

E

E.E.A. (European Environment Agency)
Kongens Nytorv 6
1050 Copenhagen K
Danemark
☎ 00 45 33 36 71 00
Fax : 00 45 33 36 71 99
<http://www.eea.eu.int>

E.H.E.MU. (European Health Expectancy Monitoring Unit) / Observatoire Européen des Espérances de Santé)
Isabelle Romieu
Val d'Aurelle
Parc Euromédecine
34298 Montpellier cedex 5
☎ 04 67 61 30 27
Fax : 04 67 61 37 87
Email : iromieu@valdorel.fnclcc.fr

<http://www.hs.le.ac.uk/reves/ehemutest/aboutehemu.html>

Economica

Editions Techniques et Scientifiques
49, rue Héricart
75015 Paris
☎ 01 45 78 12 92
Fax : 01 45 75 05 67
<http://www.economica.fr>

Editions de la DIV

D.I.V. (Délégation interministérielle à la Ville)

194 avenue du Président Wilson
93217 Saint-Denis La Plaine
☎ 01 49 17 46 18
Fax : 01 49 17 47 01
<http://www.ville.gouv.fr/>

Editions de l'Homme

Immeuble Paryseine
3, Allée de la Seine
94854 Ivry CEDEX
☎ 01 49 59 11 89/91
Fax : 01 49 59 11 33
<http://www.edhomme.com/fr/>

Editions Laffont

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

Editions Technip

27, rue Giroux
75737 Paris cedex 15
☎ 01 45 78 33 80
Fax : 01 45 75 37 11
Email : info@editionstechnip.com
<http://www.editionstechnip.com/>

Elsevier Science

PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays Bas
☎ 00 31 20 485 37 57
Fax : 00 31 20 485 34 32
<http://www.elsevier.nl>

Erasmus MC

University Medical Center Rotterdam
Department of Public Health
PO Box 1738
3000 DR Rotterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 10 408 1111

email : j.mackebach@erasmusmc.nl
<http://www.erasmusmc.nl/content/englishindex.htm>

F

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

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Canada
☎ 00 1 613 7282238
Fax : 00 1 613 728 3527
<http://www.chsrf.ca>

Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés

53, bd Vincent-Auriol
75013 Paris
☎ 01 53 82 80 30
<http://www.fondation-abbe-pierre.fr>

France Biotech

Bât Pasteur BioTop
28, rue du Docteur Roux
75724 PARIS Cedex 15
☎ 01 56 58 10 70
Fax : 01 56 58 20 33
<http://www.france-biotech.org/>

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

Ghent University

Faculty of Economics and Business Administration
Hoveniersberg 24

9000 Gent
Belgique
☎ 00 32 9 264 3461
Fax : 00 32 9 264 3592
<http://www.FEB.UGent.be>

Georgetown University Health Policy Institute
Box 571444
3300 Whitehaven Street, N.W., Suite 5000
Washington, DC 20057-1485
Etats-Unis
☎ 00 1 202 687 0880
Fax : 00 1 202 687 3110
<http://www.georgetown.edu/research/ihrp/index.html>

H

H.A.s. (Haute Autorité de santé)
(Ex ANAES + Commission de transparence de l'Afssaps + Commission d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps)
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
☎ 01 55 93 70 00
Fax : 01 55 93 74 00
Email : contact.web@has-sante.fr (webmaster)
Email : contact.presse@has-sante.fr (contact presse)
Email : contact.revues@has-sante.fr (contact revues)
<http://www.has-sante.fr/HAS/has.nsf/HomePage?ReadForm>

H.C.L.P.D. (Haut comité pour le logement des personnes défavorisées)
Premier Ministre
Maison de la cohésion sociale
11 rue Saint Georges
75009 Paris
☎ 01 40 81 15 78
Fax : 01 40 81 91 20
Email : hautcomite@libertysurf.fr

H.E.D.G. (Health, Econometrics and Data Group)
C.H.E. (Centre for Health Economics)
University of York
York A010 5DD
Royaume-Uni
☎ 00 44 1904 431438
Fax : 00 44 1904 431454
<http://www.york.ac.uk/res/herc/>

[hedg_seminars.html](#)

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>

Heritage Foundation (The)
214 Massachusetts Ave NE
Washington DC 20002-4999
Etats-Unis
☎ 00 1 202 546 4400
Fax : 00 1 202 546 8328
Email : info@heritage.org
<http://www.heritage.org>

Hermès
Catalogue : <http://www.hermes-science.com/fr/>
Commandes : Lavoisier
14 rue de Provigny
94236 Cachan Cedex
☎ 01 47 40 67 00
Fax : 01 47 40 67 02
email : livres@lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>
Librairie : Librairie Lavoisier (magasin)
11, rue Lavoisier
75008 Paris
☎ 01 42 65 39 95
Fax : 01 42 65 02 46
email : magasin@Lavoisier.fr
<http://www.Lavoisier.fr>

I

I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales)
25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
☎ 01 40 56 6000
Fax : 01 40 56 6001
http://www.social.gouv.fr/htm/minster/igas/igas_som.htm

I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)
(Ex : CFES, Centre Français d'Education pour la Santé)
42, Bd de la Libération

93203 St Denis cedex
☎ 01 49 33 22 22
<http://www.inpes.sante.fr>

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

18, boulevard Adolphe-Pinard
75675 Paris cedex 13
☎ 01 41 17 50 50
<http://www.insee.fr>

Diffusion : Insee Info Service

Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ 01 41 17 66 11 / 0825 889 452
Fax : 01 53 17 88 09
http://www.insee.fr/fr/ppp/accueil_ppp.htm

I.S.Q. (Institut de la Statistique du Québec)

Pour la diffusion des publications
Direction Santé Québec
200 Chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1R 5T4
Canada
☎ 00 1 418 691 2401
<http://www.stat.gouv.qc.ca>

I.S.Q. (Institut de la Statistique du Québec)

Direction Santé Québec
1200, av. McGill College; 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8
Canada
☎ 00 1 514 873 4749
Fax : 00 1 514 864 9919
<http://www.stat.gouv.qc.ca>

I.Z.A. (The Institute for the Study of Labor / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit)

Schaumburg-Lippe-Str. 7 / 9
PO Box 7240
53072 Bonn
Allemagne
☎ 00 49 228 3894 0
Fax : 00 49 228 3894 510
Email : iza@iza.org
<http://www.iza.org/>

Institut Montaigne

38, rue Jean Mermoz
75008 Paris
☎ 01 58 18 39 29
Fax : 01 58 18 39 28
e-mail : info@institutmontaigne.org
<http://www.institutmontaigne.org/>

K

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm Nobels väg 5, Solna (besöksadress)
Suède
☎ 00 46 8 524 800 00
Fax : 00 46 8-31 11 01
Email : info@ki.se
<http://ki.se/>

King's Fund Institute

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

L

L.E.S.I.S.S. (Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux)

120 avenue Charles de Gaulle
92200 Neuilly sur Seine
☎ 01 72 92 06 38
Fax : 01 72 92 05 99
<http://www.lesiss.org/>

L.S.E. (London School of Economics and Political Science)

Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7405 7686
<http://www.lse.ac.uk/>

Liaisons sociales

Groupe Liaisons
1, av. Edouard Belin
92856 Rueil-Malmaison cedex
email : fherve@groupeliasions.fr
<http://www.liaisons-sociales.com/> => documents accessibles pour les abonnés
<http://www.liaisons-sociales.com/librairie/>

M

M.I.N.E.F.I. (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie)
Direction Générale des Entreprises
12, rue Villiot
75012 Paris
☎ 01 40 04 04 04
Fax : 01 53 18 96 48
http://www.industrie.gouv.fr/portail/services/index_som.html

M.N.A.S.M. (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale)
5 avenue d'Italie
75013 Paris
☎ 01 53 94 56 90
Fax : 01 53 94 56 99
<http://www.mnasm.com>

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

Marco Pietteur Editions
39, avenue du Centenaire
B-4053 Embourg
Belgique
☎ 00 32 4 365 27 29
Fax : 00 32 4 341 29 21
Egalement situé au :
7, rue de l'eau
L- 4101 Esch-sur-Alzette
Grand-Duché de Luxembourg
Luxembourg
Email : infos@mpedititions.com
<http://www.marcopietteurediteur.com/> => voir liste des points de vente

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

Ministère des Finances
140, rue O'Connor
Ottawa, Ontario K1A 0G5
Canada

Publications :
Centre distribution
Ministère des Finances Canada
Pièce P-135, tour ouest

300, avenue Laurier Ouest,
Ottawa, Ontario, K1A 0G5
Canada
☎ 00 1 613 995 2855
Fax : 00 1 613 996 0901
email : services-distribution@fin.gc.ca
<http://www.fin.gc.ca/fin-fra.html>

Ministry of Health
PO Box 12
Manama
Royaume du Bahreïn
☎ 00 973 252605
Fax : 00 973 252569
email : mhealth@batelco.com.bh
<http://www.bahrain.gov.bh>

MIT Press (The)
Massachusetts Institute of Technology
Five Cambridge Center
Cambridge, Massachusetts 02142-1493
Etats-Unis
☎ 00 1 617 253 5646
Fax : 00 1 617 258-6779
<http://mitpress.mit.edu>

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>

N.P.C.R.D.C. (National Primary Care Research and Development Centre)
The University of Manchester
Williamson Building
Oxford Road
Manchester M13 9PL
Royaume-Uni
☎ 00 44 161 275 7601
Fax : 00 44 161 275 0611
Email : communit@fs1.cpcr.man.ac.uk
<http://www.npcrdc.man.ac.uk>



O.C.D.E. (Les Editions)

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

Les publications sont diffusées par...

Librairie de l'OCDE en ligne

Pour acheter en ligne monographies et publications en série

<http://www.ocdelibrairie.org> / <http://www.oecd-bookshop.org>

Documents en ligne :

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

Autres diffuseurs...

Monographies

Documentation Française (La)

Librairie de Paris

29, Quai Voltaire

75007 Paris

☎ 01 40 15 71 10

Fax : 01 40 15 72 30

email : libparis@ladocfrancaise.gouv.fr

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> => rechercher sur " OCDE "

Abonnements (publications en série, documents de travail...) à souscrire auprès du distributeur anglais

Extenza Turpin

Pegasus Drive

Stratton Business Park

Biggleswade

Bedfordshire, SG18 8TQ

Royaume-Uni

☎ 00 44 1767 604 800

Fax : 00 44 1767 601 640

Email : turpin@turpin-distribution.com

<http://www.turpin-distribution.com>

Consultation des documents : à la Documentation Française

O.F.D.T. (Office Français des Drogues et des Toxicomanies)

3, av. du Stade de France

93218 St Denis La Plaine cedex

☎ 01 41 62 77 16

Fax : 01 41 62 77 00

email : information@ofdt.fr

<http://www.drogues.gouv.fr>

O.H.E. (Office of Health Economics)

12 Whitehall

London SW1A 2DY

Grande-Bretagne

☎ 00 44 171 930 9203

Fax : 00 44 171 747 1419

<http://www.ohe.org>

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

Bureau régional de l'Europe

8, Scherfigsvej

2100 Copenhagen

Danemark

☎ 00 45 39 17 14 59

Fax : 00 45 39 17 18 95

<http://www.who.dk>

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

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

Secrétariat

Drees

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

☎ 01 40 56 82 29

E.mail : drees-onpes@sante.gouv.fr

<http://www.social.gouv.fr/html/pointsur/onpes/sommaire.htm>

O.R.S.A.L. (Observatoire Régional de la Santé d'Alsace)

4, rue de Lausanne

67000 Strasbourg

☎ 03 88 36 53 12

Fax : 03 88 35 60 82

email : info@orsal.org

<http://orsalsace.free.fr/>

O.R.S.I.F. (Observatoire régional de la Santé d'Ile-de-France)

21-23, rue Miollis

75732 Paris cedex 15

☎ 01 44 42 64 70

Fax : 01 44 42 64 71

email : orsidf@orsidf.worldnet.fr

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

O.R.S.R.A. (Observatoire régional de la Santé Rhône-Alpes)

19, rue Bourgelat

69002 Lyon

☎ 04 72 56 07 70

Fax : 04 78 92 83 81

email : ors.rhone.alpes@wanadoo.fr

<http://www.ors-rhone-alpes.org/>

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 => France

P

P.R.I. (Policy Research Initiative) / P.R.P. (Projet de recherche sur les politiques)
56 rue Sparks
Ottawa, ON K1A 0A3
Canada
☎ 00 1 613 947 1956
Fax : 00 1 613 995 6006
email : questions@prs-srp.gc.ca
<http://policyresearch.gc.ca> - <http://recherchepolitique.gc.ca>

R

Rowman & Littlefield Publishers
4501 Forbes Blvd, suite 200
Lanham, MD 20706
Etats Unis
☎ 00 1 800 462 6420
<http://www.rowmanlittlefield.com>
Clients européens : <http://www.rowmanlittlefield.com/Catalog/Eur/>
ou Distribution en Europe
NBN International

NBN International
Estover Road
Plymouth PL6 7PY
Royaume-Uni
☎ 00 44 1752 202 301
Fax : 00 44 1752 202 333
Email : orders@nbninternational.com
<http://www.nbninternational.com/>

S

S.E.S.S.I. (Service des Etudes et des Statistiques Industrielles)
M.I.N.E.F.I. (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie)
20, av. de Ségur
75353 Paris cedex 07 SP
☎ 01 43 19 36 36
Fax : 01 43 19 40 71
Service Diffusion du SESSI
" Le Bervil " - DIGITIP 1
20, av. de Ségur
75353 Paris 07 SP
☎ 01 43 19 36 36
Fax : 01 43 19 40 71
<http://www.industrie.gouv.fr/sessi/sessi.htm>

S.F.K. (Stichting Farmaceutical Kengetallen)
Alexanderstraat 14
PO Box 30460
2500 GL The Hague
Pays-Bas
☎ 00 31 70 373 7444
Fax : 00 31 70 373 7445
email : info@sfk.nl
<http://www.sfk.nl>

SAGE Publications Ltd
6 Bonhill Steet
London EC2A 4PU
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7374 0645
Fax: 00 44 20 7374 8741
email : subscription@sagepub.co.uk
<http://www.sagepub.co.uk/>

Secours Catholique
Département Méthodes-Statistiques
106, rue du Bac
75341 Paris cedex 07
☎ 01 45 49 73 71

Fax : 01 45 49 94 50
Email : dpt-methodes-statistiques@secours-catholique.asso.fr
<http://www.secours-catholique.asso.fr/>

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>

Stationery Office

TSO Customer services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Royaume-Uni
☎ 00 44 870 600 5522
Fax : 00 44 870 600 5533
Online bookshop : <http://www.tso.co.uk/books-hop/>

Statistics Canada

Centre national de contact
Division des services à la clientèle
Rez-de-chaussée, Immeuble R.-H.-Coats,
Ouest
120 Avenue Parkdale
Ottawa, Ontario,
K1A 0T6
Canada
☎ 00 1 613 951 8116
email : infostats@statcan.ca
<http://www.statcan.ca/>

U

U.F.E. (Union des Familles en Europe)

2 chemin des Prés
38240 Meylan
☎ 01 76 18 15 15
Fax : 01 47 76 15 10
Email : bureaux@uniondesfamilles.org

<http://www.uniondesfamilles.org>

U.R.M.L. de Bretagne (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne)

25 rue Saint-Hélier
35000 RENNES
☎ 02 99 30 36 45
Fax : 02 99 31 47 06
Email : urml.bretagne@wanadoo.fr
<http://www.upml.fr/bretagne.htm>

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/>

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

Universitat de Barcelona

Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales
Espai de Recerca en Economia
Av. Diagonal, 690
08034 Barcelona
Espagne
☎ 00 34 93 403 72 42
Fax : 00 34 93 403 72 42
<http://www.ub.edu/ere/>

University of Cantabria / Universidad de Cantabria

Facultad de Ciencias Economicas y Empresariales
Department of Economics.
Avda de los Castros s/n.
Santander 39005
Espagne
☎ 00 34 942 201612
Fax : 00 34 942 201603
email : economicas@gestion.unican.es
<http://www.unican.es/Centros/economicas/>

University of Delaware

Alfred Lerner College of Business & Economics
Purnell Hall,
Newark, Delaware 19716
Etats-Unis

<http://index.udel.edu/>
☎ 00 1 302 831 2565
Fax : 00 1 302 831 6968
<http://www.lerner.udel.edu/economics/>



V

Vanderbilt University Press
2014 Broadway
Box 1813 Station B
Nashville, Tennessee 37235-1813
Etats-Unis
☎ 00 1 615 322 3585
Fax : 00 1 615 343 8823
E-mail: vupress@vanderbilt.edu
<http://www.vanderbiltuniversitypress.com/>

Calendrier des colloques

MAI 2006

- **1er Congrès International de la Francophonie en Prévention des Assuétudes. Prévention des assuétudes : concepts et stratégies**
Liège - Belgique Renseignement :
10-12 mai 2006 Site internet : <http://social.prov-liege.be/index.jsp?channel=une&page=current&lang=fr>

- **CHESG 2006 : Canadian Health Economics Study Group**
Hamilton, Ontario, Quebec Renseignement :
11 mai 2006 Site internet : <http://healthconomics.org/conferences/001805.html>

- **Journées de l'Association Française de Science Economique " Développements récents en Economie Financière, aspects microéconomiques et macroéconomiques "**
Strasbourg Renseignement :
11-12 mai 2006 Site internet : <http://www.iep-strasbourg.fr/>
Site de l'AFSE : <http://www.afse.fr/>

- **Colloques " Présent, absent : quels regards sur le travail ? " sur le thème de l'absentéisme**
Lille Renseignement : Agence nationale pour l'amélioration
18 mai 2006 des conditions
de travail (Anact)
Tél. : 01 47 70 46 10
E-mail : anact@ptolémée.com

- **Colloques en santé publique - Epidémiologie Sociale et Inégalités de santé**
Toulouse Renseignement : Dominique Lautier
18-19 mai 2006 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 Renseignement : PRINCEPS / SFA
19 mai 2006 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](http://www.sfalcoologie.asso.fr/page/php?choix=A4)

- **26th Conference of the Spanish Health Economics Association : " Health Care Production : More is Better ? "**
Toledo, Espagne Renseignement :
23 mai 2006 Site internet : [http://healthconomics.org/conferences/
001759.html](http://healthconomics.org/conferences/001759.html)

- **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>

- **VIIème Journée d'Economie de la Santé " Place de la prévention dans la politique de santé "**
Neuilly sur seine
31 mai 2006
Renseignement : Sébastien Bancillon
Le Public Système
40, rue Anatole France - 92594 Levallois-Perret Cedex
Tél. : 01 41 34 23 46 - Fax : 01 47 58 77 77
E-mail : sbancillon@le-public-systeme.fr

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://www.sc-eco.univ-nantes.fr/jma2006>
- **Economics of Population Health : Inaugural Conference of the American Society of Health Economists (ASHE)**
Madison, Wisconsin, USA
4-7 Juin 2006
Renseignement :
Site internet : <http://healthconomics.org/conferences/001236.html>
- **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>
- **Resourcing Global Health Conference : School of Nursing, Midwifery and Community Health at Glasgow Caledonian University**
Glasgow, Scotland, UK
7 Juin 2006
Renseignement :
Site internet : <http://healthconomics.org/conferences/001769.html>
- **Urgences 2006**
Paris
7-9 Juin 2006
Renseignement : MCO Congrès-Urgences 2006
27, rue du Four à Chaux - 13007 Marseille
Tél. : 04 95 09 38 00 - Fax : 04 95 09 38 01
E-mail : infos@urgences-lecongres.org
Site internet : <http://www.urgences-lecongres.org/>

- **Congrès de l'Union Européenne de Médecine d'assurance et de Sécurité sociale (UEMASS)**
Dublin, Irlande Renseignement : Philip Melville
8 Juin 2006 E-mail : Philip.Melville@welfare.ie
Site internet : <http://www.uemass.com>

- **7th European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH)**
Sweden Renseignement : ENMESH Conference Committee
9-11 Juin 2006 E-mail : enmesh.2006@omv.lu.se

- **28ème congrès international de santé au travail**
Milan - Italie Renseignement : Fiera Milano Congressi c/o
11-16 juin 2006 SP.i.c. - Via Costalunga 14
25123 Brescia - Italie
Tél. : +39 030 382336 - Fax : +39 030 382653
E-mail : icoh2006@fieramilanocongressi.it

- **13th Annual RAND Summer Institute**
Santa Monica, USA Renseignement :
12 Juin 2006 Site internet : <http://healtheconomics.org/conferences/001680.html>

- **Panorama du droit pharmaceutique**
Paris Renseignement : EFE - Département formation
13-14 Juin 2006 50, avenue de la Grande Armée - 75848 Paris Cedex 17
Tél. : 01 44 09 24 23 - Fax : 01 44 09 22 22
Site internet : www.efe.fr

- **Economics, Ethics and Health Care Funding: UBC Faculty of Medicine and Vancouver Island Health Authority**
Victoria, Canada Renseignement :
15 Juin 2006 Site internet : <http://healtheconomics.org/conferences/001780.html>

- **2nd North American Congress of Epidémiology 2006**
Seattle, Washington, USA Renseignement :
21 Juin 2006 Site internet : <http://healtheconomics.org/conferences/001237.html>

- **5th Proximity Congress - Proximity, between interactions and institutions**
Bordeaux Renseignement :
28-30 juin 2006 L'appel à communication est disponible à l'adresse suivante :
Site internet : <http://beagle.u-bordeaux4.fr/conf2006/callforpapsers.php>
Inscriptions : <http://beagle.u-bordeaux4.fr/conf2006/registration.php>

JUILLET 2006

■ HTAI 2006 6 3RD Annual Meeting Health Technology Assessment International

Adélaïde, Australie
2 Juillet 2006

Renseignement :
Site internet : <http://healthconomics.org/conferences/001649.html>

■ 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

■ Evidence-Based Policies & Indicator Systems - Fifth international inter-disciplinary conference

Londres
11-13 Juillet 2006

Renseignement : Ms Kalvinder Dhillon
EB2006
CEM Centre, Mountjoy Research Centre 4
Durham University
Stockton Road - Durham DH1 3UZ
Tél. : + 44 (0) 191 33 44185 - Fax : + 44 (0) 191 33 44180
E-mail : EB2006@cem.dur.ac.uk
Site internet : <http://www.cemcentre.org/eb2006/A4%20web%20ebe%202006%20CONF%20FLYER.pdf>

AOUT 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.fr>

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>

■ 6th International Conference on Priorities in Health care

Toronto, Canada
20 Septembre 2006

Renseignement :
Site internet : <http://healtheconomics.org/conferences/001612.html>

■ 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

■ EU Healthcare Futures Conference

Brussels - Belgium
29-30 Septembre 2006

Renseignement : EUHCF
The Choice Group
65 Knowl Piece, Wilbury Way,
Hitchin, SG4 0TY, UK
Jo Watling
Tél. : +44 (0) 1462 471800 - Fax : +44 (0) 1462 441130
E-mail : EUHCF@choicegroup.co.uk

OCTOBRE 2006

■ 9th European Health Forum Gastein - Health sans frontières

Salzburg - Austria
4-7 Octobre 2006

Renseignement : International Forum Gastein
Tauernplatz 1 - A-5630 Bad Hofgastein
Salzburger Land, Austria
Tél. : +43 (6432) 3393270 - Fax : +43 (6432) 3393271
E-mail : info@ehfg.org
Site internet : <http://www.ehfg.org>

■ CALASS 2006 - XVII Congresso dell'ALASS

Milano - Italie
5-7 Octobre 2006

Renseignement : ALASS
Ap. de Correos 12098 - E-08006
Barcelona Fax : + 34 93 202 33 17
E-mail : alass@alass.org

■ 4th Annual Southeastern Health Economics Study Group Conference

Coral Gables, Florida USA
6 Octobre 2006

Renseignement :
Site internet : <http://healthconomics.org/conferences/001777.html>

■ 10th journées annuelles de santé publiques - 10 years of boundless knowledge

Montréal - Québec
23-27 Octobre 2006

Renseignement : Journées annuelles de santé publique
500, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 9.100,
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Tél. : (514) 864-1339 - Fax : (514) 864-1616
Site internet : <http://www.inspq.qc.ca/jasp>

■ 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>
Ou <http://www.healthconomics.org/conferences01449.html>

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>

■ Journées des Economistes de la Santé Français (JESF)

Dijon
23-24 Novembre 2006

Renseignement :
Site internet : http://www.ces-asso.org/Pages/JESF_2006.htm

DECEMBRE 2006

- **Third International Jerusalem Conference on Health Policy Whith this year's theme: Health Systems - Are we in a Post Reform Era ?**

Jerusalem - Israël

10-13 December 2006

Renseignement : Amy Lipman

The Israel National Institute for Health Policy Research

Tél : 972-3-5303516-7 - Fax : 972-3-5303250

E-mail : nihp@israelhpr.health.gov.il

Site internet : <http://www.israelhpr.org.il/>

MAI 2007

- **12th Annual Int. Meeting Int. Society for Pharmacoeconomics & outcomes Research**

Virginia- USA

19-23 Mai

Renseignement :

E-mail : info@ispor.org

Site internet : <http://www.ispor.org/meetings>

JUILLET 2007

- **Explorations in Health Economics: 6 th Ihea Xorld Congress**

Copenhagen

8-10 octobre

Renseignement :

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 2006 : 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

Chantal Cases

Rédactrice en chef

Marie-Odile Safon

Rédactrices adjointes

Suzanne Chriqui - Agnès Grandin

Diffusion

Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier

Mise en page

Khadija Ben Larbi

