



Quoi de neuf, Doc ?

Sept - décembre / Sept-December 2013, n° 3

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDÉS Documentation Center

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

Publication Director

Editor-in-Chief

Associate Editors

Layout Template

Page Setting

Distribution

Yann Bourgueil

Marie-Odile Safon

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Franck-Séverin Clérembault

Damien Le Torrec

Sandrine Béquignon, Anne Evans

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

Directeur de la publication

Rédactrice en chef

Rédactrices adjointes

Maquette

Mise en page

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, Doc ?

Septembre-décembre 2013, n° 3

Table of contents (in English)

5

Présentation.....	2
Comment lire une notice ?	7
Index des auteurs	81
Carnet d'adresse des éditeurs	89

Références bibliographiques

11 POLITIQUE DE SANTÉ

Choix des priorités	11
Démocratie sanitaire	11
Etrangers malades.....	11
Handicap	12
Plan Cancer	12
Service public.....	13

14 PROTECTION SOCIALE

Accidents du travail	14
Aides financières.....	14
Couverture maladie universelle	14
Protection complémentaire	15
Réformes	16
Régimes de retraite.....	17
Retraite	18

19 PRÉVENTION

Accidents vasculaires cérébraux	19
Cancer	19
Maladies chroniques	20
Pratique médicale	20
Sécurité sanitaire	20

22 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Biologie médicale.....	22
Comptes de la sécurité sociale	22
Dépenses de santé	23
Financement	24
Maîtrise des coûts.....	24

27 ÉTAT DE SANTÉ

Addiction	27
Canicule	27
Etudiants	27
Incapacité.....	28
Indicateurs de santé.....	29
Jeunes adultes.....	29
Santé environnementale	30
Santé mentale.....	30
Tabagisme.....	30
Travail et santé.....	31

34 PERSONNES ÂGÉES

Assurance dépendance	34
Dépendance.....	34
EHPAD	35
Fragilité	35
Migrants	35
Parcours de soins	36
Politique vieillesse.....	36
Prestation dépendance	37
Qualité des soins	37
Soins à domicile.....	38

40 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins	40
Capital social.....	40
Inégalités sociales de santé	41
Non recours	42
Pauvreté.....	43
Personnes handicapées	43

Renoncement aux soins	44
-----------------------------	----

46 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Aménagement du territoire	46
Disparités régionales	46
Ile-de-France.....	47
Milieu rural	47

48 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Centres de santé.....	48
Organisation des soins	48
Parcours de soins	48
Relations médecins malades	49
Rémunération	49
Soins intégrés	50

51 HÔPITAL

Activité	51
Chirurgie ambulatoire.....	51
Financement	52
Hôpital privé	52
Hospitalisation à domicile	53
Investissement.....	53
Performance	53
Santé mentale.....	54

56 PROFESSIONS DE SANTÉ

Ophtalmologiste	56
Pharmacien.....	56
Planification.....	57

58 MÉDICAMENTS

Antibiotiques	58
Antidiabétiques	58
Biosimilaires.....	59
Industrie pharmaceutique	59
Innovation	60
Marché du médicament	61

Médicaments génériques.....	61
Politique du médicament.....	62
Prescription	64
Psychotropes	64
Régulation.....	64

65 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Smartphone	65
------------------	----

66 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Danemark	66
Etats-Unis	66
Europe	68
Pays scandinaves	69
Pologne.....	70

71 PRÉVISION-EVALUATION

Santé environnementale	71
------------------------------	----

72 MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Appariement.....	72
Systèmes d'information.....	72
Enquêtes.....	73

75 DÉMOGRAPHIE - MODES DE VIE

Bilan démographique	75
Vieillesse démographique	75

76 DOCUMENTATION

Psychiatrie	76
-------------------	----

77 RÉGLEMENTATION

Bioéthique	77
Euthanasie	77
Greffes d'organes	77

Table of contents

Quoi de neuf, Doc ? September-December 2013, n° 3

Table of contents (in English)

5

Presentation.....	2
Reading a notice	7
Author index.....	81
Publishers address book.....	89

Bibliographic references

11 HEALTH POLICY

Priorities choice.....	11
Health democracy.....	11
Sick foreigners	11
Disability.....	12
National cancer control programme.....	12
Public service.....	13

14 SOCIAL PROTECTION

Occupational injuries.....	14
Financial assistance.....	14
Universal health coverage	14
Supplementary health insurance	15
Reforms	16
Pension funds	17
Pension schemes.....	18

19 PREVENTION

Stroke.....	19
Cancer	19
Chronic diseases	20
Medical practice.....	20
Health care safety	20

22 HEALTH ECONOMICS

Medical biology	22
Social security accounts	22
Health expenditures	23
Financing	24
Health care cost containment	24

27 HEALTH STATUS

Addiction	27
Heatwave	27
Students.....	27
Disability.....	28
Health indicators	29
Young adult	29
Environmental health	30
Mental health	30
Smoking.....	30
Occupational health	31

34 ELDERLY

Dependency insurance	34
Dependency.....	34
Home for the aged	35
Frailty	35
Migrant.....	35
Continuity of care	36
Ageing policy.....	36
Dependency allowance.....	37
Quality of care.....	37
Home care	38

40 HEALTH INEQUALITIES

Health care accessibility	40
Social capital.....	40
Social health inequalities	41
Non take up.....	42
Poverty.....	43
Disabled persons	43

Unmet needs.....	44
------------------	----

46 GEOGRAPHY OF HEALTH

Planning.....	46
Regional disparities.....	46
Ile-de-France.....	47
Rural area.....	47

48 PRIMARY HEALTH CARE

Community health centers.....	48
Health care organisations.....	48
Continuity of care.....	48
Physician-patient relationships.....	49
Payment.....	49
Integrated care.....	50

51 HOSPITAL

Activity.....	51
Ambulatory surgery.....	51
Financing.....	52
Private hospitals.....	52
Home based hospitals.....	53
Investment.....	53
Performance.....	53
Mental health.....	54

56 HEALTH PROFESSIONS

Ophtalmologist.....	56
Pharmacist.....	56
Planning.....	57

58 PHARMACEUTICALS

Antibiotics.....	58
Antidiabetics.....	58
Biosimilars.....	59
Pharmaceutical industry.....	59
Innovation.....	60
Drug Market.....	61

Generic drugs.....	61
Drug policy.....	62
Prescription.....	64
Psychoactive drugs.....	64
Regulation.....	64

65 MEDICAL TECHNOLOGIES

Smartphone.....	65
-----------------	----

66 FOREIGN HEALTH SYSTEMS

Denmark.....	66
United States.....	66
Europe.....	68
Nordic countries.....	69
Poland.....	70

71 PREVISION-EVALUATION

Environmental health.....	71
---------------------------	----

72 METHODOLOGY-STATISTICS

Matching.....	72
Information systems.....	72
Surveys.....	73

75 DEMOGRAPHY-LIVING CONDITIONS

General study.....	75
Ageing population.....	75

76 DOCUMENTATION

Psychiatry.....	76
-----------------	----

77 LAW

Bioethics.....	77
Euthanasia.....	77
Organ transplants.....	77

READING A NOTICE

COMMENT LIRE UNE NOTICE ?

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

Meaning of abbreviations

Signification des abréviations

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

Références bibliographiques

Bibliographic references

Politique de santé / Health policy

Choix des priorités

Priorities choice

RAPPORT

CORDIER (A.) / prés.

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

Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des « sages ».

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013

Cote Irdes : en ligne

http://www.astrid-online.it/Politiche-/Documenti/-Rapport-Cordier_sant-21_06_13.pdf

Ce rapport rassemble les propositions du comité des sages mis en place en mars dernier pour préciser le contenu d'une stratégie nationale de santé. D'autres démarches et réflexions importantes ont eu lieu, telles que le Pacte de confiance pour l'hôpital, ou sont en cours, notamment sur la généralisation de la couverture de la complémentaire santé, qui doit faire l'objet d'un très prochain avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Le gouvernement travaille, sur la base des différentes analyses qu'il a sollicitées, à l'élaboration d'une feuille de route déclinant les principales orientations qu'il retient et les chantiers à lancer au plan opérationnel. Des débats et consultations s'ensuivront tant au niveau national qu'en région sur ces axes, certaines mesures pouvant être prises en compte dès le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) déposé au Parlement en octobre.

Démocratie sanitaire

Health democracy

OUVRAGE

TABUTEAU (D.)

Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé.

Paris : Editions Odile Jacob : 2013

Cote Irdes : A4483

Progrès médicaux, crises sanitaires, déserts médicaux, inégalités de santé, réglementations de santé publique, financement de l'assurance maladie, défis de la bioéthique : les questions de santé constituent des enjeux politiques majeurs. À partir d'une analyse de l'histoire du système et de la politique de santé, Didier Tabuteau examine ces grandes questions. Comment concilier sécurité, liberté et égalité ? Quelles sont les limites de l'ambition d'universalité proclamée pour l'assurance-maladie ? Comment l'exigence de décentralisation peut-elle affecter les politiques de santé ? Quels sont les effets de la concurrence ? Comment s'articule le débat sur les prélèvements obligatoires ? Autant d'interrogations cruciales à un moment où l'État providence est malmené par une crise économique d'une ampleur exceptionnelle. Avec en filigrane la question de l'indispensable réforme du système de santé et d'assurance maladie. Et pour ambition, l'édification d'une véritable démocratie sanitaire (4e de couverture).

Etrangers malades

Sick foreigners

RAPPORT

DIEDERICHS (O.), VERNHES (M.), FOURNALES (R.), CHIEZE (F.)

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

Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades.

Rapport IGAS ; 2013 041

Paris : La documentation française : 2013

Cote Irdes : C, B7162

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201/index.shtml>

L'Inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration ont été conjointement chargées d'une mission sur « l'admission au séjour des étrangers malades - évaluation de l'application de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers ». Cette demande portait essentiellement sur l'élaboration d'un bilan de la loi du 16 juin 2011, tant en matière d'organisation administrative que d'efficacité de la prise en charge sanitaire des intéressés, en dégageant, le

cas échéant, des voies d'amélioration. Elle mettait notamment l'accent sur la diversité d'interprétation de la condition relative à l'accès au traitement dans le pays d'origine, sur les conditions dans lesquelles les médecins des agences régionales de santé émettent leur avis, l'existence de facteurs de fraude, les risques d'utilisation purement dilatoire de la procédure et enfin la validité de la notion de circonstances humanitaires exceptionnelles (article L 313-11 et L 511-4,10° et L 521-3,5° du CESEDA). La mission devait également analyser la situation de personnes en rétention ou en détention au regard de la protection contre l'éloignement découlant du recours à la procédure « Etrangers Malades » pendant leur rétention ou leur détention. D'un point de vue plus général, la mission était enfin invitée à faciliter, grâce à ses travaux, l'établissement ultérieur d'un « diagnostic partagé » entre le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère de l'intérieur

Handicap Disability

RAPPORT

BARREYRE (J.Y.) / dir., ASECIO (A.M.) / dir., PEINTRE (C.) / dir.

Centre d'Etudes de Documentation d'Information et d'Action Sociale. (C.E.D.I.A.S.). Paris. FRA, Malakoff Médéric. Malakoff. FRA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.). Paris. FRA, Comité d'Action et de Liaison des Parents d'Enfants et Adultes Atteints de Handicaps Associés France. (C.L.A.P.E.A.H.A.). Paris. FRA, Chorum. Paris. FRA

Les situations de handicap complexe : besoins, attentes et modes d'accompagnement des personnes avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Paris : CEDIAS CREHAI Ile-de-France : 2013

http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/rapport_public_les_situations_de_handicap_complexe_cedias_clapeaha_cnsa_section_economie_sociale_chorum_juin_2.pdf

Cette recherche appliquée, portée par le CLAPEAHA, financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Section Economie Sociale-Chorum, a pour objet les situations de handicap pour lesquelles le dispositif de réponses mis en place en 1975, rénové voire transformé dans les années 2000, paraît pour une grande partie d'entre elles, inadéquat, insatisfaisant ou insuffisant. Ces

situations se caractérisent entre autres par une altération de la capacité de décision et d'action des personnes avec incapacités (with disabilities) qui les vivent. Cette altération capacitaire est consécutive d'atteintes fonctionnelles graves, de troubles cognitifs ou psychiques, de processus dégénératifs, etc. Elle s'ajoute et participe à la « complexité » de la situation de handicap. On retrouve ces situations dans nombre de « catégories » populationnelles, administratives et réglementaires françaises sans bien sûr qu'elles les concernent toutes : certaines situations de polyhandicap, de handicaps rares, de traumatismes crâniens sévères, de maladies dégénératives, d'autisme avec déficiences associées, etc. Il convient donc dans un premier temps de comprendre les contextes historiques et législatifs dans lesquels se pose cette question et de mieux appréhender les enjeux qui en découlent.

Plan Cancer

National cancer control programme

RAPPORT

VERNANT (J.P.)

Recommandations pour le troisième Plan Cancer.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/710-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer>

Ce rapport comprend trois parties : la formulation d'objectifs stratégiques pour le troisième Plan cancer : réduire effectivement les inégalités liées au cancer ; adapter le système de santé aux évolutions de la prise en charge ; simplifier l'organisation pour une meilleure efficacité. Il offre des propositions d'objectifs et de recommandations organisées par axe thématique, à savoir le développement de la prévention et du dépistage ; la recherche ; les métiers, les formations et les pratiques de la cancérologie ; le parcours de soins ; la vie pendant et après le cancer. Enfin, il suggère des recommandations sur cinq axes transversaux : la place des médecins généralistes ; l'évolution des modalités d'implication des patients ; l'évolution des organisations ; les systèmes d'information ; les problèmes économiques que pose le cancer.

Service public
Public service

OUVRAGE, CONGRES

TOURAINE (M.) / préf.

Service public et santé. Actes du colloque.

Paris : Editions de Santé ; Les Presses de SciencesPo : 2013

Cote Irdes : A4458

<http://www.pressessciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100256820>

Le concept de service public qui a, pendant longtemps, constitué le socle du développement des interventions de la puissance publique, paraît aujourd'hui malmené par les transformations de l'action publique, les tensions macroéconomiques et les exigences du droit européen. Sur le champ de la santé, le service public n'a trouvé ses marques que tardivement. Au-delà des missions traditionnelles de police sanitaire, les services publics de prévention n'ont été développés qu'avec parcimonie et le service public hospitalier ne s'est constitué qu'à partir de 1958, avant d'être consacré par la loi Boulin de 1970. Quant à l'assurance maladie, elle s'est inscrite, dès son origine, dans le contexte singulier de la démocratie sociale. Les évolutions législatives et économiques de la dernière décennie ont remis en cause la conception et l'organisation des services publics de santé. Les contributions réunies dans cet ouvrage, à l'occasion du colloque organisé par la chaire Santé de Sciences Po et l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes en juin 2012, permettent de s'interroger sur la pertinence et la portée, en 2012, des principes du service public en matière de santé et d'analyser les mutations de la gestion des services publics de soins. Elles invitent ensuite à examiner les conséquences de la tourmente dans laquelle se trouvent actuellement les services publics de santé et à approfondir la réflexion sur leur avenir (4e de couverture).

Protection sociale / Social protection

Accidents du travail Occupational injuries

RAPPORT

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

Rapport de gestion 2012.

Paris : CNAMTS : 2013/09

Cote Irdes : En ligne

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport_gestion_2012.pdf

Ce rapport de gestion 2012 fait le point complet sur les finances de la branche AT/MP et l'indemnisation des victimes avec l'analyse détaillée de la sinistralité (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles). Quatre focus sur une problématique particulière sont également présentés : le risque routier : accidents du travail et accidents de trajet liés au risque routier ; troubles musculo-squelettiques (TMS) : définition d'un TMS, analyse sectorielle par CTN (Comité technique national) ; cancers d'origine professionnelle : dénombrement, cancers liés à l'amiante et cancers non liés à l'amiante ; système de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles.

Aides financières Financial assistance

DOCUMENT DE TRAVAIL

BLANCHET (N.), WARIN (P.) /dir.
Observatoire des NON-REcours aux Droits et Services.
(O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble.FRA

Etude auprès d'assurés de la CPAM du Gard sollicitant une aide financière pour des soins dentaires.

Grenoble : ODENORE : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_definitif/aides_soins_dentaires_cpam_gard.pdf

En 2012, 576 assurés ont sollicité la CPAM pour obtenir une aide financière individuelle, devant leur permettre de faire face à des frais dentaires importants. Cette même année, 333 aides ont été accordées et versées à des assurés ; 62 autres ont été annulées en 2012 faute d'utilisation dans les six mois de délai imparti (il peut donc s'agir de demandes déposées et traitées en 2011). Au total, environ 395 demandeurs étaient éligibles parmi les 576, soit une estimation de 68%. Cette aide financière peut intervenir pour des frais liés à la réalisation de prothèses dentaires, de traitements orthodontiques pour des enfants ou des adultes, d'actes hors nomenclature après avis d'un dentiste conseil. Cette aide est attribuée en fonction des ressources de l'assuré et est calculée sur la base des tarifs plafond mutualistes pratiqués. Elle est limitée à 1000 euros par an et par bénéficiaire. Cette étude vise à analyser les motifs qui conduisent certains assurés à ne pas utiliser l'aide qui leur est attribuée par la CPAM. Il s'agit de comprendre aussi ce qui peut les conduire à reporter ou annuler leurs soins dentaires et, plus globalement, à renoncer à des soins, au-delà de leur seul problème dentaire. C'est également l'occasion de mieux connaître « l'histoire » des personnes sollicitant un secours dentaire (leur trajectoire sociale, leur parcours de soins, leur relation avec la CPAM...). Enfin, ce travail doit aussi permettre d'évaluer l'efficacité de l'action de la CPAM en matière d'attribution de prestations de secours dentaires et sa capacité à accompagner les publics qui en ont le plus besoin.

Couverture maladie universelle Universal health coverage

RAPPORT

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

The European health report 2013: research for universal health coverage.

Rapport sur la santé en Europe 2013 : la recherche d'une couverture maladie universelle.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240>

[690837_eng.pdf](#)

Universal health coverage, with full access to high-quality services for health promotion, prevention, treatment, rehabilitation, palliation and financial risk protection, cannot be achieved without evidence from research. Research has the power to address a wide range of questions about how we can reach universal coverage, providing answers to improve human health, well-being and development. All nations should be producers of research as well as consumers. The creativity and skills of researchers should be used to strengthen investigations not only in academic centres but also in public health programmes, close to the supply of and demand for health services. Research for universal health coverage requires national and international backing. To make the best use of limited resources, systems are needed to develop national research agendas, to raise funds, to strengthen research capacity, and to make appropriate and effective use of research findings (4e de couverture).

DIPLOME

CHEVALLIER (M.), MARCOLET (A.), MARTIN (L.)
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.S.S.).
Saint-Etienne. FRA

La mesure de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-c sur les plans administratif et sanitaire.

Saint-Etienne : EN3S 2013

Cote Irdes : En ligne
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/La_mesure_de_la_satisfaction_des_beneficiaires_de_la_CMU-c_sur_les_plans_administratif_et_sanitaire_-_RA_-_juin_2013_-_groupe_8.pdf

Le mémoire est le résultat d'une recherche action menée par les stagiaires de l'EN3S de la 51e promotion au cours de l'année 2012. L'enjeu a été de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C sur les plans de la satisfaction administrative et de la satisfaction sanitaire. Cette étude a été réalisée en partenariat avec la CPAM du Rhône. Un questionnaire a été envoyé à 6 145 bénéficiaires de la CMU-C. Le taux de retour a été très satisfaisant (21 %). La satisfaction administrative est plutôt bonne, voire meilleure que celle de la population globale. Concernant la satisfaction sanitaire, l'état de santé des répondants est moins bon que celui de la population globale ; 74% des répondants estiment être en très bonne ou assez bonne santé contre 91 % de la population globale.

Les répondants sont tout de même satisfaits voire très satisfaits des soins reçus (à 88 %) et 61 % d'entre eux sont sensibles à la prévention. Ces bons résultats font toutefois apparaître des points d'insatisfaction spécifiquement liés au dispositif CMU-C : l'accès aux droits est réduit par la peur de la stigmatisation, les difficultés de renouvellement et les ruptures de droit.

Protection complémentaire **Supplementary health insurance**

RAPPORT

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

La généralisation de la couverture complémentaire en santé : rapport.

Paris : HCAAM : 2013

Cote Irdes : En ligne
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/generalisation_couverture_complementaire_sante_rapport_hcaam2013.pdf

Saisi en mars 2013 par le gouvernement dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation de la couverture complémentaire en santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a adopté, le 18 juillet, un avis accompagné d'un rapport, à l'unanimité à l'exception de la CGT-FO. Ces documents portent un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Ils analysent également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire en santé à l'ensemble de la population. Le HCAAM a examiné les conditions de la généralisation d'une couverture de qualité, incluant les personnes les plus éloignées de l'emploi et les plus modestes. Cette généralisation implique une évolution du dispositif de l'ACS (Acquisition d'une complémentaire santé) pour en améliorer le taux de recours, un renforcement des critères de solidarité et de responsabilité des contrats d'assurance complémentaire et une amélioration du ciblage des aides publiques bénéficiant au secteur. Le Haut Conseil s'est également penché sur la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de gestion du risque et souligne l'intérêt des réseaux de professionnels de santé pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins.

RAPPORT

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

Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé (ACS) en 2012.

Paris : Fonds CMU : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_prix_contenu_2012.pdf

Ce rapport sur les prix et contenu des contrats d'acquisition à une complémentaire santé (ACS) se base sur les résultats d'une enquête, réalisée pour l'année 2012, auprès de 52 organismes complémentaires couvrant 66 % des bénéficiaires utilisateurs de l'aide (309 692 contrats et 541 341 bénéficiaires). Le prix moyen par contrat s'élève à 884 euros (1,66 personne protégée en moyenne par contrat), en hausse de + 5,1 % alors que dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS progressait de seulement 1,8 %. Ce constat conduit à un accroissement sensible de + 8,9 % du montant du reste à charge moyen par contrat. En moyenne, 54 % du prix du contrat est pris en charge par le dispositif ACS, un taux qui correspond pratiquement au taux de prise en charge des employeurs sur les contrats collectifs obligatoires. Le taux d'effort des ménages pour acquérir une complémentaire santé représente désormais 4,1 % de leur revenu annuel contre 3,9 % en 2011. Heureusement, des aides supplémentaires à l'ACS, mises en place par une grande majorité des caisses maladie, abaissent le montant du RAC des personnes concernées. Avec le relèvement du plafond de l'aide intervenu au 1er janvier 2012, le nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé leur aide auprès d'un OC (Organisme complémentaire) a évolué sensiblement (+ 25 % entre fin novembre 2011 et fin novembre 2012) et le profil des personnes aidées a évolué, les nouveaux bénéficiaires concernés par le relèvement du plafond étant un peu mieux insérés socialement. Le Fonds a ainsi constaté une amélioration sensible de la situation des contrats ACS entre 2011 et 2012, avec des niveaux de garanties un peu plus élevés. Les contrats ACS offrent globalement des niveaux de garantie moins élevés que les contrats individuels en général, la différence est encore beaucoup plus nette en comparaison avec les contrats collectifs.

RAPPORT

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

Rapport d'activité 2012 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Paris : Fonds CMU : 2013/06

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2012.pdf

Comme chaque année, le fonds CMU présente son rapport d'activité. Au sommaire : L'accès aux soins des populations précaires dans un contexte de crise économique qui perdure. Les dépenses restent contenues malgré un contexte économique peu favorable ; Les comptes du Fonds CMU ; Les activités du Fonds CMU ; Les missions du Fonds CMU ; La présentation de la CMU et de l'ACS (Acquisition d'une complémentaire santé) ; Les principaux textes 2012 relatifs au fonds CMU, à la CMU et à l'ACS ; Le Conseil d'administration ; Le Conseil de surveillance ; L'organigramme du Fonds CMU. L'année 2012 a été principalement marquée par la hausse des effectifs de l'ACS (+ 30,8 % par rapport à 2011), la barre hautement symbolique du million de bénéficiaires d'attestations ayant été dépassée en fin d'année, par la production de plusieurs études, notamment celle sur la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C réalisée en collaboration avec l'EN3S, et par la refonte du site Internet du Fonds, qui a sans doute constitué l'une des tâches les plus lourdes de l'année.

Réformes

Reforms

ARTICLE

ANGOULVANT (J.C.)

Réforme de la protection sociale en France : rendre possible ce qui est nécessaire.

Futuribles : 2013 ; n° 394

Paris : Futuribles

Cote Irdes : P166

S'appuyant en particulier sur la retraite et la santé, cet article insiste sur trois problèmes structurels auxquels il faut répondre pour réformer durablement la protection sociale en France : la fragmentation du système, la mal-gouvernance dont il est

l'objet, et son inadaptation aux nouveaux besoins des individus

OUVRAGE

BONTOUT (O.), HAZOUARD (S.), LASSERRE (R.), ZAIMAN (C.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA, Centre d'Information et de Recherche sur l'Allemagne Contemporaine. (C.I.R.A.C.). Cergy-Pontoise. FRA

Les réformes de la protection sociale en Allemagne : état des lieux et dialogue avec des experts français.

Cergy-Pontoise : Editions du Cirac : 2013
Cote Irdes : A4466
<http://www.ciera.fr/ciera/spip.php?article2252>

Dans le cadre des réflexions et des débats publics menés en France depuis 2011 sur la convergence des politiques de compétitivité entre la France et l'Allemagne, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et le Centre d'Information et de Recherche sur l'Allemagne contemporaine (CIRAC) ont développé conjointement un programme pour la promotion d'un dialogue franco-allemand sur la protection sociale ayant pour objectif de comparer les politiques de réforme des régimes de sécurité sociale menées de part et d'autre du Rhin. Ce dialogue, mené de novembre 2011 à juin 2012, a pris la forme d'un cycle de huit conférences-débats mensuelles tenues à la Maison Heinrich Heine au cours desquelles des experts allemands et français ont présenté et confronté leurs analyses sur les dossiers clés de la protection sociale dans les deux pays. Le présent ouvrage offre une synthèse des travaux et des réflexions développés au cours de ce programme. A travers les huit contributions rédigées dans leur version définitive par les experts allemands à partir des exposés et des données qu'ils avaient présentés lors de leur conférence initiale, l'ouvrage dresse en premier lieu un tableau d'ensemble approfondi et richement documenté du système allemand de protection sociale et des réformes qui lui ont été apportées au cours des dix dernières années avec la mise en œuvre de l'Agenda 2010. Dans l'étude des principaux régimes de protection, les différentes contributions ne se contentent pas d'analyser précisément les modifications apportées au mode de financement et au niveau des garanties offertes. Elles montrent également comment les réformes s'inscrivent dans

une perspective systémique commune qui vise à restaurer les conditions d'une protection sociale soutenable et réponde aux défis de la compétitivité industrielle globale, du déclin démographique et de l'allongement de l'espérance de vie, tout en assurant l'équité et la cohésion sociales. Cette approche structurelle et transversale sert également de grille de référence pour l'analyse et la réflexion comparatives, principalement franco-allemandes, mais également européennes, qui constituent le second volet de l'ouvrage. Elle fournit un point d'appui aux différentes contributions des intervenants français qui, sur chacun des huit thèmes choisis, permettent de faire ressortir, pour chacun des deux pays, leurs variables structurelles significatives et leurs différences d'approches conceptuelles, ainsi que leurs performances relatives et leurs points forts respectifs (4e de couverture).

Régimes de retraite Pension funds

ARTICLE

Observatoire des Retraites. (O.R.). Paris. FRA

Les retraites dans le monde. Etat des lieux continent par continent. Lettre de l'Observatoire des Retraites (La) : 2013 : n°19

Paris : Observatoire des retraites
Cote Irdes : En ligne
<http://www.observatoire-retraites.org/index.php?id=347>

Cette lettre comporte deux parties et une annexe. La première partie s'efforce de mettre en perspective la question des retraites. Elle rappelle le bouleversement démographique en cours. Elle retrace comment sont apparus les régimes de retraite, ce qui éclaire la situation présente dans bien des parties du monde. Elle montre la prise de conscience du fait que le développement d'une économie de plus en plus mondialisée déséquilibre les sociétés et les pays, et qu'il devient urgent d'étendre la sécurité sociale dans les pays émergents. La seconde partie décrit, continent par continent, les systèmes existants. Les annexes regroupent des tableaux qui présentent, pays par pays, des données de base.

Retraite
Pension schemes

OUVRAGE

LEQUIEN (L.) / dir., ANDRIEUX (V.) / coord.
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la
Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
(D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Les retraités et les retraites : édition 2013.

Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Paris :
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme
de l'Etat, Paris : Ministère des solidarités et de la cohésion
sociale : 2013

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-retraites-et-les-retraites-edition-2013.11119.html>

En 2011, un peu plus de 15 millions de retraités, vivant en France ou à l'étranger, sont titulaires d'une pension de droit direct d'au moins un régime de retraite français. Leur nombre croît à un rythme moins soutenu que les années précédentes du fait de la réforme des retraites de 2010 qui repousse progressivement l'âge légal d'ouverture des droits à partir de juillet 2011. La pension moyenne de droit direct, tous régimes, atteint 1 256 euros mensuels en 2011. Les écarts de pensions entre hommes et femmes tendent toujours à se réduire. Les départs à la retraite interviennent à 60 ans dans un tiers des cas et sont un peu plus précoces dans la fonction publique.

Prévention / Prevention

Accidents vasculaires cérébraux Stroke

RAPPORT

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

Propositions pour l'évaluation de l'impact du plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014.

Paris : HCSP : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130313_planavcaidemethodo.pdf

Ce rapport est une réponse du Haut Conseil de la santé publique à la demande de soutien méthodologique pour la préparation de l'évaluation de l'impact du Plan d'actions national « Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Le HCSP préconise de faire le point sur la qualité des indicateurs et des systèmes d'informations associés, de prioriser ces indicateurs, de compléter l'approche quantitative par des études qualitatives *ad hoc*, et enfin de développer des comparaisons entre territoires.

Cancer Cancer

RAPPORT

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA, Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Paris. FRA

Rapport final au Président de la République sur le bilan du plan cancer 2 (2009-2013).

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/rapport-final-plan-cancer-2009-2013.pdf>

La Direction générale de la santé (DGS) publie, avec l'appui de l'Institut national du cancer, un rapport final sur le bilan du Plan cancer 2009-2013. Ce rapport montre qu'entre 2009 et 2012, les moyens ont été mobilisés à hauteur de 85 % et que parmi les 118 actions prévues et engagées, 60 % ont été déjà réalisées ou le seront d'ici la fin de cette année.

Le Plan a œuvré au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Mais un des points noirs du bilan reste la prévention des facteurs de risque et le dépistage. Ce bilan qui sera complété par une évaluation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2014 permet d'alimenter la réflexion sur le troisième Plan cancer annoncé par François Hollande le 11 décembre 2012. Le travail d'élaboration de ce troisième Plan, actuellement en cours, sera nourri des recommandations du Pr Vernant, qui remettra son rapport aux deux ministres le 30 août prochain.

RAPPORT

LASTIER (D.), SALINES (E.), ROGEL (A.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.). Saint-Maurice. FRA

Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006.

Saint-Maurice : INVS : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Programme-de-dépistage-du-cancer-du-sein-en-France-resultats-2010-evolutions-depuis-2006#panel1>

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004. Il comprend un examen clinique et deux mammographies par sein interprétées par un premier radiologue, suivies si nécessaire d'un bilan de diagnostic immédiat, ainsi qu'une seconde lecture systématique des clichés normaux. Entre 2004 et 2010, le nombre de femmes dépistées est passé de 1 621 000 à 2 362 000. Le taux de participation a progressé fortement entre 2004 et 2008 passant de 40,2 % à 52,4 % et il est depuis stabilisé avec un taux de 52,0 % en 2010. Pour 7,1 % des femmes dépistées en 2010, la mammographie était anormale et le bilan de diagnostic immédiat a confirmé l'anomalie pour 44,8 % de ces femmes soit 3,1 % des femmes dépistées. Une mammographie normale était associée à un examen clinique anormal dans 6,1 % des cas. Après la seconde lecture, 1,3 % des femmes ont été rappelées. Les taux de cancers détectés par le programme étaient de 6,8 en 2009 et 6,8 (données provisoires) en 2010. Parmi l'ensemble des cancers dépistés, 6,2 % l'ont été par la seconde lecture. En 2010, 15,2 % des

cancers étaient in situ. Parmi les cancers invasifs, 38,2 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76,0 % de ceux dont le statut ganglionnaire était connu ne comportaient pas d'envahissement. En 2010, pour la troisième année, le programme autorisait la mammographie numérique. Des différences assez nettes sont constatées entre la technologie numérique plein champ (DR) d'une part et les technologies analogique et numérique à plaques (CR) d'autre part. Les mammographes DR étaient à l'origine de plus d'examens positifs en première lecture, de plus de cancers dépistés, mais d'une valeur prédictive positive des examens après bilan plus faible et d'un apport moindre de la deuxième lecture que les deux autres types de mammographes. Ces conclusions doivent être considérées avec prudence pour la technologie numérique CR car ce groupe hétérogène recouvre des appareils très différents dans leurs performances. Ces indicateurs demeurent conformes au référentiel européen et au cahier des charges français hormis pour la participation au programme de dépistage organisé qui reste insuffisante dans le contexte de la coexistence avec un dépistage individuel.

Maladies chroniques

Chronic diseases

RAPPORT

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

Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : 2007-2011.

Paris : HCSP : 2013

Cote Irdes : en ligne

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20130328_evalplanqualviemalchronique.pdf

La prise en charge des malades chroniques est un enjeu sanitaire et sociétal majeur des prochaines années. Ce plan, conduit avec une forte implication des associations de patients, a permis de promouvoir les notions de maladie chronique, d'autonomisation des patients et de prise en charge transversale. Le Haut Conseil de la santé publique considère que si le plan a constitué une avancée importante, l'effort d'adaptation du système de santé doit être poursuivi et propose des principes d'actions et des objectifs stratégiques pour un futur plan.

Pratique médicale

Medical practice

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOUCKAERT (N.), SCHOKKAERT (E.)

Université Catholique de Louvain. Center for Operations Research and Econometrics. (C.O.R.E.). Louvain la Neuve. BEL

Differing types of medical prevention appeal to different individuals.

Différencier les différents types de prévention médicale revient à considérer les différences individuelles.

Leuven : Leuven KU : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.econ.kuleuven.be/drc/CES/research/dps-papers/dps-13/dps1311.pdf>

We analyse participation in medical prevention with an expected utility model that is sufficiently rich to capture diverging features of different prevention procedures. We distinguish primary and secondary prevention (with one or two rounds) for both fatal or non-fatal diseases. Moreover, we introduce a flexible relationship between the specific disease for which the prevention procedure is set up and the general background health of the individual. We show how these various possibilities change the comparative statics of the prevention decision and we test the differential predictions with data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) about participation in mammography, dental caries screening and flu vaccination.

Sécurité sanitaire

Health care safety

RAPPORT

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

Réorganisation des vigilances sanitaires.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000607/>

Les récents événements, intéressant notamment le fonctionnement de la pharmacovigilance (« Médiateur ») et de la matériovigilance (prothèses

« PIP »), ont mis en évidence la nécessité de revoir l'organisation du système des vigilances, depuis le signalement des incidents jusqu'à leur gestion opérationnelle. Par ailleurs, plusieurs situations ont mis en évidence les grandes difficultés des Agences régionales de santé (ARS) à pouvoir répondre aux responsabilités qui leur sont confiées en termes de sécurité sanitaire et notamment à disposer des informations nécessaires. Dans ce contexte, Jean-Yves Grall, directeur général de la santé, a été missionné par la ministre des affaires sociales et de la santé pour proposer une réorganisation du système des vigilances sanitaires répondant aux six objectifs ci-dessous : faire des patients des acteurs de la politique de santé et de la sécurité sanitaire, en facilitant les signalements qu'ils effectuent ; promouvoir l'implication des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, dans le signalement des événements indésirables ; préciser le rôle des ARS tant pour le partage des signalements que pour la gestion des signaux et alertes, en incluant dans la réflexion le devenir des structures régionales venant en appui aux ARS ; optimiser le système d'information (SI) dans le sens d'une meilleure exhaustivité, d'une plus grande pertinence des signaux recueillis et de leur traitement, en formalisant les conditions de recours au niveau national et régional ; réorganiser la chaîne de traitement des signaux par les différentes agences nationales, au premier rang desquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et l'Institut de veille sanitaire (InVS), en précisant l'articulation des compétences respectives ; clarifier le financement du dispositif proposé.

OUVRAGE

DAB (W.), SALOMON (D.)

Agir face aux risques sanitaires.

Paris : Presses Universitaires de France : 2013

Cote Irdes : A4459

http://www.puf.com/Autres_Collections:Agir_face_aux_risques_sanitaires

Une multitude de crises sanitaires a ébranlé la confiance des citoyens dans les institutions. Comprendre les erreurs commises pour améliorer le dispositif de sécurité sanitaire est le principal objectif de ce livre. Moins les réponses apportées aux inquiétudes sont pertinentes et plus la méfiance grandit plus celle-ci croît et plus l'inquiétude se manifeste. Or, risques, incertitudes et confiances sont indissolublement liés. Les crises de sécurité sanitaire révèlent un État fabriquant de la défiance et inadapté à gouverner la complexité et l'incertitude. Cet ouvrage se fonde sur l'analyse de quinze cas. Il souligne l'inadaptation de l'Etat ainsi que les limites de l'expertise scientifique des risques sanitaires. Soulignant l'émergence d'expériences innovantes, il propose un pacte de confiance sanitaire fondé sur une approche pluraliste de l'évaluation des risques, un soutien aux initiatives citoyennes, des décisions motivées et une responsabilité tournée vers une logique de résultat (4e de couverture).

Économie de la santé / Health economics

Biologie médicale

Medical biology

FASCICULE

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

BIOLAM 2010-2012.

Paris : Cnamts : 2013/07

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2010-2012.php>

Les données BIOLAM 2010 - 2011 - 2012 présentent des informations détaillées sur les remboursements des actes de biologie médicale inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale. Le champ des données est celui des actes remboursés au cours des années 2010 à 2012 par le régime général en France métropolitaine, hors sections locales mutualistes. Le tableau proposé en téléchargement propose, pour chaque acte codé de biologie médicale, les données suivantes : le code de l'acte selon la nomenclature des actes de biologie médicale et son libellé court, les dénombrements de 2010 à 2012, les bases de remboursement de 2010 à 2012 (ce sont les montants des honoraires facturés par le laboratoire de biologie médicale), les montants remboursés par le régime général de 2010 à 2012, ainsi que les pourcentages d'évolution 2011/2012 des dénombrements, des bases de remboursement et des montants remboursés. L'ensemble des données statistiques détaillées vous est proposé en téléchargement.

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

La biologie médicale. Communication à la Commission des Finances du Sénat.

Paris : Cour des comptes : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-biologie-medicale>

Ce rapport présente les résultats de l'enquête menée par la Cour des comptes sur la biologie médicale. Il constate que les dépenses de biologie médicale ont

connu une vive croissance depuis 2000. Même si elle s'est récemment ralentie, cette croissance reste soutenue par l'augmentation du nombre d'actes. L'organisation de la biologie médicale connaît également de fortes mutations. Toutefois, pour être menée à bien, la réforme, appelle, de la part de l'Etat qui l'a décidée, des clarifications nécessaires et un suivi vigilant. Face à ces constats, la Cour présente ses recommandations en matière de suivi des dépenses de biologie médicale, d'organisation de la biologie médicale et maîtrise des dépenses de biologie médicale.

Comptes de la sécurité sociale

Social security accounts

RAPPORT

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

Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2012- Prévisions 2013-2014.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000653/0000.pdf>

Ce rapport présente les comptes 2012 et les nouvelles prévisions pour 2013-2014 de l'ensemble des régimes de protection sociale.

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2012.

Paris : Cour des comptes : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-exercice-2012>

La Cour des comptes a rendu public, le 1er juillet 2013, son 7ème rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qui porte sur l'exercice 2012. Comme chaque année, la Cour établit un rapport présentant le compte rendu des

vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes de la sécurité sociale. Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, ce rapport a été remis au Parlement et au Gouvernement le 28 juin 2013. La Cour y prend position sur la régularité, la sincérité et l'image fidèle de neuf séries d'états financiers (comptes de résultat, bilans et annexes aux comptes) : les comptes combinés des quatre branches (maladie, accidents du travail - maladies professionnelles, famille et vieillesse) et de l'activité de recouvrement du régime général ; les comptes annuels des quatre organismes nationaux concernés : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) ainsi que les comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosss).

REPERTOIRE

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Sécurité Sociale. (D.S.S.). Paris. FRA

Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2012.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2013_chiffres_cles.pdf

Créée en 1945, la Sécurité sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes ». Elle repose sur le principe de solidarité garantissant à chacun une protection financière contre les aléas de la vie. Elle rassemble l'assurance maladie, la réparation des accidents du travail et les maladies professionnelles, les retraites et les prestations familiales. À ces quatre branches s'ajoutent le recouvrement des cotisations et contributions sociales et la gestion de la trésorerie. La Sécurité sociale repose sur des principes d'universalité et d'unité tout en étant gérée par différents régimes de base : les principaux sont le régime général pour les salariés du secteur privé, les régimes des salariés et des exploitants agricoles, qui dépendent de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), et le régime social des indépendants (RSI) qui couvre les artisans, les commerçants et, pour le risque maladie, les professions libérales. De nombreux autres régimes, propres à

certaines professions, viennent compléter cette architecture (fonctionnaires, SNCF, RATP, industries électriques et gazières, etc.). Le régime général représente à lui seul environ les trois quarts des charges de l'ensemble des régimes de base. En 2012, le montant total des charges nettes du régime général s'est élevé à 329,4 milliards d'euros. Pour cette même année, les charges nettes de l'ensemble des régimes de base sont estimées à 454,4 milliards d'euros dans le dernier projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Le financement de la Sécurité sociale est assuré par les cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés, par la contribution sociale généralisée (CSG), ainsi que par diverses contributions et taxes. Régulièrement plébiscitée par les Français dans les enquêtes d'opinion, la Sécurité sociale n'en demeure pas moins méconnue dans son mode de fonctionnement et par les masses financières qu'elle est amenée à gérer. L'objectif de cette édition est de pallier cette lacune en présentant les principales données chiffrées sur la Sécurité sociale pour permettre une meilleure compréhension des enjeux auxquels elle est confrontée aujourd'hui, et mieux saisir son évolution.

Dépenses de santé Health expenditures

DOCUMENT DE TRAVAIL

MAISONNEUVE (C.), OLIVEIRA MARTINS (J.)
Organisation de Coopération et de Développement
Economiques. (O.C.D.E.). Paris. INT

Public Spending on Health and Long-term Care: A new set of projections.

Nouvelles prévisions des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée.

Paris : OCDE : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

This paper proposes a new set of public health and long-term care expenditure projections till 2060, following up on the previous set of projections published in 2006. It disentangles health from long term care expenditure as well as the demographic from the non-demographic drivers, and refines the previous methodology, in particular by better identifying the underlying determinants of health and long-term care spending and by extending the country coverage to include BRIICS countries. A cost

containment and a cost-pressure scenario are provided together with sensitivity analysis. On average across OECD countries, total health and long-term care expenditure is projected to increase by 3.3 and 7.7 percentage points of GDP between 2010 and 2060 in the cost-containment and the cost-pressure scenarios respectively. For the BRIICS over the same period, it is projected to increase by 2.8 and 7.3 percentage points of GDP in the cost-containment and the cost-pressure scenarios respectively.

RAPPORT

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

Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance.

Les dépenses de prévention selon le SHA (système de comptes de la santé) 2011 : orientations complémentaires.

Paris : OCDE : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd.org/els/health-systems/Expenditure-on-prevention-activities-under-SHA-2011_Supplementary-guidance.pdf

Experience from the substantial health gains of the 20th century suggests that spending on prevention could be an important factor. Therefore, gathering data on such spending that are consistent and comparable, both over time and across countries, is potentially very useful. This paper aims to help clarify what should be included as spending on prevention under SHA 2011 to facilitate accurate comparisons.

Financement **Financing**

RAPPORT

Cour des Comptes. Paris. FRA

Sécurité sociale : Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

Paris : Cour des Comptes : 2013/09

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>

Le rapport annuel 2012 sur la sécurité sociale souligne que le déficit de la sécurité sociale a augmenté de 147 milliards d'euros fin 2011 à 159 milliards d'euros fin 2013. Il propose que les déficits 2012 et 2013 des branches maladie soient repris par la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale), que le taux de la CRDS (contribution de la dette sociale) soit augmenté et que l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) pour 2014, 2015 et 2016 soit diminué d'au moins 0,2 point par an. L'instance souhaite par ailleurs développer la chirurgie ambulatoire, ce qui permettrait d'économiser 5 milliards d'euros, accélérer les restructurations des hôpitaux privés à but non lucratif, confier aux agences régionales de santé la responsabilité et le financement de la permanence de soins, ou encore faire des hôpitaux locaux des structures d'aval pour les autres établissements.

Maîtrise des coûts

Health care cost containment

RAPPORT

LE BIPE. Paris. FRA

Bilan de 9 ans de régulation sur les différents postes de soins 2005-2013.

Paris : Le BIPE ; Paris : LEEM : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.leem.org/publications>

Cette étude synthétise, pour la 1ère fois, l'ensemble des économies réalisées par l'assurance maladie sur les différents postes de dépenses depuis 2005 jusqu'à 2013, à partir des données officielles et avec une méthodologie explicitée. Le résultat confirme, en les affinant, les travaux précédents du BIPE : le médicament a apporté 56 % des économies totales sur la période alors qu'il ne représente que 15 % de l'ONDAM. Ceci sans compter le médicament hospitalier, pour lequel les économies n'ont pas été séparées de celles estimées pour l'ensemble des dépenses hospitalières. Les économies nouvelles réalisées par l'assurance maladie de base sur le médicament ont représenté 10,3 milliards d'euros en 9 ans, soit 1,15 milliard d'euros par an, soit un gain de « productivité » moyen de 5,4 % par an. Ce ratio a atteint près de 7 % en 2012 et en 2013.

FASCICULE
BATIFOULIER (P.)

Marchandiser les soins nuit gravement à la santé.

Revue du Mauss : 2013 : n°41.

Cote Irdes : A4479

« La santé n'a pas de prix » mais elle a un coût. Pour autant, vouloir marchandiser et comptabiliser tous les soins, dans toutes leurs composantes, même les plus minimales, ne constitue-t-il pas une stratégie absurde ? Le triomphe de l'économisme et de la raison utilitaire ne nuit-il pas gravement à la santé ? Et, paradoxalement, ne se révèle-t-il pas au bout du compte inefficace, coûteux et antiéconomique ? Il est en effet difficile de comprendre le fonctionnement du système de santé avec le langage de l'économie standard et du new public management qui s'en inspire. Comme si le patient était naturellement un consommateur, un rusé maximisateur. Comme si, pour médecins et soignants, la recherche du gain constituait l'objectif principal et l'opportunisme l'unique métrique. Ne faut-il pas, au contraire, prendre au sérieux l'existence d'une éthique anti-utilitariste chez les soignants, au lieu de tenter de les transformer, par diverses récompenses financières, en chasseurs de primes ? Un jeu perdant-perdant. Il est grand temps de réfléchir à une politique de santé alternative, résolument anti-utilitariste, qui fasse, aussi, toute sa part au don et à la gratuité dans l'acte de soin (4e de couverture).

RAPPORT

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

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014.

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (Loi du 13 août 2004).

Paris : Cnamts : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf

Après un diagnostic détaillé sur les gisements d'économies en matière de dépenses maladie, examiné la semaine dernière, la Caisse nationale a présenté

le 11 juillet à son conseil une batterie de propositions chiffrées, poste par poste, pour respecter à tout prix un ONDAM de 2,4 % l'an prochain, à savoir l'objectif qu'envisagerait à présent le gouvernement. Son rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie, a été adopté le même jour par les conseillers par 18 voix pour, 13 contre (Cgt, Medef, Cgpm) et 3 abstentions (Upa). Le Conseil a salué l'approche médicalisée de la régulation des dépenses autour des parcours de soins et le caractère structurel de nombre des mesures proposées, même si certaines ne produiront l'essentiel de leur effet qu'à moyen terme. Ce document, publié chaque année à la même époque, inspire bien souvent le gouvernement dans la rédaction du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), présenté en septembre. Les recommandations représentent une économie de 2,48 milliards d'euros par rapport à la croissance tendancielle des dépenses. La CNAMTS recommande de faire d'abord des économies sur les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants de matériels médicaux (baisses de prix), pour 900 millions d'euros. A cela pourraient s'ajouter 600 millions d'euros de « maîtrise médicalisée et d'efficacité des prescriptions » (indicateur global de prescription, mise sous accord préalable de la rosuvastatine, encadrement des prescriptions des nouveaux anticoagulants oraux NACO, actions sur les transports avec la « carte de transport assis » et la régulation des prescriptions de sortie d'hôpital, biologie (TSH, immunohématologie, fer, vitamine D), impact sur la ville des actions sur la pertinence des interventions chirurgicales, régulation des lignes génériques de dispositifs médicaux...). L'Assurance maladie souhaite raboter certains tarifs médicaux dans l'imagerie et la biologie (150 millions) et développer la rééducation en ville après orthopédie, la prise en charge des personnes âgées en sortie d'hôpital, ou encore l'optimisation de la prise en charge des plaies chroniques (50 millions). Le secteur hospitalier est concerné avec plusieurs leviers d'action avec la réduction de certains tarifs de chirurgie (cataracte par exemple) et le développement de l'ambulatoire (50 millions), la rationalisation de la liste et le développement des biosimilaires (150 millions), la meilleure gestion des achats avec le programme PHARE (220 millions) ... Une économie de 170 millions d'euros est souhaitée grâce à la diminution de la contribution de l'assurance maladie à l'ONDAM médico-social, en liaison avec la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Le reste des préconisations concerne la lutte contre les abus

et la fraude (75 millions). L'ensemble des mesures proposées ne nécessite pas de modifications législatives mais de simples modifications réglementaires. À noter, enfin, qu'aucune des mesures choc prônées le 27 juin par la Cour des comptes dans son rapport sur la situation des finances publiques n'a été reprise.

État de santé / Health status

Addiction

Addiction

RAPPORT

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

Drogues et addictions, données essentielles.

Saint-Denis : OFDT : 2013

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>

Cet ouvrage collectif s'attache à décrire les grandes problématiques liées aux problèmes addictifs en France. Vingt ans après la mise en place de l'Observatoire, les améliorations du dispositif d'information sur les drogues permettent d'en avoir un aperçu plus précis et de mieux cerner les évolutions en cours. Ce document réunit trois approches : - une description par grande thématique transversale (consommation et opinions, usagers et contextes de consommation, problèmes sanitaires et sociaux, prévention, problèmes judiciaires, dépenses publiques) ; - une analyse du cadre légal ; - des fiches spécifiques par produits (alcool, cannabis, cocaïne et crack, hallucinogènes naturels et synthétiques, héroïne et autres opiacés, MDMA (ecstasy) et amphétamines, médicaments psychotropes non opiacés, nouveaux produits de synthèse, poppers colles et autres solvants, tabac) et sur les jeux de hasard et d'argent. Des annexes (repères législatifs et réglementaires, lexique, repères méthodologiques, sigles, bibliographie, chronologie, présentation de l'OFDT) complètent l'ouvrage.

Canicule

Heatwave

FASCICULE

PASCAL (M.), RETEL (O.), LAAIDI (K.)

Impact des vagues de chaleur sur les recours aux soins : une revue de la littérature.

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh) : 2013, n° 28-29.

Saint Maurice : INVS

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.invs.sante.fr/beh/2013/28-29/2013_28-29_3.html

Dans un contexte de changement climatique, il est important de mieux comprendre les dynamiques entre températures extrêmes, recours aux soins et mortalité, afin d'améliorer la prévention et de limiter l'impact des canicules. Une revue de la littérature a permis d'analyser les articles publiés jusqu'en janvier 2013 sur l'impact de canicules ou de températures élevées sur des indicateurs de recours aux soins. Trente-neuf articles ont été retenus, dont deux concernant la France. Vingt-quatre présentaient des analyses en séries temporelles de l'impact de la température sur les passages aux urgences et les hospitalisations. La plupart des études mettent en évidence un impact beaucoup plus important sur la mortalité que sur la morbidité, en particulier lorsqu'on s'intéresse à des indicateurs globaux. Les recours aux soins pour hyperthermie sont ceux qui augmentent le plus nettement. La température a un impact plus modéré sur les passages aux urgences ou les hospitalisations pour pathologies rénales ou respiratoires. Peu d'études décrivent l'impact des canicules sur les indicateurs de recours aux soins. Les augmentations les plus nettes sont observées sur la mortalité. Ceci rend délicate l'interprétation des indicateurs de recours aux soins à des fins d'alerte : un impact faible sur la morbidité pourrait masquer un impact plus important sur la mortalité.

Etudiants

Students

DOSSIER DE PRESSE

Emevia. Paris. FRA

L'accès aux soins des étudiants en 2013. 8^{ème} enquête nationale.

Paris : Emevia : 2013

Cote Irdes : C, En ligne

EmeVia publie, en partenariat avec l'Institut CSA, son enquête de référence sur la santé des étudiants en France. Cette 8e édition révèle une augmentation importante du renoncement aux soins des étudiants, et plus particulièrement une baisse du recours au médecin traitant, de la consultation gynécologique. L'enquête révèle également une augmentation importante du nombre d'étudiants victimes de rejets. Depuis 1999, EeVia publie tous les deux ans une enquête santé réalisée auprès d'un échantillon de 50 000 étudiants. L'objectif de ces enquêtes est de mieux connaître l'état de santé des étudiants et notamment de leur accès aux soins.

Incapacité Disability

DOCUMENT DE TRAVAIL

MITRA (S.), SAMBAMOORTHY (U.)
Fordham University. Department of Economics. Bronx
NW. USA

Disability Prevalence among Adults: Estimates for 54 Countries and Progress towards a Global Estimate.

*Prévalence de l'incapacité chez l'adulte :
estimations pour 54 pays et des avancées vers
une estimation globale.*

Bronx : Fordham University : 2013

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fordham.edu/images/academics/
graduate_schools/gsas/economics/DP2013_06_Mitra_
Sambamoorthy.pdf](http://www.fordham.edu/images/academics/graduate_schools/gsas/economics/DP2013_06_Mitra_Sambamoorthy.pdf)

This study estimated disability prevalence among adults at global, regional and country levels using internationally comparable disability data and measure. It conducted a retrospective analysis of data from the World Health Survey (WHS) (2002--2004) for nationally representative samples of civilian, non-institutionalized populations in 54 countries. A disability was measured as having at least one severe or extreme difficulty with bodily functions (seeing, concentrating) and activities (moving around, self-care) based on an individual's self-reports. Results: In the 54 countries under study, severe or extreme functional or activity difficulties are highly prevalent. For all countries, disability prevalence is estimated at 14% for all adults. Low and middle income countries have higher disability prevalence compared to high income countries. Among subgroups,

disability prevalence stands at 12% among working age adults and 39% among the elderly. Women have higher prevalence than men. Disability is found to be highly prevalent among adults, with an estimated global prevalence at 14%. Disability deserves enhanced policy attention and resources in public health and international development.

DOCUMENT DE TRAVAIL

SILVA (J.I.), VALL (C.J.)
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
(I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA
W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
Kalamazoo MI. USA

Partial Disability System and Labor Market Adjustment: The Case of Spain.

*Indemnisation de l'incapacité temporaire et
ajustement du marché du travail : le cas de
l'Espagne.*

Kalamazoo : W.E. Upjohn Institute for Employment
Research : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:upj:weupjo:13-201&r=lab>

Although partially disabled individuals in Spain are allowed to combine the receipt of disability benefits with a job, the empirical evidence shows that employment rates for this group of individuals are very low. Therefore, in this paper we construct labor market model with search intensity and matching frictions in order to identify the incentives and disincentives to work provided by the partial disability system in Spain from the point of view of both disabled individuals and employers. According to the model, the high employment rate gap observed between nondisabled and disabled workers can be partially explained by the presence of a lower level of productivity and higher searching costs among disabled individuals that discourage them from looking for jobs. Moreover, the design of the Spanish Disability System also contributes in explaining this gap. We also analyze the role of business cycle conditions in shaping the labor market transitions of disabled individuals.

Indicateurs de santé
Health indicators

DOCUMENT DE TRAVAIL

SOLE-AURO (A.), MICHAUD (P.C.), HURD (M.D.)
The Rand Corporation. Labor & Population. Santa Monica
CA. USA

***Disease Incidence and Mortality Among
Older Americans and Europeans.***

*Incidence des maladies et mortalité chez les
personnes âgées aux Etats-Unis et en Europe.*

Santa Monica : The Rand Corporation : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1000/WR1006/RAND_WR1006.pdf

Recent research has shown a widening gap in life expectancy at age 50 between the U.S. and Europe, as well as large differences in the prevalence of diseases at these ages. Little is known about the processes determining international differences in the prevalence of chronic diseases. Higher prevalence of disease could result from either higher incidence or longer disease-specific survival. This paper uses comparable longitudinal data from 2004 and 2006 for populations aged 50 to 79 from the U.S. and a selected group of European countries to examine age-specific differences in prevalence and incidence of heart disease, stroke, lung disease, diabetes, hypertension, and cancer as well as mortality associated with each disease. Not surprisingly, it finds that Americans have higher disease prevalence. However, incidence of most diseases and survival conditional on disease is higher in Europe at older ages, in particular after age 60. The survival advantage in Europe tends to disappear when we control for co-morbidities but does not suggest a survival advantage in the U.S. Therefore, the origin of the higher disease prevalence at older ages in the U.S. is to be found in higher incidence and prevalence earlier in the life course.

Jeunes adultes
Young adult

OUVRAGE

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

***Les comportements de santé des jeunes.
Analyses du Baromètre santé.***

Saint-Denis : INPES : 2013

Cote Irdes : A4471

<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>

Le Baromètre santé 2010 de l'Inpes, sur lequel repose cet ouvrage, a permis d'analyser les données de plus de 6000 jeunes de 15-30 ans. La force de cet échantillon représentatif est de permettre à la fois une comparaison des jeunes avec les autres âges de la vie, mais aussi entre jeunes connaissant des situations de vie différentes. Il offre un regard quantitatif sur leurs comportements de santé et propose une lecture en termes d'inégalités sociales de santé, approche devenue désormais incontournable dans l'observation et la compréhension des comportements de santé. Comme l'illustrent les analyses développées dans cet ouvrage, les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable présentent globalement des indicateurs nettement plus dégradés que les autres. Ces données mesurant notamment l'impact des actions engagées par les pouvoirs publics permettent de suivre les évolutions et les progrès réalisés depuis 2005, mais aussi les avancées qui restent à faire. Elles montrent toute l'importance des enjeux sociaux et de santé publique entourant la jeunesse. L'ouvrage s'adresse aux décideurs et acteurs de terrain afin qu'ils adaptent au mieux les politiques de santé publique concernant les jeunes, sans perdre de vue la réduction des inégalités sociales de santé.

Santé environnementale Environmental health

RAPPORT

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

Pesticides - Effets sur la santé : synthèse et recommandations.

Expertise collective.

Paris : INSERM : 2013

Cote Irdes : en ligne

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

D'après les données de la littérature scientifique internationale publiées au cours des 30 dernières années et analysées par les experts, il semble exister une association positive entre exposition professionnelle à des pesticides et certaines pathologies chez l'adulte : la maladie de Parkinson, le cancer de la prostate et certains cancers hématopoïétiques (lymphome non hodgkinien, myélomes multiples). Par ailleurs, les expositions aux pesticides intervenant au cours de la période prénatale et périnatale ainsi que la petite enfance semblent être particulièrement à risque pour le développement de l'enfant.

Santé mentale Mental health

OUVRAGE

BRIFFAULT (X.)

La fabrique de la dépression : observer, comprendre, agir.

Paris : Armand Colin : 2010

Cote Irdes : A4474

<http://www.amazon.fr/La-fabrique-d%C3%A9pression-Observer-comprendre/dp/2200350767>

La dépression concerne chaque année plusieurs centaines de milliers de personnes en France, et elle peut avoir des conséquences désastreuses. Les connaissances sur ses mécanismes et sur les stratégies thérapeutiques efficaces se sont développées de façon exponentielle au cours de la dernière décennie. Elles montrent que, si les solutions à la souffrance dépressive existent, elles sont le plus souvent complexes, et qu'une compréhension fine de leurs fondements est indispensable à une efficacité réelle et durable. C'est

à une telle compréhension que vise cet ouvrage, en s'appuyant sur une analyse critique approfondie des études scientifiques les plus récentes. Comment la dépression « se fabrique-t-elle » ? Comment s'en sortir et éviter de rechuter ? Quelle est l'efficacité des multiples propositions de solutions disponibles ? Comment les articuler de façon cohérente et adaptée à la spécificité de chaque situation ? Quels sont les intérêts et les limites de l'approche « evidence-based » en santé mentale ? (4e de couverture).

Tabagisme Smoking

DOCUMENT DE TRAVAIL

KUEHNLE (D.)

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

The Effects of Smoking Bans on Self-Assessed Health: Evidence from Germany.

Les effets de l'interdiction de fumer sur la santé auto-évaluée. Résultats en Allemagne.

Berlin : DIW : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2322700

The 16 German federal states introduced smoking bans on different dates during 2007 and 2008. These bans restricted smoking in enclosed public places, particularly in restaurants and bars. This study examines the effects of smoking bans on self-assessed health. Using data from the Socio-Economic Panel (SOEP), difference-in-differences estimations provide evidence for health improvements for the population at large. Health benefits from the secondhand smoke-free environment are equivalent to an increase in household income of approximately 30%. Further subgroup analyses show that health improvements are largest among young non-smokers (below 30 years) whereas smokers report no or even adverse health effects in response to bans. Exploiting differences in the dates of introduction and enforcement, we find no evidence that the effects of bans depend on enforcement measures.

RAPPORT

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

**Report on the Global Tobacco Epidemic
2013: Enforcing bans on tobacco
advertising, promotion and sponsorship.**

*Rapport sur l'épidémie mondiale due au tabac
2013 : veiller au respect de l'interdiction de la
publicité, de la promotion et du parrainage.*

Genève : OMS : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf

Ce rapport constitue la 3ème édition d'une série de rapports établis par l'OMS sur l'état d'avancement de la politique mondiale de lutte antitabac. Toutes les données relatives au niveau d'application dans les pays des six mesures MPOWER ont été actualisées en 2010. D'autres données supplémentaires ont été recueillies concernant la mise en garde du grand public au sujet des dangers du tabac. Le rapport de cette année examine dans le détail les deux principales stratégies concernant les mises en garde sanitaires – les étiquettes apposées sur l'emballage des produits du tabac et les campagnes antitabac dans les médias. Il donne un aperçu très complet des connaissances sur lesquelles fonder les mises en garde sur les dangers de la consommation de tabac, ainsi que des informations spécifiques aux pays concernant l'état de ces mesures. Afin de continuer à améliorer l'analyse des données, des catégories d'application des politiques ont été affinées et, chaque fois que possible, alignées sur l'évolution des directives adoptées dans le cadre de la Convention-cadre de l'OMS. Les données issues du Rapport 2009 ont été à nouveau analysées afin d'entrer dans ces nouvelles catégories, ce qui permet des comparaisons plus directes entre les deux rapports.

Travail et santé
Occupational health

DOCUMENT DE TRAVAIL

PENG (L.)

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

**The Effect of Depression on Labor Market
Outcomes.**

*L'impact de la dépression sur les résultats du
marché du travail.*

Cambridge : NBER : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://papers.nber.org/papers/w19451>

We estimated the effect of depression on labor market outcomes using data from the 2004-2009 Medical Expenditure Panel Survey. After accounting for the endogeneity of depression through a correlated random effects panel data specification, we found that depression reduces the likelihood of employment. We did not, however, find evidence of a causal relationship between depression and hourly wages or weekly hours worked. Our estimates are substantially smaller than those from previous studies, and imply that depression reduces the probability of employment by 2.6 percentage points. In addition, we examined the effect of depression on work impairment and found that depression increases annual work loss days by about 1.4 days (33 percent), which implies that the annual aggregate productivity losses due to depression-induced absenteeism range from \$700 million to 1.4 billion in 2009 USD.

RAPPORT

Ministère du Travail - de l'Emploi - de la Formation
Professionnelle et du Dialogue Social. (M.T.E.F.P.D.S.).
Direction du Travail. Paris. FRA

Conditions du travail. Bilan 2012.

Paris : Ministère chargé travail : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_CT_2012.pdf

Cet ouvrage, dans cette nouvelle édition, décrit le système français de prévention des risques professionnels, les principaux volets de la politique conduite en 2012 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre, les évolutions normatives de l'action européenne et internationale dans ce domaine. Il présente les principaux résultats statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Il met également en avant les actions prioritaires, nationales et territoriales, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014 en privilégiant une entrée thématique déclinée par l'ensemble des acteurs de la santé au travail. Les thèmes suivants sont ainsi développés : la prévention du risque amiante ; la prévention des risques psychosociaux ; la prévention de la pénibilité ; la réforme de la médecine du travail ; la prévention du risque pyrotech-

nique. Les missions permanentes du ministère chargé du Travail et du ministère chargé de l'Agriculture en matière d'amélioration des conditions de travail font également l'objet de présentations dédiées. De plus, l'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, Branche AT/MP, ANACT, Anses, InVS, IRSN, OPPBTP) est également retracée dans cet ouvrage (Résumé de l'éditeur).

RAPPORT

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin. IRL

Impact of the crisis on working conditions in Europe.

Impact de la crise économique sur les conditions de travail.

Dublin : Eurofound : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn1212025s/tn1212025s.pdf>

The economic and financial crisis is affecting working conditions across EU Member States and Norway in different ways and scope. Yet the pattern is of less work, reduced overall working time, less overtime, rising job insecurity, less choice for workers, wage freezes and wage cuts. There is also greater work intensity, deterioration of work-life balance, increasing stress at work, greater risk of harassment/bullying, less absenteeism, growth in the informal economy and changes to migration patterns. This report ranks countries by changes in working conditions since the crisis began based on country averages for defined indicators: job insecurity, involuntary temporary employment, involuntary part-time working, net migration, work-life balance, work intensity, absenteeism, work accidents and job satisfaction. Average trends can hide composition effects, while the crisis has not had the same effect on all groups of workers (Résumé de l'éditeur).

OUVRAGE

BATAILLE (S.)

Se reconstruire après un burn-out : les chemins de la résilience professionnelle.

Paris : InterEditions : 2013

Cote Irdes : A4480

Consultante en ressources humaines, conseil et formatrice, spécialisée dans le suivi de l'épuisement professionnel, l'auteur propose un guide pratique destiné à la personne ayant traversé un épisode de burnout. Ce manuel de reconstruction post burnout lui permettra de trouver les clés pour surmonter son épuisement professionnel, en comprendre les raisons et trouver les bons points d'appui pour faire son retour. Il montre comment mener une nouvelle vie, faite d'équilibre et de dynamisme. Vrai guide de résilience professionnelle, l'ouvrage comprend de nombreux exemples et exercices (4e de couverture).

RAPPORT

BENSADON (A.C.), BARBEZIEUX (F.), CHAMPS (F.O.)

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

Interactions entre santé et travail.

Paris : Igas ; Paris : La documentation française : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-069R_-_sante-Travail_-_DEF.pdf

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a inscrit à son programme d'activité 2012-2014 une mission portant sur la santé au travail. Elle visait, à partir de pathologies dites « traçantes », à identifier les interactions entre santé au travail, santé publique et santé environnementale. Cette mission ne concerne que la santé au travail des salariés du secteur privé. C'est à partir de quatre illustrations concrètes portant sur santé au travail et maladies cardiovasculaires, polyarthrite rhumatoïde, addictions et nanoparticules, que la mission a choisi d'effectuer cette analyse. A l'issue de ces travaux, quatre axes d'amélioration sont identifiés : mieux appréhender l'impact des conditions de travail sur la santé, être attentif à l'évolution technique et organisationnelle du monde du travail, veiller à ce que l'activité professionnelle n'aggrave pas des pathologies préexistantes, utiliser le lieu de travail comme lieu de promotion de la santé.

DIPLOME

LENGAGNE (P.)

Université Paris-Dauphine. Ecole doctorale de Dauphine. Paris. FRA

Assurance et prévention des risques liés au travail.

Paris : Université Paris Dauphine : 2012

Thèse de doctorat de sciences économiques.

Cote Irdes : B7161

En France, comme dans plusieurs autres pays industrialisés, le système d'assurance du risque AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles) comprend un mécanisme de tarification a posteriori. Il s'agit d'encourager individuellement les entreprises à investir dans la prévention des AT-MP. Au-delà de cet effet attendu, cependant, ce dispositif entraîne potentiellement des effets non souhaités : accentuation de la non-déclaration des sinistres, influence négative sur l'emploi et les salaires... En outre, le phénomène de sous-reconnaissance des AT-MP peut limiter de façon substantielle les bénéfices de ce dispositif en termes de prévention. La présente recherche porte un éclairage sur la capacité de ce dispositif à atténuer le coût social des accidents et maladies liés au travail. Les résultats suggèrent notamment que ce dispositif induit une augmentation de l'effort de prévention des entreprises et une diminution de leur sinistralité. Toutefois, ils soulignent également un phénomène massif de sous-reconnaissance des dépenses de santé liées au travail chez les ouvriers et employés, limitant la portée de ce dispositif.

Personnes âgées / Elderly

Assurance dépendance Dependency insurance

FASCICULE

FONTAINE (R.), ZERRAR (N.)

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

Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? Une revue de la littérature.

Questions d'Economie de la Santé : 2013 ; n°188

Paris : Irdes

Cote Irdes : QES 188

Le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organise en France autour de trois acteurs : la famille, l'Etat et le marché. Face aux possibles difficultés à mobiliser davantage les solidarités publiques et familiales pour répondre à l'augmentation attendue des besoins de prise en charge, se pose la question du rôle que pourrait jouer à l'avenir le marché de l'assurance dépendance. Paradoxalement, malgré des restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée pouvant atteindre au total jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros, la majorité des individus ne dispose pas de couverture assurantielle. Cette revue de la littérature propose une synthèse des différents freins à la souscription volontaire d'une assurance dépendance. Les premiers renvoient au manque d'attractivité de l'offre d'assurance qui propose des garanties partielles à un prix relativement élevé. Les seconds renvoient directement aux caractéristiques de la demande d'assurance et à la manière dont les individus appréhendent le risque dépendance. S'appuyer sur la responsabilité individuelle pour anticiper et couvrir les restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée apparaît peu souhaitable au regard des caractéristiques du risque dépendance et de la demande d'assurance. Une analyse empirique plus précise de la perception du risque dépendance et des comportements de couverture dans le contexte français permettra d'éclairer l'opportunité d'instaurer une assurance obligatoire, ainsi que ses modalités.

Dépendance Dependency

FASCICULE

MARQUIER (R.)

Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010).

Dossiers Solidarité et Santé (Drees) : 2013 :39

Paris : Drees

Cote Irdes : C, S19

<http://www.drees.sante.gouv.fr/une-decennie-d-aide-sociale-des-departements-aux-personnes.11129.html>

Entre 2001 et 2010, le nombre de mesures d'aide sociale des conseils généraux à destination des personnes âgées dépendantes est passé de 370 000 à 1 350 000 environ, cette augmentation très importante étant principalement due à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 puis à sa montée en charge. Parallèlement, les dépenses totales d'aide sociale à destination de ces personnes a fortement augmenté : de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes en 2001 à 8,12 milliards en 2010. Déductions faites des recours et récupérations, le montant net des dépenses d'aide sociale s'établit à 6,89 milliards en 2010. Les dépenses par bénéficiaire ou par habitant suivent des mouvements parfois très différents selon les départements considérés, la tendance globale étant néanmoins à une certaine convergence : les départements dont les dépenses par bénéficiaire sont les plus élevées au début des années 2000 sont aussi ceux qui ont connu la plus forte diminution sur la décennie

RAPPORT

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

Les chiffres-clés de l'aide à l'autonomie 2013

Paris : CNSA : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA-chiffres-cles-web-2.pdf>

La quatrième édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médicosocial les données disponibles en 2013. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNASA) consacre, par ses ressources propres et les crédits d'assurance maladie qu'elle gère, plus de 21 milliards d'euros au financement des politiques d'aide à l'autonomie, à peu près à parité entre personnes âgées et personnes handicapées. S'y ajoutent, notamment, des financements de l'État, de la sécurité sociale et des conseils généraux. Soit un ensemble de réponses qui doivent progresser et mieux s'articuler pour renforcer la solidarité pour l'autonomie

EHPAD

Home for the aged

RAPPORT

Observatoire National de la Fin de Vie. (O.N.F.V.). Paris.
FRA

La fin de vie en EHPAD : premiers résultats d'une étude nationale (2013).

Paris : ONFV : 2013

<https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/EHPAD>

L'étude « Fin de vie en EHPAD » est une étude rétrospective nationale, menée auprès de l'ensemble des EHPAD implantés en France métropolitaine et ouverts au 31 décembre 2011. Grâce à un questionnaire, les médecins coordonnateurs des EHPAD ont été invités à décrire la façon dont leur établissement organise l'accompagnement de la fin de vie, et à enregistrer le lieu de décès de l'ensemble des résidents décédés en 2012. Dans la dernière partie du questionnaire, il a été demandé aux médecins coordonnateurs d'identifier les 5 décès les plus récents survenus au sein même de l'EHPAD, et de recueillir des données détaillées sur les deux dernières semaines de vie des résidents décédés de façon « non-soudaine et plus ou moins attendue », en s'aidant si besoin du dossier médical des résidents. L'Observatoire propose également de consulter l'ensemble des résultats région par région. Pour en faciliter la lecture, l'Observatoire National de la Fin de Vie a en effet édité des « tableaux de bord régionaux », qui permettent de comparer les résultats de chaque région avec les résultats nationaux.

Fragilité Frailty

OUVRAGE

BELAND (F.) / éd., MICHEL (H.) / éd., LAUTMAN (A.) / préf.

La fragilité des personnes âgées : définitions, controverses et perspectives d'action.

Rennes : Presses de l'Ehesp : 2013

Cote Irdes : A4478

La fragilité est un processus latent, fluctuant et potentiellement réversible. Développée par les gériatres, cette notion ouvre la voie à des actions de prévention qui permettraient aux personnes âgées de maintenir un vieillissement actif et de récupérer leurs capacités physiques. L'enjeu est donc d'intervenir en amont du processus de fragilisation, avant même la manifestation des premiers signes de fragilité, pour permettre aux personnes âgées de conserver leur autonomie le plus longtemps possible et aux pouvoirs publics de réduire les dépenses liées au vieillissement. S'il y a globalement consensus sur l'intérêt et la nécessité d'agir, les divergences persistent sur la définition et la mesure de la fragilité. La fragilité est-elle un syndrome gériatrique ou une simple accumulation de risques ? Quels liens entre fragilité, maladies chroniques et dépendance ? Doit-on simplement parler de fragilité ou aussi de vulnérabilité ? Façonnée par les travaux de recherche essentiellement gériatrique, la fragilité émerge aussi comme une catégorie d'action publique qui interroge l'évolution du système de protection sociale du moins les politiques du vieillissement. Par son approche pluridisciplinaire et internationale, cet ouvrage apporte un éclairage précis et inédit sur la fragilité, mais aussi sur la vulnérabilité des personnes âgées (4e de couverture).

Migrants Migrant

RAPPORT

JACQUAT (D.), BACHELAY (A.)

Assemblée nationale. Mission d'Information sur les Immigrés âgés. Paris. FRA

Rapport d'information sur les immigrés âgés.

Rapport d'information ; 1214

Paris : Assemblée nationale : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1214.pdf>

Ce rapport est le fruit des travaux d'une mission parlementaire qui s'est donné pour objectif d'analyser la situation des populations immigrées aujourd'hui âgées. De façon consensuelle, la mission a fait le choix de centrer ses travaux sur les immigrés âgés de plus de cinquante-cinq ans originaires d'États tiers à l'Union européenne, en raison de la spécificité de leur situation, de la singularité de leur histoire et de leur parcours migratoire, ainsi que de la précarité des conditions de vie d'une part importante d'entre eux. Ce rapport émet 82 propositions destinées à améliorer la situation des quelque 800.000 immigrés de plus de 55 ans vivant en France, dont 350.000 âgés de plus de 65 ans.

Parcours de soins Continuity of care

RAPPORT

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

MOUNIER (C.), WAQUET (C.), LIBAULT (D.) / prés

Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes.

Paris : Igas ; Paris : La documentation française : 2013

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf

Dans le cadre des travaux engagés en matière de prévention, de prise en charge et d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, un comité national de pilotage (COPIL) des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a été installé en avril 2013. Ce comité a reçu pour mission de définir les grands axes du cahier des charges de « projets pilotes relatifs aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie », qui seront d'abord expérimentés sur quelques territoires, puis généralisés dans le cas d'une évaluation favorable. Le rapport de l'IGAS présente les réflexions qui ont conduit à la rédaction du cahier des charges, et identifie les mesures à prévoir compte tenu des axes retenus par le comité. Il

formule des recommandations dont la réalisation, à moyen terme, serait souhaitable en vue d'une éventuelle généralisation, et définit, pour l'ensemble du territoire français, les conditions favorables à l'émergence de véritables parcours de santé pour les personnes âgées.

RAPPORT

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

(C.N.S.A.). Paris. FRA

Rapport 2012 : Promouvoir la continuité des parcours de vie.

Paris : CNSA : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_RA-interactif-2.pdf

Ce rapport rend compte de la façon dont la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) gère les crédits qui lui sont confiés, au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il présente le bilan d'activité de la Caisse et de ses services au cours de l'année 2012 dans ses fonctions financières, d'animation de réseau, de centre d'expertise technique, de recherche et d'agence chargée de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. Comme chaque année, il comprend un chapitre d'analyse prospective et de préconisations. En 2012, le Conseil de la CNSA a choisi de s'exprimer sur des principes d'organisation et de pilotage des politiques publiques ayant un impact sur les parcours de vie des personnes. Ce rapport est accompagné d'annexes et de fiches-repères.

Politique vieillesse Ageing policy

OUVRAGE

MAREC (Y.) / dir., REGUIER (D.) / dir., LAROQUE (G.) / préf., BOURDELAIS (P.) / postf.

Rouen : Presses universitaires de Rouen et du Havre : 2013

Cote Irdes : A4464

[De l'hospice au domicile collectif : la vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIIe siècle à nos jours.](#)

Près de trois siècles de vieillesse observée, analysée, située. Trois siècles qui ont vu émerger les grands parents, au XVIIIe avec Greuze qui les peint, et au XIXe, avec Hugo qui les magnifie, pour, de nos jours, les faire osciller entre ceux qui aident et ceux

qui sont aidés. Trois siècles qui ont regardé la pauvreté des vieux devenus incapables de travailler et tombés à charge de leurs proches et, à défaut, de la charité publique puis de l'assistance et en fin de la solidarité. Trois siècles qui ont vu la naissance des seniors, retraités actifs et, dit l'année 2012, solidaires des autres générations : l'entraide équitable et symétrique va-t-elle supplanter la relation nécessaire mais asymétrique de l'aide ? Le très grand intérêt et l'originalité (de ce volume) consistent à savoir osciller harmonieusement entre le local et le global, entre l'enracinement régional et la vision nationale, voire internationale. Ces travaux viennent de disciplines, de spécialités diverses, comme est diverse la société elle-même. L'accent est mis sur l'apport de la société à l'accompagnement de la vieillesse, grâce à des politiques sociales qui traversent les républiques et les gouvernements. De la généralisation des pensions de retraite qui fait reculer la pauvreté des vieillards, au développement de la gériatrie qui apprend à les soigner, à la modernisation de la gérontologie qui permet de mieux accueillir et accompagner, l'ouvrage met en valeur ce que la société fait pour ses anciens, même si, encore et toujours il y a plus et mieux à faire (4e de couverture).

Prestation dépendance Dependency allowance

FASCICULE

ROY (D.), MARBOT (C.)

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

L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040.

Insee analyses : 2013 ; n°11

Paris : INSEE

<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana11/iana11.pdf>

Selon le scénario central de projections réalisées par la Drees en 2011, il y aurait 1,5 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2025, et 2 millions en 2040, contre 1,2 million début 2012. Plusieurs périmètres de dépenses peuvent être associés à cette projection : (a) un besoin total de financement pour les bénéficiaires, (b) la part de ce besoin se situant sous le plafond de l'APA, et enfin (c) la part de ces dépenses effectivement prises en charge par la collectivité puisque, en

sus du plafonnement, l'APA est soumise à un ticket modérateur qui dépend des ressources du ménage. En part de PIB, le besoin de financement s'établirait à 0,6 point de PIB en 2040, soit 0,2 point de plus qu'en 2010. Il dépend peu de la croissance car le coût de prise en charge de la dépendance est un coût salarial qui évolue au même rythme que le salaire moyen. Il dépend davantage des hypothèses sur l'état de santé des personnes âgées : 0,5 point de PIB en 2040 si l'espérance de vie sans dépendance augmente autant que l'espérance de vie (hypothèse optimiste) et 0,7 point si la prévalence de la dépendance à chaque âge reste la même qu'aujourd'hui (hypothèse pessimiste). En revanche, croissance et mode d'indexation du barème interagissent pour déterminer le partage du coût entre collectivité et bénéficiaires. Avec l'indexation prix et une croissance soutenue, la part du financement public chuterait de 68 % en 2010 à 54 % en 2040, date à laquelle il ne représenterait que 0,3 point de PIB. En croissance fortement ralentie et dans le cas de barèmes toujours indexés sur les prix, cette part remonterait à 0,4 point de PIB. Une indexation sur les salaires neutralise l'effet de la croissance et elle porterait la part du financement public à environ 0,5 point de PIB, toujours à l'échéance 2040. Ces projections ont été réalisées à l'aide du modèle de microsimulation Destinie de l'Insee. Des projections plus complètes sont en cours de réalisation à la Drees.

Qualité des soins Quality of care

RAPPORT

MURAKAMI (R.), COLOMBO (F.), CARPENTER (I.)

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

A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care.

*Bien vivre sa vieillesse ? Suivi et amélioration de
la qualité des soins de longue durée.*

Paris : OCDE : 2013

Cote Irdes : En ligne

As ageing societies are pushing a growing number of frail old people into needing care, delivering quality long-term care services – care that is safe, effective, and responsive to needs – has become a priority for governments. Yet much still remains to be done to enhance evidence-based measurement and improve-

ment of quality of long-term care services across EU and OECD countries. This book offers evidence and examples of useful experiences to help policy makers, providers and experts measure and improve the quality of long-term care services.

Soins à domicile Home care

RAPPORT

BILLAUD (S.), GRAMAIN (A.), WEBER (F.)

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques.

Paris : MSSH : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/06/Territoire_Rapport-final.pdf

La loi du 13 août 2004, dans son article 56, reconnaît aux conseils généraux un rôle de “ chef de file ” de l’action sociale en direction des personnes âgées. Cependant, la latitude dont ils disposent dans la définition et la mise en œuvre d’une politique propre sur le territoire départemental est relativement bornée. En effet, tout d’abord, la politique départementale doit s’insérer dans un cadre légal spécifique, fixé au plan national : les allocations qui permettent de solvabiliser la demande (type Allocation personnalisée d’autonomie) et les procédures d’organisation de l’offre (procédure de conventionnement des établissements et services d’aide aux personnes dépendantes) sont ainsi fixées par la loi. Ensuite, les financements publics en direction des personnes dépendantes âgées relèvent essentiellement de la solidarité nationale et ont été fortement recentralisés par la création de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie) : la caisse décide en effet de l’affectation aux préfets et aux conseils généraux d’environ 10 milliardsS d’euros annuels soit plus de la moitié des dépenses versées par les pouvoirs publics aux personnes dépendantes. Enfin, les départements doivent tenir compte des compétences confiées par la loi à d’autres échelons des pouvoirs publics (Etat central déconcentré, régions, communes), ainsi qu’aux organismes de sécurité sociale (article L121-1 du code de l’action sociale et des familles). D’aucun se plaignent que les conseils généraux seraient devenus de simples caisses, sur le

modèle des caisses d’allocations familiales, tandis que d’autres s’inquiètent des disparités territoriales qui pourraient découler d’une organisation aussi décentralisée de l’action publique. Entre ces deux discours, ces deux inquiétudes, qu’en est-il des marges de manœuvre réelles dont disposent les conseils généraux en matière de politique de la dépendance ? S’en saisissent-ils ? Comment organisent-ils leur action et leurs priorités politiques dans le cadre fixé par la loi ? C’est à ces trois questions que s’attache la recherche dont les principaux résultats sont restitués dans ce rapport.

OUVRAGE

GENET (N.) / éd., HUTCHINSON (A.) / éd., KRONEMAN (M.) / éd., BOERMA (W.) / éd., SALTMAN (R.B.) / éd.

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

Home care across Europe : current structure and future challenges.

Les soins à domicile en Europe. Structure actuelles et défis à venir.

Copenhague : OMS Bureau régional de l’Europe : 2012

Cote Irdes : B7169

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

S’il y a, aujourd’hui, dans l’Union européenne, quatre personnes actives pour chaque personne âgée de plus de 65 ans, il n’y en aura plus que deux en 2050. La demande de soins de longue durée, et les soins à domicile occupent une place importante à cet égard, va inévitablement augmenter dans les décennies à venir. Cependant, et malgré l’ampleur du problème, les informations actualisées et comparatives sur les soins à domicile font défaut en Europe. Cet ouvrage tente de combler partiellement cette lacune en examinant la politique européenne existante sur les stratégies et les services de soins à domicile. Home care across Europe (Les soins à domicile en Europe) couvre un large éventail de sujets, notamment les liens entre les services sociaux et les systèmes de soins de santé, les mécanismes de financement actuels, le mode de paiement des prestataires, l’impact de la réglementation publique et les rôles complexes joués par les aidants ou soignants informels. S’appuyant sur une série d’études de cas menées à l’échelle européenne (disponibles dans un second volume publié en ligne), l’ouvrage fournit des informations descriptives et comparables sur

de nombreux aspects de l'organisation, du financement et de la prestation des soins à domicile sur tout le continent. Il permettra d'encadrer le débat à venir sur la meilleure façon de servir les citoyens âgés alors que la population européenne vieillit. Cette étude découle du projet EURHOMAP mené entre 2008 et 2010.

OUVRAGE

NAIDITCH (M.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL, Netherlands Institute for Health Services Research. (N.I.V.E.L.). Utrecht. NLD

Home care across Europe : case studies.

Les soins à domicile en Europe. Etudes de cas.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2012

Cote Irdes : B7170

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Cet ouvrage constitue le volume 2 de l'étude EURHOMAP mené entre 2008 et 2010 sur les soins à domicile dans les pays de l'Union européenne. Coordonnée par le Nivel (Institut de recherche néerlandais sur les systèmes de santé), elle rassemble les études de cas réalisées par pays avec la contribution d'experts du domaine.

Inégalités de santé / Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

RAPPORT

ARCHIMBAUD (A.)

Premier Ministre. Paris. FRA

L'accès aux soins des plus démunis.

Paris : Premier Ministre : 2013/09

Cote Irdes : En ligne

http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/fichiers_joints/rapport_officiel-aline_archimbaud.pdf

Ce rapport rassemble 40 propositions pour améliorer l'accès des personnes les plus démunies en France. Parmi ces propositions, l'application des textes existants, en particulier sur les dépassements d'honoraires, la préconisation de sanctions pour ceux qui ne les respectent pas car le refus de soins est devenu un phénomène massif, l'autorisation du test appelle à une extension du choc de simplification aux procédures administratives qui concernent les personnes les plus en difficulté, à des changements dans les cultures et les pratiques professionnelles, à la limitation des effets de seuil par l'élargissement de certains droits. Elle propose aussi d'élargir le champ de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) aux bénéficiaires de l'allocation solidarité aux personnes âgées (Aspa) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de remanier profondément le système d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Elle demande que soient levés les obstacles financiers les plus lourds à l'accès aux soins et que soient renforcées les structures accueillant des précaires comme les centres de santé, maisons de santé, permanences d'accès aux soins (PASS). Pour faire des économies, elle suggère de mettre en place des dispositifs de prévention, facilement accessibles, d'aider à l'essaimage des innovations, et enfin d'améliorer la gouvernance du secteur. Les propositions ne sont malheureusement pas chiffrées, en particulier les nouveaux droits.

RAPPORT

JACOB (B.), JOUSSERANDOT (A.) / collab.

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

Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement.

Paris : Ministère de la santé : 2013/06

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarloti.pdf>

Ce rapport présente des mesures destinées à améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées, droit consacré par la loi du 11 février 2005 mais encore insuffisamment mis en œuvre, faute d'une prise en charge adéquate. Au travers notamment de l'organisation d'ateliers, la mission a passé en revue un ensemble de thèmes relatifs à la question de l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées : formation des professionnels et des aidants ; prévention ; coordination ; fin de vie ; réseaux ; urgences ; proximité, accessibilité ; soins ordinaires ; tarification ; recherche.

Capital social

Social capital

DOCUMENT DE TRAVAIL

GALAMA T (J.), VAN KIPPERSLUIS (H.)

Health Inequalities through the Lens of Health Capital Theory: Issues, Solutions, and Future Directions.

Les inégalités de santé à travers le prisme de la théorie du capital humain : issues, solutions et directions futures.

Tinbergen : Tinbergen Institute: 2013

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2270572

We explore what health-capital theory has to offer in terms of informing and directing research into health inequality. We argue that economic theory can help in identifying mechanisms through which specific socioeconomic indicators and health interact. Our reading of the literature, and our own work,

leads us to conclude that non-degenerate versions of the Grossman model (1972a;b) and its extensions can explain many salient stylized facts on health inequalities. Yet, further development is required in at least two directions. First, a childhood phase needs to be incorporated, in recognition of the importance of childhood endowments and investments in the determination of later-life socioeconomic and health outcomes. Second, a unified theory of joint investment in skill (or human) capital and in health capital could provide a basis for a theory of the relationship between education and health.

Inégalités sociales de santé Social health inequalities

DOCUMENT DE TRAVAIL

FONSECA (R.), ZHENG (Y.)

Université Laval. Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Économiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.). Québec. QC.

The Effect of Education on Health: Cross-Country Evidence.

L'impact de l'éducation sur l'état de santé : résultats internationaux.

Québec : CIRPEE : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers_2013/CIRPEE13-25.pdf

This paper uses comparable micro-data from over 15 OECD countries to study the causal relationship between education and health outcomes. We combine three surveys (SHARE, HRS and ELSA) that include nationally representative samples of people aged 50 and over in these countries. We use variation in the timing of educational reforms across these countries as an instrument for the effect of education on health. Using instrumental variables Probit models (IV-Probit), we find causal evidence that more years of education lead to better health for a limited number of health markers. We find lower probabilities of reporting poor health, of having limitations in functional status (ADLs and iADLs) and of having been diagnosed with diabetes. These effects are larger than those from a Probit that does not control for the endogeneity of education. We cannot find evidence of a causal effect of education on other health conditions. Interestingly, the relationship between

education and cancer is positive in both Probit and IV-Probit models, which we interpret as evidence that education fosters early detection.

OUVRAGE

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

Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé.

Paris : HCSP : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130619_indicateurinegalitesocialesante.pdf

Ce rapport répond à deux saisines de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de la recherche – des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), portant d'une part sur « la pertinence et les possibilités de prise en compte des caractéristiques sociales dans les indicateurs transversaux et spécifiques » associés aux objectifs de la loi de santé publique, et sur la hiérarchisation des indices écologiques de défavorisation sociale ; d'autre part sur la proposition d'indicateurs permettant « d'assurer le suivi des inégalités de santé dans le domaine du cancer, de ses facteurs de risque et de ses conséquences, notamment en termes de mortalité ». Le HCSP analyse les éléments disponibles pour rendre compte de l'évolution des inégalités sociales de santé et propose des indicateurs à insérer dans les systèmes d'information en santé, ainsi que des évolutions à apporter dans ces systèmes d'information, de façon à prendre en compte ces inégalités sociales de santé dans les différents types d'usages des données de santé : systèmes de recueil de données en routine (mortalité, morbidité, institutions de soins) ; enquêtes, études et travaux de recherche ; bilans des politiques de santé. La première partie est générale et concerne l'ensemble des états de santé et pathologies. Dans la seconde partie, qui concerne le domaine du cancer, les objectifs généraux sont plus spécifiquement appliqués aux systèmes d'information ou sources de données mobilisables sur le cancer, afin de pouvoir disposer de données suffisantes à la conduite des politiques de réduction des inégalités.

DIPLOME

DOURGNON (P.)

Université Paris-Dauphine. Ecole doctorale de Dauphine.
Paris.

Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé.

Paris : Université Paris Dauphine : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/Theses/Memoires/ThesePaulDourgnonPolitiquesPubliques.pdf>

En dépit des objectifs énoncés de respect du principe d'équité horizontale, on observe des inégalités sociales dans la consommation de soins des pays dotés de systèmes de santé socialisés. Cette thèse se propose, au travers de quatre études, de contribuer à l'analyse des politiques publiques dans le système de santé, du point de vue de l'équité de recours aux services de santé. L'introduction propose des éléments descriptifs des inégalités sociales de recours aux soins en France ainsi que des principaux mécanismes qui, à l'intérieur du système de santé français, peuvent en être à l'origine. Le premier chapitre étudie les liens entre barrières financières à l'accès aux soins et état de santé. Il montre que le fait de renoncer à des soins pour des raisons financières est associé à un état de santé futur plus détérioré. Le deuxième chapitre propose une analyse de l'interaction médecin-patient et de son rôle dans la formation des inégalités de recours aux soins. Cette thèse étudie les catégorisations opérées par les médecins au sujet de leurs patients en fonction de leurs situations sociales. Elle montre ensuite les relations entre ces catégorisations et les pratiques observées. Un troisième chapitre collige deux études portant sur la réforme du médecin traitant. La première propose une analyse de la réforme et de son contexte, en particulier le rôle des différents acteurs. La seconde propose une étude des conséquences de la réforme sur l'accès financier aux soins de spécialistes.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Commission Européenne. Bruxelles. INT

Report on health inequalities in the European Union.

Rapport sur les inégalités de santé dans l'Union européenne.

Bruxelles : European commission : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf

The report therefore begins with an overview of the size of, and trends in, health inequalities in the EU since 2000 with a focus on recent years. It goes on to describe the main actions that the Commission has taken to implement the communication on health inequalities since 2009. Further information, including the graphs and tables referred to, are in the annex.

Non recours
Non take up

FASCICULE

OKBANI (N.)

Caisse d'Allocations Familiales. (C.A.F.). Bordeaux. FRA

Le non-recours au RSA activité : Etude exploratoire en Gironde - CNAF.

Bordeaux : CAF : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/Dossier%20164%20-%20Non-recours%20RSA%20activit%C3%A9.pdf>

Réalisée par Nadia Okbani, dans le cadre d'un stage de sept mois au sein de la Caisse d'allocations familiales de la Gironde, cette étude a retenu l'attention du Comité National d'Evaluation du RSA (Revenu de solidarité active) qui s'y réfère plusieurs fois dans le cadre de ses différents rapports d'évaluation (2010 et 2011). Elle a fait l'objet d'un certain nombre de préconisations pour favoriser le recours au RSA activité.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Observatoire des NON-REcours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble.FRA
2CHAUVEAUD (C.), MAZET (P.), WARIN (P.)

L'expérimentation des « baromètres » du non-recours.

Grenoble : ODENORE : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp17.pdf>

La première expérimentation de « Baromètre du non-recours » (B-NR) a été lancée en réponse à une lettre de cadrage adressée en avril 2009 à l'Observatoire des non-recours aux droits et services

(ODENORE) par le Vice-président du Centre communal d'action sociale (CCAS) de Grenoble. Cette lettre fixait l'objectif de constituer une plateforme d'accès renforcé aux droits à partir d'un accueil mutualisé entre l'antenne mairie et la Maison des habitants (ex Centre social) au sein d'un équipement installé au cœur du quartier de la Villeneuve à Grenoble. Pour réussir à rassembler des agents de services différents dans une plateforme d'accès aux droits, il était indispensable de les associer autour d'un objectif commun fort. Aussi, le partage d'une culture d'action orientée sur l'accès aux droits est-il apparu comme prioritaire, le CCAS s'étant déjà saisi de la question du non-recours aux droits et services. Pour répondre à cet objectif, l'Odenore proposa de mobiliser les agents à partir des situations de non-recours que rencontrent leurs publics. L'hypothèse étant que la culture commune recherchée pouvait être produite en les associant à une démarche collective de relevé de situations de non-recours et de production de réflexions collectives sur les réponses à apporter. Trois objectifs ont structuré l'idée de créer un « Baromètre du non-recours » : détecter les situations de non-recours et les renseigner ; analyser les situations pour en comprendre les raisons et imaginer des réponses possibles ; porter les éléments de mesure, les analyses de situations et les propositions de solutions vers les institutions concernées pour agir globalement et durablement sur les causes.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Observatoire des NON-REcours aux Droits et Services.
(O.D.E.N.O.R.E.). Grenoble. FRA

Informier pour éviter le non-recours à la CMU-C et à l'ACS.

Grenoble : ODENORE : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp15.pdf>

Informier les publics « vulnérables » est un objectif complexe qui suppose une intervention sur deux plans : celui de la communication institutionnelle sur les droits et celui de l'apprentissage des droits. À cet égard, le travail engagé par l'Assurance maladie pour agir sur le non-recours à une complémentaire santé, gratuite (Couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C) ou aidée (Aide à l'acquisition d'une complémentaire – ACS), illustre le besoin de coupler une information en masse et une explication ciblée, à la fois pour combler la méconnaissance des droits et pour rapprocher les publics vulnérables de

leurs droits. Les éléments d'évaluation disponibles pour expliquer le non-recours à la CMU-C et à l'ACS ont tous souligné la méconnaissance de ces dispositifs, aussi bien chez les bénéficiaires potentiels que chez les agents censés les informer. Ce document de travail passe en revue les initiatives institutionnelles pour améliorer l'information des usagers sur leurs droits ainsi que les études publiées sur le sujet.

Pauvreté **Poverty**

RAPPORT

Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.). Paris. FRA

Avis du CNLE sur la pauvreté des enfants en France.

Paris : CNLE : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/AVIS_CNLE_pauvrete_des_enfants_juillet_2013.pdf

Dans cet avis, le Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion (CNLE) souhaite alerter les pouvoirs publics sur la gravité des situations de pauvreté des enfants et sur l'urgence à agir : on peut craindre qu'aujourd'hui le nombre d'enfants pauvres en France avoisine les 3 millions. Il rappelle que l'investissement social passe par la prévention et que la France s'est engagée à assurer l'égalité des chances de tous les enfants qui vivent sur le territoire national.

Personnes handicapées **Disabled persons**

RAPPORT

Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.). Saint-Denis. FRA

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée : champs et objectifs.

St Denis : Anesm : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article598&var_mode=calcul

La Commission d'audition présidée par Jean-Michel Belorgey a dressé, dans son rapport consacré en janvier 2009 à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, fruit des auditions organisées par la HAS en octobre 2008, un certain nombre de constats et formulé des propositions concernant les établissements et services médico-sociaux. Elle encourageait, par ailleurs, à l'élaboration et à la diffusion de recommandations de bonnes pratiques. Ces constats ont motivé l'inscription de cette problématique au programme de travail de l'ANESM pour l'année 2011/2012 au titre du programme « La qualité de vie » (Programme 7). L'objectif de cette recommandation est de mettre en évidence les conditions qui facilitent et étayent la prise en compte des besoins en matière de santé globale des personnes accompagnées et d'encourager le développement de pratiques et d'organisation au sein des établissements et services médico-sociaux susceptibles d'améliorer les réponses apportées. Il s'agit de formuler des recommandations concrètes et pratiques pour améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap. Trois grandes dimensions seront développées : la place du projet de santé dans le projet personnalisé de la personne en situation de handicap ; la dimension institutionnelle et l'identification de cette problématique dans le projet d'établissement ou de service ; les enjeux de la complémentarité entre soins et accompagnement à travers le travail d'équipe pluridisciplinaire mais aussi les partenariats et la coordination avec les acteurs extérieurs.

Renoncement aux soins Unmet needs

FASCICULE

Office Fédéral de la Statistique. (O.F.S.). Département Fédéral de l'intérieur. (D.F.I.). Neuchâtel. CHE

Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté : Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011.

Actualités OFS Santé : 2013 : n° 14

Neuchâtel : Office Fédéral de la statistique

Cote Irdes : En ligne

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.170477.pdf>

Les personnes en situation de risque de pauvreté ou de privation matérielle déclarent plus souvent que

les autres un état de santé qui n'est pas bon et elles sont plus nombreuses à renoncer à des soins pour des raisons financières. Celles qui renoncent à des soins pour raison financière sont aussi en moins bonne santé. Ces résultats ressortent des données 2011 de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) des ménages en Suisse [OFS].

RAPPORT

Ipsos. Paris. FRA

La santé oculaire des Français : deuxième enquête de l'Observatoire de la vue.

Paris : Krys : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.170477.pdf>

A la demande du groupe d'opticiens Krys, Ipsos a réalisé une deuxième enquête pour sonder la santé oculaire des Français. Selon cette étude, un tiers de Français auraient espacé leurs visites chez le spécialiste, tandis que 66 % retarderaient de plus en plus le moment de changer de lunettes. Le marathon pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue et le coût jugé élevé des lunettes conduit à cette situation préjudiciable pour la vue des Français. Alarmistes, les ophtalmologues français interrogés estiment aussi qu'environ 12 % des patients courent ainsi le risque de s'exposer à « des pathologies graves en raison d'un suivi insuffisant de leur santé oculaire ». Pire, la majorité d'entre eux (58 %) considère que la qualité du suivi oculaire des Français va se détériorer dans les années à venir. Comme en Allemagne et en Grande-Bretagne, l'ophtalmologue est le professionnel de santé le moins fréquemment consulté en France : seulement 29 % des personnes interrogées déclarent voir ce spécialiste une fois par an, tandis que 60 % voient au moins un dentiste et 89 % un médecin généraliste. Les Français renouvellent leurs verres de vue tous les 3,2 ans, contre 2,5 ans en Grande-Bretagne, et sont de plus en plus nombreux à se renseigner pour savoir quelle sera la prise en charge avant d'acheter leurs lunettes (65 % des sondés). Le déremboursement par l'Assurance maladie des lunettes de vue est massivement rejeté par l'opinion (91 % des Français). Pour eux, même si les niveaux de remboursement sont faibles, les équipements de vue sont un sujet de santé publique majeur dont la Sécurité sociale ne peut se désengager. Le prix des lunettes en France est en moyenne 50 % plus cher qu'en Allemagne ou d'autres pays d'Europe, et pourtant la

France est le pays où les magasins d'optique sont les plus nombreux. Pourquoi cette offre abondante n'a-t-elle pas favorisé la concurrence ? Car pour amortir le coût de l'ouverture de tous ces magasins, les enseignes augmentent leurs prix. Comment remédier à cette situation ? La solution passe aujourd'hui par le conventionnement pour permettre aux Français en difficulté de s'acheter une paire de lunettes de qualité au juste prix. Si dans le principe, les réseaux de soins sont admis par les Français porteurs de lunettes à 59 %, seuls 14 % les ont achetées chez un opticien agréé par leur mutuelle.

NOTE

LEVESQUE (J.F.), PINEAULT (R.), ROBERT (L.)
Agence de la Santé et des Services Sociaux. Direction de Santé Publique. Groupe de Recherche sur l'Équité d'Accès et l'Organisation des Services de Santé. (G.R.E.A.S.). Montréal. QC, Institut National de Santé Publique du Québec. (I.N.S.P.Q.).

Unmet health care needs: a reflection of the accessibility of primary services?

Les besoins en soins non satisfaits sont-ils le reflet de l'accessibilité aux soins primaires ?

Montréal : Agence de la santé et des services sociaux : 2009
Cote Irdes : En ligne
<http://www.greas.ca/evolution/pdf/UnmetHealthCareNeeds.pdf>

In this thematic pamphlet, we present some results of a study entitled *Accessibilité et continuité des services de santé -Une étude sur la première ligne au Québec*(1), conducted in 2005 among more than 9000 people in Montréal and Montérégie. Our goal is to provide information concerning unmet health care needs and to analyse the initial implications. The concept of unmet needs refers to the difference between health services deemed necessary to treat a particular health problem and services actually received(2). A person who perceived the need to receive medical services whether information from a health professional or a therapeutic procedure but who has not obtained these services has unmet health care needs. To a certain extent, this reflects the lack of access to health services. The hypotheses raised in this document will be the subject of more thorough analyses, the results of which will be published at a later date. The first section gives an overall description of the phenomenon of unmet needs: its scope, the profile of individuals reporting having unmet needs, the nature of health problems for which unmet needs are reported, and the outcome

for persons who are not obtaining services. We then examine the factors associated with experiencing unmet needs, and we conclude with a discussion on aspects related to health services organization.

NOTE

ALLIN (S.), MASSERIA (C.)
London School of Economics. (L.S.E.). Londres. GBR

Unmet need as an indicator of access to health care in Europe : Research Note.

Note de recherche sur les besoins non satisfaits utilisés comme un indicateur des soins de santé en Europe.

Londres : LSE : 2009
Cote Irdes : En ligne
<http://eprints.lse.ac.uk/28454/>

Ensuring adequate and fair access to health care is a priority objective for European governments. This short paper discusses the measurement, distribution and policy implications of one indicator of access to health care: self-reported unmet need or foregone care. Two international surveys, EU-SILC and SHARE, include questions on unmet need and foregone care respectively, and therefore provide an opportunity for drawing comparisons on access to health care. It appears that, overall, people who report unmet need tend to be in worse health and with lower income. However, from a policy perspective, it is important to separate the causes of unmet need into those that are more relevant to policymakers from those that reflect individuals preferences and tastes, to view this indicator alongside other access measures such as health care contacts, distance to facilities, waiting times and supply characteristics, and to examine long-term trends in reporting unmet need and health outcomes.

Géographie de la santé / Geography of health

Aménagement du territoire

Planning

RAPPORT

LAURENT (E.)

Ministère de l'Égalité des Territoires et du Logement.
Paris. FRA

Vers l'égalité des territoires - Dynamiques, mesures, politiques.

Paris : La Documentation française : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000131/0000.pdf>

Ce rapport rassemble des contributions d'experts et d'universitaires et les confronte avec des regards d'élus sur le thème de l'égalité des territoires. Est-il légitime de vouloir progresser vers l'égalité territoriale en France ? Est-il nécessaire de rechercher l'égalité territoriale en France ? Est-il possible de construire la justice territoriale en France ? Telles sont les questions abordées dans ce rapport.

OUVRAGE

NOIN (D.)

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

Le nouvel espace français.

Paris : Armand Colin : 2009

Cote Irdes : A4481

L'espace français s'est transformé en profondeur pendant le dernier quart du XXe siècle. Les changements économiques ont bouleversé la répartition des activités. L'essor des transports rapides a raccourci les distances. De nouveaux équipements ont été mis en service. L'urbanisation et la périurbanisation ont considérablement progressé. Plus que jamais, les villes sont devenues les points forts du pays autour desquels gravite toute la vie économique et sociale. Avec le XXIe siècle, les problèmes ne sont donc plus les mêmes qu'à l'époque où la politique d'aménagement du territoire a été mise en œuvre. Quels sont désormais les clivages essentiels du territoire ? La disparité Paris-province est-elle toujours marquée ? L'opposition Est-Ouest est-elle encore nette ? Les différences régionales sont-elles mar-

quées en matière de niveau de vie ? La dégradation de l'environnement n'est-elle pas devenue un élément important à prendre en compte ? Le problème prioritaire n'est-il pas aujourd'hui le développement des activités plutôt que celui de leur répartition plus ou moins équilibrée dans le pays ? C'est à ces questions que ce livre cherche à répondre. Les interrogations soulevées par la gestion du territoire sont nombreuses. Elles sont sérieuses et complexes. Elles appellent des réponses nuancées. Elles réclament des analyses attentives.

Disparités régionales

Regional disparities

RAPPORT

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

Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville.

Paris : HCSP : 2013

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130320_ateliersvillesante.pdf

Dans le cadre de sa contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a souhaité faire le point sur une démarche récente, les Ateliers santé ville, mis en place il y a une dizaine d'années au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Dans cet avis, il analyse la démarche de ces ateliers et en dégage les points forts et les points à améliorer.

Ile-de-France
Ile-de-France

RAPPORT

BELTZER (N.)

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

***La santé des femmes en Ile-de-France -
Espérance de vie, espérance de santé et
santé perçue.***

Paris : ORSIF : 2013/06

http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/2013_ORIS_SanteDesFemmes.pdf

Cette étude a été réalisée par l'Observatoire régional de santé Île-de-France à partir d'une revue bibliographique et d'exploitations régionales d'enquêtes nationales. Les Franciliennes ont une espérance de vie plus élevée que les Franciliens, même si les indicateurs de santé retenus ici sont plus égalitaires qu'en région. Par rapport aux femmes en région, la situation des Franciliennes apparaît globalement favorable : elles peuvent espérer vivre un peu plus longtemps en bonne santé, elles déclarent en moyenne moins de maladies (3,4 contre 4,2). Mais, elles sont aussi nombreuses à déclarer souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé (environ un tiers). Et, dans les situations sociales les moins favorisées, elles se perçoivent parfois en moins bonne santé. Le gradient social semble ainsi plus marqué en Île-de-France que dans les autres régions. Enfin, l'état de santé perçue est aussi lié à la situation sociale des Franciliennes. Les femmes en situation défavorisée perçoivent toujours un moins bon état de santé, et ce quel que soit l'indicateur social retenu.

Milieu rural
Rural area

OUVRAGE

BLONDIN (S.)

Zones rurales, à votre santé.

Paris : Ginkgo Editions : 2012

Cote Irdes : A4473

La désertification médicale est une réalité qui n'est plus niée par personne. Certaines régions manquent cruellement de médecins alors que d'autres sont saturées; certaines spécialités sont désertées, alors que d'autres sont encombrées. Comment aborder la problématique des désertifications médicales ? Quelles solutions rapides apporter ? Cet ouvrage rend public un rapport présenté au Sénat, analyse les causes, dénonce les dysfonctionnements et propose des solutions rapides et efficaces à mettre en place (D'après la 4e de couverture).

Soins de santé primaires / Primary health care

Centres de santé Community health centers

RAPPORT

GEORGES (P.), WAQUET (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).
Paris. Fra

Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain.

Paris : Igas : 2013

Cote Irdes : c, B7167

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluri-professionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière. Si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle. Il importe alors d'analyser les causes de leur fragilité financière, ce qui conduit à proposer un nouveau modèle économique, reconnaissant aux centres de santé une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve d'efforts de gestion.

Organisation des soins Health care organisations

FASCICULE

BROWN (L.), OLIVER-BAXTER (J.), BYWOOD (P.)
Primary Health Care Research & Information
Service. (P.H.C.R.I.S.). Flinders. AUS

International trends and initiatives in primary health care.

Tendances et initiatives internationales en matière de soins de santé primaires.

Research Roundup : 2013 : vol. 33

Flinders : Primary Health Care Research & Information
Service. (P.H.C.R.I.S.).

Cote Irdes : En ligne

<http://www.phcris.org.au/publications/infonet/2013/december/roundup32.php?search=International+trends+and+initiatives+in+primary+health+care>.

Recent trends in international health system reform have drawn attention to patient centred approaches, multimorbidity, integration, workforce models of care and eHealth. A range of primary health care (PHC) initiatives have been implemented to support the operationalisation of these trends in countries' local contexts. This research roundup introduces these trends and identifies initiatives designed to target them, describing evaluation findings where possible. Evidence is presented from countries perceived as comparable to Australia in terms of the organisation, funding and delivery of PHC. Future directions for PHC reform are discussed.

Parcours de soins Continuity of care

OUVRAGE

LUC (K. de)

Developing care pathways : the handbook and the tool kit.

Développer les parcours de soins : le manuel et la boîte à outils.

Abingdon : Radcliffe Medical Press : 2001

Cote Irdes : A4470/1

There is increasing development and use of care pathways, and a growing demand for guidance and advice on how to develop them. This practical guide meets this demand. It reflects the latest experience and incorporates best practice with contributions from highly experienced members of the National Pathways Association. Developing Care Pathways is in two parts. The handbook which defines and describes pathways and the roles of healthcare professionals involved with them, and the tool kit which provides a detailed step-by-step guide to developing a care pathway. This work is essential reading for managers and clinicians in organisations developing care pathways throughout secondary and primary care (4e de couverture).

Relations médecins malades
Physician-patient relationships

DOCUMENT DE TRAVAIL

SANTOS (R.), GRAVELLE (H.), PROPPER (C.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.). York. GBR

Does Quality Affect Patients' Choice of Doctor ? Evidence from the UK.

Le critère de qualité est-il pris en compte dans le choix du médecin ? Résultats issus du Royaume Uni.

York : University of York : 2013

Cote Irdes : P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP88_quality_choice_GP.pdf

Provider competition is a currently popular health-care reform model. A necessary condition for greater competition to improve quality is that providers will face higher demand if they improve their quality. We test this crucial assumption in an important part of the health care market using data on the choices made by 3.4 million English patients from amongst nearly 1000 family doctor practices. We find that patients do respond to quality: a one standard deviation increase in a publicly available measure of clinical quality would increase the number of patients a practice would attract by around 15%.

RAPPORT

Union Régionale des Professionnels de Santé.
(U.R.P.S.). Besançon. FRA

Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients.

Besançon : URPS : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.secusante.fr/topic/rapport-urps-franche-comte.pdf>

A partir d'une enquête réalisée auprès des médecins en Franche-Comté, ce rapport analyse le temps perdu par ces derniers en raison de rendez-vous non honorés par les patients. En raison de 6 consultations par semaine perdues en moyenne, la région Franche-Comté perd l'équivalent du travail hebdomadaire de 137 médecins spécialistes et 60 généralistes, ce qui s'avère alarmant dans un contexte de désertification médicale. Plus de la moitié (60 %) de ces rendez-

vous manqués sont le fait de malades en tiers payant, essentiellement titulaires de la Couverture maladie universelle. Tous les actes sont concernés, majoritairement les consultations, mais aussi les actes techniques (48,8 %) et les actes chirurgicaux (13,6). Les patients titulaires de la CMU sont pour une moitié, des victimes de la crise et pour l'autre, des exclus du système. Ils ne savent pas utiliser le système de santé, ils ne se rendent pas aux rendez-vous et ne s'excusent pas, ignorent prévention et dépistage, mais ils exigent des visites à domicile, vont aux urgences sans vraie raison, veulent des scanners et des techniques de pointe. La CPAM du Doubs envisage de mener une campagne d'information auprès des patients par le biais d'un message sur les décomptes de remboursements. Estimant devoir poursuivre sa mission de soutien des confrères et d'aide à l'exercice professionnel, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) va maintenant saisir l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté, les syndicats médicaux nationaux, les représentants des autres professions de santé et les institutionnels. Mais aussi les hôpitaux publics et les cliniques privées qui, eux aussi, sont impactés par le problème.

Rémunération
Payment

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRAVELLE (H.), SCOTT (A.), SIVEY (P.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.). York. GBR

Competition, Prices and Quality in the Market for Physician Consultations.

Concurrence, prix, et qualité sur le marché des consultations de médecins.

York : University of York : 2013

Cote Irdes : P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP89_competition_prices_quality_physician_consultations.pdf

Prices for consultations with General Practitioners (GPs) in Australia are unregulated, and patients pay the difference between the price set by the GP and a fixed reimbursement from the national tax-funded Medicare insurance scheme. We construct a Vickrey-Salop model of GP price and quality competition and test its predictions using a dataset with individual GP-level data on prices, the proportion of patients

who are charged no out-of-pocket fee, average consultation length, and characteristics of the GPs, their practices and their local areas. We measure the competition to which the GP is exposed by the distance to other GPs and allow for the endogeneity of GP location decisions with measures of area characteristics and area fixed-effects. Within areas, GPs with more distant competitors charge higher prices and a smaller proportion of their patients make no out-of-pocket payment. GPs with more distant competitors also have shorter consultations, though the effect is small and statistically insignificant.

DOCUMENT DE TRAVAIL

BROSIG-KOCH (J.), HENING-SCHMIDT (H.),
KAIRIES (N.), WIESEN (D.)
Universität Duisbourg - Essen. Department of
Economics. Essen. DEU

***How Effective are Pay-for-Performance
Incentives for Physicians?
A Laboratory Experiment.***

*Le paiement à la performance joue-t-il un rôle
incitatif auprès des médecins ?
Une expérimentation en laboratoire.*

Essen : Universität Duisbourg - Essen : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2278863

Recent reforms in health care have introduced a variety of pay-for-performance programs using financial incentives for physicians to improve the quality of care. Their effectiveness is, however, ambiguous as it is often difficult to disentangle the effect of financial incentives from the ones of various other simultaneous changes in the system. In this study we investigate the effects of introducing financial pay-for-performance incentives with the help of controlled laboratory experiments. In particular, we use fee-for-service and capitation as baseline payment schemes and test how additional pay-for-performance incentives affect the medical treatment of different patient types. Our results reveal that, on average, patients significantly benefit from introducing pay-for performance, independently of whether it is combined with capitation or fee-for-service incentives. The magnitude of this effect is significantly influenced by the patient type, though. These results hold for medical and non-medical students. A cost-benefit analysis further demonstrates that, overall, the increase in patient benefits cannot

overcompensate the additional costs associated with pay-for-performance. Moreover, our analysis of individual data reveals different types of responses to pay-for-performance incentives. We find some indication that pay-for performance might crowd out the intrinsic motivation to care for patients. These insights help to understand the effects caused by introducing pay-for-performance schemes.

**Soins intégrés
Integrated care**

RAPPORT

Nesta. Londres. GBR

***Networks That Work: Partnerships for
integrated care and services.***

*Des réseaux qui fonctionnent. Partenariat pour
des services et des soins intégrés.*

Londres : Nesta : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nesta.org.uk/library/documents/NetworksthatWorkv2.pdf>

This report looks at how different sectors can collaborate to create services and pathways that meet the holistic needs of patients. Case studies detail how networks can support the integration of care and services in different ways, including purchasing services together, providing services together and delivering services together.

FASCICULE

HERNANDEZ-QUEVADO (C.), LLANO (R.),
MOSSIALOS (E.)

Incentivising Integrated Care.

Inciter aux soins intégrés.

Eurohealth : 2013 : vol. 19 : n° 2
Cote Irdes : En ligne

This issue of EuroHealth considers the role of integrated care models (ICMs) in health systems, examining innovative ICMs, payment schemes and financial incentives in case studies of eight countries. An article on Canada looks at this country's weak performance in primary care when compared internationally. The authors maintain that the protected status of Canadian doctors as fee-for-service contractors is not suited to primary care practice.

Hôpital/Hospital

Activité Activity

RAPPORT

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
(A.T.I.H.). Lyon. FRA

L'analyse de l'activité hospitalière 2012.

Paris : ATIH : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000040000BFF>

Le recueil de l'information des établissements de santé, cœur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes. L'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2012 des établissements de santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Les évolutions annuelles des masses financières en jeu sont présentées en distinguant le secteur public et privé à but non lucratif et le secteur privé commercial. Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes de prise en charge, niveau de sévérité... Au vu de ces éléments, les singularités des établissements publics et privés peuvent être décelées. Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Les informations sont présentées sous forme de fiches selon le type d'hospitalisation, les diagnostics, l'âge des patients, la région, etc. Ce rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2012 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR (Résumé de l'éditeur).

Chirurgie ambulatoire Ambulatory surgery

RAPPORT

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

Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : état des lieux et perspectives.

2 volumes : rapport d'orientation ; synthèse et recommandations.

Saint-Denis : HAS : 2013

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/rapport_dorientation_-_tarification_de_la_chirurgie_ambulatoire_en_france_et_a_letranger.pdf

La chirurgie ambulatoire permet au patient de rejoindre son domicile le jour même de son intervention. Alors qu'elle s'est fortement développée dans de nombreux pays européens pour devenir très largement majoritaire, cette pratique ne représente en France qu'environ 40 % du total des interventions chirurgicales. Pour favoriser le développement de cette activité, une tarification identique a été instaurée par les pouvoirs publics à partir de 2009 entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle de niveau de sévérité¹. Initialement destinée à 18 procédures chirurgicales, son champ s'est progressivement étendu jusqu'à s'appliquer à 47 procédures en 2013. La Haute Autorité de santé (HAS) a constaté que la tarification identique avait contribué au développement de la chirurgie ambulatoire, mais que la part attribuable aux incitations tarifaires était difficilement mesurable. Elle a mis par ailleurs en évidence plusieurs limites. La HAS a ensuite réalisé une revue de la littérature des différentes innovations mises en place à l'étranger au niveau tarifaire et organisationnel : tarification forfaitaire à l'épisode de soins (bundled payment) expérimentée aux États-Unis ; tarif à la meilleure pratique (best practice tariff) basé sur le coût de la pratique la plus efficiente en Grande-Bretagne ; recours à des établissements sans hébergement totalement dédiés à la chirurgie ambulatoire (ambulatory surgery centers) et autonomes sur le plan juridique et administratif aux États-Unis. La HAS a identifié onze thématiques et a élaboré 25 recommandations présentées dans des fiches synthétiques ; elle propose les pistes

d'amélioration suivantes : l'accompagnement des mesures tarifaires par d'autres types de mesures incitatives (plan d'investissement, de formation par exemple), dont la cohérence doit être assurée, aussi bien au niveau national que local ; le rétablissement du principe de la neutralité tarifaire au niveau global ; l'amélioration de la lisibilité des incitations tarifaires, tout en précisant les objectifs du régulateur ; la déclinaison du taux national cible de 50% de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2016 en un taux par procédure, tout en favorisant les prises en charge les plus efficaces. La HAS recommande également de s'inspirer des modèles tarifaires du Royaume Uni et des États-Unis, afin de proposer en France une tarification adaptée à l'objectif poursuivi, et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge en chirurgie.

RAPPORT

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

Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire. Guide méthodologique.

Guides méthodologiques

Saint-Denis La Plaine : HAS : 2013

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire-outils-et-guide?xtmc=&xtrc=29

L'objectif de ce travail est de proposer des processus organisationnels opérationnels et des outils associés permettant aux acteurs de terrain de développer la chirurgie ambulatoire.

Financement

Financing

DOCUMENT DE TRAVAIL

BESSTREMYANNAYA (G.)

New Economic School. Center for Economic and Financial Research. (C.E.F.I.R.). Moscou. RUS

Heterogeneous hospital response to a per diem prospective payment system.

Hétérogénéité dans les réponses apportées par les hôpitaux au système de paiement prospectif à la journée.

Moscou : NES - CEFIR : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cefir.ru/papers/WP193.pdf>

The paper provides the empirical support for heterogeneity in hospital response to changeover from the fee-for-service (FFS) system to a per diem prospective payment system (PPS). Using a recent administrative database for the universe of Japanese hospitals, it conducts estimations with dynamic panel data and shows that hospitals with shorter (longer) average length of stay under FFS have longer (shorter) average length of stay under per diem PPS. The planned readmission rate increases under per diem PPS for FFS hospitals with longer average length of stay.

Hôpital privé

Private hospitals

DOCUMENT DE TRAVAIL

ELDRIDGE (D.S.), ONUR (L.), VELAMURI (M.R.)

La Trobe University School of Economics. Melbourne. AUS

The Impact of Private Hospital Insurance on the Utilization of Hospital Care In Australia.

L'impact de la couverture par l'assurance maladie sur le recours aux soins à l'hôpital en Australie.

Melbourne : La Trobe University : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1741682

We use the 2004-2005 wave of the Australian National Health Survey to estimate the impact of private hospital insurance on the propensity for hospitalization as a private patient. We employ instrumental-variable methods to account for the endogeneity of supplementary private hospital insurance purchases. We calculate moral hazard based on a difference-of-means estimator. We decompose the moral hazard estimate into a diversion component that is due to an insurance-induced substitution away from public patient care towards private patient care, and an expansion component that measures a pure insurance-induced increase in the propensity to seek private patient care. We find some evidence of self-selection into insurance but this finding is not robust to alternative specifications. Our results suggest that on average, private hospital insurance causes a sizable and significant increase in the likelihood of hospital admission as a private patient.

However, there is little evidence of moral hazard; the treatment effect of private hospital insurance on private patient care is driven almost entirely by the substitution away from public patient care towards private patient care.

Hospitalisation à domicile

Home based hospitals

RAPPORT

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

Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Un nouveau départ.

Paris : FNEHAD : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://www.fnehad.fr/>

Ce rapport d'activité de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) comporte des données relatives à l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) en France en 2012 (exploitation des données ATIH 2012 – Observatoire de la FNEHAD) ; les chantiers nationaux concernant l'HAD en 2012/2013 ; les services de la fédération et l'action régionale de la FNEHAD.

Investissement

Investment

RAPPORT

ABALLEA (P.), LEGRAND (P.), VANNESTE (A.), et al.
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris.

Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier : rapport définitif : annexes.

Rapport IGAS ; 2013 032
Paris : IGAS: 2013
Cote Irdes : C, B7165/1-2
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000314-evaluation-du-financement-et-du-pilotage-de-l-investissement-hospitalier-tome-i-volume>

Ce rapport est consacré à la maîtrise technique et financière du processus d'investissement hospitalier. Il réalise tout d'abord un bilan de l'investissement de la période 2002-2012. Il examine ensuite, en deu-

xième partie, les conditions du choix de l'investissement et de son équilibre entre la rentabilité micro-économique et la régulation territoriale, puis en troisième partie les choix de financement de l'investissement (autofinancement via les tarifs et une meilleure gestion interne ; aides financières et recours à l'emprunt) dans un contexte contraint. Il aborde en quatrième partie, les conditions de la maîtrise de la conduite de la programmation, de la conception et de la réalisation des travaux et, enfin, en cinquième partie, le pilotage institutionnel de l'investissement.

Performance

Performance

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANGELE-HALGAND (N.), GARROT (T.)
Université de Nantes. Laboratoire d'Economie et de Management. Nantes Atlantique. (L.E.M.N.A.). Nantes. FRA

Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital : une approche par les biens communs.

Nantes : LEMMA : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://hal.archives-ouvertes.fr/view_by_stamp.php?&hal_sid=n13am0q0fl1tjtrv49tn6lvif2&label=LEMNA&langue=fr&action_todo=view&id=hal-00829936&version=1

Dans le champ des valeurs publiques, la santé apparaît un peu particulière. En effet, s'il est admis en France que la santé devrait bénéficier à tous, il se trouve que la valeur de cette dernière est propre à chaque individu. Comme le note Bozeman (2007) les valeurs privées sont simples à exprimer et n'ont pas besoin de légitimation alors que les valeurs publiques requièrent une agrégation fondée notamment sur des droits sociaux communs. Dans ce contexte, la production des services publics s'avère complexe et la création de valeur est difficilement mesurable avec la nécessité d'arbitrages souvent complexes : quand un établissement public cherche à satisfaire une partie des bénéficiaires, il crée bien souvent de l'insatisfaction pour une autre partie des usagers (Kelly J., 2005). Il y a donc au-delà de la recherche de la performance de l'organisation publique, qui consiste à assumer non seulement la définition des besoins auxquels elle doit répondre, mais aussi à mettre en œuvre le couple « valeur-coût » jusque dans les plus fins rouages de son organisation

(Lorino, 1999), à envisager la santé comme un élément dépassant la seule fonction de production des soins et à rechercher la meilleure performance du système de santé. La performance hospitalière est aujourd'hui une question brûlante car les réformes financières et organisationnelles véhiculées par le Nouveau Management Public viennent percuter les valeurs médicales et soignantes au cœur même de l'activité professionnelle. Cet aspect est notamment clairement mis en évidence par Francis Fellingner, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers de l'époque dans son audition par la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du Sénat, le 7 mars 2012 : « La T2A présente l'avantage d'obliger les établissements à examiner leurs coûts de production. Les responsables médicaux, à la différence sans doute des médecins de base, ont appris très vite, trop vite même, puisqu'ils ont parfois adopté des conduites d'opportunité et d'optimisation. Dans les centres hospitaliers, on raisonne désormais en termes médico-économiques, ce qui n'était pas du tout le cas il y a dix ans et rarement il y a cinq ans. Il n'y pas eu d'étude précise sur le sujet, mais une concurrence s'est établie entre pôles ». (Le Menn J. et Milon A. (2012), p.206). La réforme de financement des établissements hospitaliers, dit de la T2A (tarification à l'activité) met au cœur du fonctionnement des services le contrôle de l'efficacité, au sens où les résultats obtenus sont jaugés à l'aune des moyens employés pour les obtenir. Cette démarche est intégrée par les équipes de direction et se diffuse au sein de l'organisation par l'intermédiaire des équipes de pôle, au premier rang desquels se trouvent les « chefs de pôles », les acteurs que Francis Fellingner désigne sous le vocable de « responsables médicaux ». Les pôles issus de la réforme de la « Nouvelle Gouvernance » (NG) conduisent à une restructuration de l'hôpital public sous forme de centres de responsabilité pour lesquels les données produites par la T2A permet un contrôle par les résultats avec tous les attributs techniques connus dans l'entreprise privée et directement transposés aux établissements de santé publics. Le chef de pôle, médecin hospitalier, voit sa responsabilité engagée sur la production d'un résultat comptable dans le centre dont il assume la direction. Chacun des centres étant soumis à la même démarche de comparaison entre pôles, des mises en concurrence tirent le médical vers l'économique remettant en cause du même coup des valeurs fondatrices du service public hospitalier. Commencant par une illustration

approfondie des différents conflits existant entre la performance économique et les valeurs publiques dans les hôpitaux, cette étude propose de reverser complètement le paradigme actuellement porté par la T2A et la NG en exploitant les travaux d'Elinor Ostrom (2010) sur les biens communs et leurs prolongements.

Santé mentale Mental health

REPERTOIRE

ROBILIARD (D.)

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

Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape 2013.

Paris : Assemblée Nationale

Cote Irdes : En ligne

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1085.pdf>

Ce rapport de la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie présente, dans ce rapport d'étape, 17 préconisations qui concernent principalement les soins sans consentement, en particulier au regard des deux dispositions déclarées contraires à la constitution par le Conseil Constitutionnel. Le rapport aborde également de nombreuses autres questions relatives par exemple à l'admission en UMD (unités pour malades difficiles), au suivi des soins, au fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques, à la gestion des urgences, à l'hospitalisation des mineurs.... La mission poursuivra ses travaux par une seconde série d'auditions et par des visites sur le terrain en vue d'un rapport définitif sur l'ensemble du champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

RAPPORT

DE VOORDE (C.), GERKENS (S.), VAN DEN HEED (K.), et al.
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL

A comparative analysis of hospital care payments in five countries.

Analyse comparée des systèmes de financement des hôpitaux dans cinq pays.

KCE Report ;207
Bruxelles : KCE : 2013
Cote Irdes : En ligne
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf

Recently, the hospital payment system, including the remuneration of medical specialists, has been the topic of considerable policy debate in Belgium. The Minister of Social Affairs and Public Health announced 'a roadmap for a prospective hospital payment system, based pathologies, to be presented to the Council of Ministers at the beginning of October 2013. As part of that roadmap, the Strategic Cell of the Minister asked KCE (May 2013) to make a comparative analysis of the prospective case-based hospital payment systems, including the remuneration of medical specialists, in a selection of countries. The focus of this comparative analysis is on the 'lessons learned' from the introduction and reforms of such systems. Special attention will be given to financial incentives to improve quality and to encourage the implementation of integrated care systems. The report addresses three research questions: How are hospitals and medical specialists paid in a selection of countries with a prospective case? What are the intended/unintended consequences of a case prospective hospital payment system? 3. How are incentives for improving quality and for stimulating integrated care systems introduced in hospital payment systems? The ultimate goal of the report is to identify the lessons that can be learned from the hospital payment system and remuneration of medical specialists in the selected countries (Résumé de l'éditeur).

Professions de santé / Health professions

Ophtalmologiste Ophthalmologist

RAPPORT

ARNE (J.L.)

Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

La prise en charge des soins ophtalmologiques en France.

Paris : Académie nationale de médecine : 2013/06

Cote Irdes : En ligne

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/Rapport-Arne-Ophthalmolo3.pdf>

Le groupe de travail dirigé par le Professeur Jean-Louis Arné, de l'Académie Nationale de Médecine, vient de publier les conclusions de son rapport. Il adresse au gouvernement deux recommandations prioritaires : former plus de médecins ophtalmologistes et développer le travail aidé avec les orthoptistes. En préambule, l'Académie de médecine souligne que la mesure de l'acuité visuelle et la prescription de corrections optiques « sont, et doivent demeurer, un acte exclusivement médical, indissociable d'un bilan complet de l'appareil visuel ». Elle salue ensuite le développement des délégations de tâches qui, depuis 2001, ont favorisé « la complémentarité entre l'orthoptie et l'ophtalmologie afin de dégager du temps aux ophtalmologistes ». A l'inverse, elle estime que « la délégation de tâche vers les opticiens lunetiers n'apparaît pas comme une solution satisfaisante ». La demande non satisfaite de soins d'ophtalmologie, les délais de rendez-vous, l'encombrement des services hospitaliers d'ophtalmologie constituent également des récriminations courantes. Elles sont la résultante de l'inadéquation entre les besoins de soins et les possibilités offertes par les ophtalmologistes. L'ophtalmologie connaît les plus importants délais d'attente en consultation (estimés en moyenne à 3 mois sur le territoire national, mais pouvant atteindre jusqu'à 12 mois dans certaines zones, même urbaines).

Pharmacien Pharmacist

RAPPORT

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

Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2013.

Paris : Cnop : 2013

Cote Irdes : S46/1

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2013>

Ce document publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1er janvier 2013. Pour la première fois depuis 2009, le nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre national des pharmaciens connaît une augmentation significative. La hausse de 2012 est le résultat de deux phénomènes : D'une part, la croissance des jeunes confrères diplômés due à l'augmentation du numerus clausus engagé depuis 2004. Même s'il faut nuancer cet effet en déplorant que les jeunes diplômés en pharmacie demeurent trop nombreux à choisir une autre activité que l'exercice effectif de leur profession. Le niveau record de 2011 avec 26 % de diplômés depuis moins de trois ans qui ne s'inscrivent pas à l'Ordre ne s'aggrave certes pas en 2012 mais se stabilise à un niveau élevé (25 %) est inquiétant. D'autre part, le retardement sensible des départs à la retraite auquel la crise économique actuelle contraint nombre de confrères. Le vieillissement de la profession n'est donc pas enrayé et l'âge moyen des pharmaciens continue d'augmenter notamment dans les effectifs les plus nombreux à l'officine et en biologie médicale. Comme l'année dernière, 21 fascicules régionaux sont disponibles sur le site Internet de l'Ordre pour rendre compte dans le détail de la diversité des évolutions démographiques dans les grands territoires de santé.

Planification
Planning

DOCUMENT DE TRAVAIL

ONO (T.), LAFORTUNE (G.), SCHOENSTEIN (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. INT

***Health Workforce Planning in OECD
Countries. A review of 26 projections
Models from 18 Countries.***

*La planification de la main-d'œuvre dans le
domaine de la santé. Une revue de 26 modèles de
projections existant dans les pays de l'OCDE.*

Paris : OCDE : 2013

Cote Irdes : En ligne

<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

La planification de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé vise à atteindre un juste équilibre entre l'offre et la demande pour les différentes catégories de professionnels de santé, à court et à long terme. La planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé s'avère particulièrement importante compte tenu du temps et des coûts investis dans la formation de nouveaux médecins et autres professionnels. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, une planification appropriée du personnel de santé est nécessaire non seulement pour guider les décisions en matière d'admission aux études de formation médicale et infirmière, mais aussi pour évaluer l'impact d'éventuelles réorganisations dans la prestation des services de santé afin de mieux répondre aux nouveaux besoins. Ce document passe en revue les principales caractéristiques et les résultats de 26 modèles de projection de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé dans 18 pays de l'OCDE. Il se concentre principalement sur des modèles s'intéressant aux médecins, mais comprend également certains modèles pour les infirmiers (Extrait du résumé d'auteur).

Médicaments / Pharmaceuticals

Antibiotiques Antibiotics

RAPPORT

Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé. (A.N.S.M.). Saint-Denis. FRA

Evolution des consommations d'antibiotiques en France.

St Denis : ANSM : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c0f2214612db70f038b235423908adf5.pdf

Depuis plus de dix ans, tant au niveau français qu'europpéen, de nombreuses actions ont été entreprises pour lutter contre le développement des résistances aux antibiotiques. En France, sous l'égide du ministère des Affaires sociales et de la Santé, un troisième plan pluriannuel a été mis en place pour la période 2011-2016. Dans un contexte qui se caractérise par le développement des situations d'impasse thérapeutique, ce nouveau plan vise à une juste utilisation des antibiotiques, en s'articulant autour de trois axes stratégiques : 1. améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients ; 2. préserver l'efficacité des antibiotiques ; 3. promouvoir la recherche. Cet objectif est d'autant plus prioritaire que la consommation d'antibiotiques en France est élevée : elle se situe à un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne. Pour évaluer les résultats déjà obtenus, et mieux définir des axes de progrès, une connaissance précise des caractéristiques de la consommation d'antibiotiques et de son évolution est donc indispensable. Elle s'inscrit, de surcroît, dans les préoccupations du nouveau Plan Antibiotiques qui fixe désormais un objectif chiffré en matière de réduction des consommations : - 25 % d'ici 2016. Aussi, depuis deux ans, l'ANSM a-t-elle entrepris de réunir et de publier chaque année, sous une forme synthétique, les principales données dont elle dispose. Ce nouveau rapport présente également les principaux enseignements que l'on peut dégager des premiers chiffres de l'année 2012. Ces données proviennent de deux sources. Les déclarations de ventes dont dispose l'ANSM ont, bien entendu, été utilisées. Elles ont permis, en raison de leur caractère exhaustif, de mesurer la totalité de la consommation

française. Des données complémentaires, portant sur la consommation en ville, traitées par l'ANSM mais résultant d'une collaboration avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ont également été utilisées. Elles permettent de connaître et d'analyser de façon plus détaillée les caractéristiques de la consommation de la population affiliée au régime général.

Antidiabétiques Antidiabetics

FASCICULE

PICHETTI (S.), SERMET (C.), VAN DER ERF (S.)

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

La diffusion des nouveaux antidiabétiques : une comparaison internationale.

Questions d'Economie de la Santé : 2013; n°187

Cote Irdes : QES 187

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes187.pdf>

La régulation de l'entrée de l'innovation pharmaceutique représente un enjeu d'importance en France, où la structure de consommation se distingue par la large place laissée aux médicaments les plus récents qui sont aussi souvent les plus chers. Les antidiabétiques qui représentent à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu financier pour l'Assurance maladie n'échappent pas à cette règle. En effet l'analyse des données de consommation de cette classe montre encore la propension de la France à utiliser les molécules les plus récentes et onéreuses : en 2011, les gliptines représentaient 8,2 % des antidiabétiques oraux consommés en France contre 6,2 % en Allemagne, 5,8 % au Royaume-Uni et seulement 4 % en Australie. Du point de vue des processus d'introduction et de diffusion de l'innovation, cette étude met en évidence une ligne de partage entre les pays qui pratiquent systématiquement l'évaluation économique comme l'Australie et le Royaume-Uni, et l'Allemagne qui l'utilise de façon plus occasionnelle ou la France depuis peu. Ces évaluations économiques peuvent impacter les conditions de prise en charge des médicaments à

l'image du remboursement conditionnel des glip-tines en Australie. Elles influencent également les recommandations à destination des professionnels de santé. Les recommandations professionnelles en Australie et au Royaume-Uni et les toutes nouvelles recommandations françaises hiérarchisent ainsi les traitements contre le diabète selon leur efficience.

Biosimilaires Biosimilars

RAPPORT

Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé. (A.N.S.M.). Saint-Denis. FRA

Les médicaments biosimilaires. Un état des lieux.

St Denis : ANSM : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://ansm.sante.fr/content/download/53857/694269/version/1/file/Rapport_Biosimilaires_26092013.pdf

Ce rapport sur les médicaments biosimilaires partage les données disponibles sur ces médicaments innovants dont elle assure un suivi attentif. Un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique (produit à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivé de ceux-ci) de référence qui a déjà été autorisé en Europe et dont le brevet est tombé dans le domaine public. Il illustre l'évolution rapide du marché des médicaments biosimilaires en France. Il propose un point sur les aspects réglementaires de l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) qui est délivrée au niveau européen dans le cadre de la procédure centralisée. Le rapport aborde également la question du bon usage des médicaments biosimilaires dont les indications peuvent être moindres que celles du médicament de référence et dont le suivi des effets indésirables doit être spécifique à chaque produit, compte tenu notamment de leur apparition récente sur le marché. Le rapport dresse encore un état du marché des produits biosimilaires (60 millions d'euros en 2012) dont les ventes ont été multipliées par onze entre 2008 et 2012. Ces produits sont 20 à 30 % moins chers que les produits de référence, mais ils représentent à l'heure actuelle moins de 10 % des prescriptions. L'arrivée prochaine de nouveaux produits biosimilaires devrait provoquer une augmentation du marché des biosimilaires et une baisse du prix des produits biologiques de référence.

Industrie pharmaceutique Pharmaceutical industry

RAPPORT

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

The pharmaceutical industry in figures 2013.

L'industrie pharmaceutique en chiffres 2013.

Bruxelles : EFPIA : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.efpia.eu/uploads/Figures_Key_Data_2013.pdf

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

RAPPORT

DURAFFOURG (M.), VANACKERE (S.), BAULINET (C.)

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

La fiscalité spécifique applicable aux produits de santé et à l'industrie qui les fabrique.

Rapport IGAS ; 2012 132

Paris : La Documentation française : 2012

Cote Irdes : C, B7163

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000194/index.shtml>

Le présent rapport fait suite à la 5ème réunion du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), tenue le 25 janvier 2012. Au cours de cette rencontre, le CSIS a adopté un certain nombre de mesures, dont la mesure n° 7 qui prévoyait la réalisation d'un « audit de l'environnement fiscal des entreprises des produits de santé en France et en Europe ». Par un courrier du 4 avril 2012, les ministres de l'économie, des finances et de l'industrie ; du travail, de l'emploi et de la santé ; du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, ont chargé conjointement l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) d'une mission relative à la fiscalité des produits de santé et à l'industrie qui les fabrique. La mission était plus particulièrement chargée de réaliser un état des lieux

de la fiscalité spécifique applicable sur le territoire français, de procéder à des comparaisons avec la situation d'autres pays européens, et enfin d'identifier des pistes d'amélioration de la fiscalité ainsi que les moyens de leur mise en œuvre. A cet égard, les propositions d'évolution devaient être guidées par l'objectif d'une plus grande efficacité d'ensemble du dispositif de taxation, à rendements constants pour la puissance publique.

Innovation Innovation

DOCUMENT DE TRAVAIL

BUDISH (E.), ROIN (B.N.), WILLIAMS (H.)
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Do fixed patent terms distort innovation? Evidence from cancer clinical trials.

Les délais fixes en matière de brevets altèrent-ils l'innovation ? Données provenant d'essais cliniques en cancérologie.

Cambridge : NBER : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nber.org/papers/w19430>

Patents award innovators a fixed period of market exclusivity, e.g., 20 years in the United States. Yet, since in many industries firms file patents at the time of discovery ("invention") rather than first sale ("commercialization"), effective patent terms vary: inventions that commercialize at the time of invention receive a full patent term, whereas inventions that have a long time lag between invention and commercialization receive substantially reduced - or in extreme cases, zero - effective patent terms. We present a simple model formalizing how this variation may distort research and development (R&D). We then explore this distortion empirically in the context of cancer R&D, where clinical trials are shorter - and hence, effective patent terms longer - for drugs targeting late-stage cancer patients, relative to drugs targeting early-stage cancer patients or cancer prevention. Using a newly constructed data set on cancer clinical trial investments, we provide several sources of evidence consistent with fixed patent terms distorting cancer R&D. Back-of-the-envelope calculations suggest that the number of life-years at stake is large. We discuss three specific policy levers

that could eliminate this distortion - patent design, targeted R&D subsidies, and surrogate (non-mortality) clinical trial endpoints - and provide empirical evidence that surrogate endpoints can be effective in practice.

RAPPORT

MATTISON, (N.)
Office of Health Economics. (O.H.E.). Londres. GBR

The Challenges and Economics of Drug Development in 2022. Proceedings of the Office of Health Economics 50th Anniversary Conference.

Les défis et l'économie du développement des médicaments en 2022. Actes de la conférence pour le cinquantenaire de l'Office of Health Economics.

Londres : OHE : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ohe.org/publications/article/the-challenges-and-economics-of-drug-development-in-2022-132.cfm>

The conference reported in this publication was held in October 2012 to celebrate the 50th anniversary of the Office of Health Economics (OHE). In keeping with the spirit of this organisation's long history, the conference's intent was to identify, explore and suggest direction to meet emerging challenges and take advantage of opportunities in the health care environment. As with past OHE anniversary publications, the focus was on identifying the scientific, organisational and economic challenges in the development of new and improved therapies. The implications of these changes for health care systems were an important part of the discussion, ranging from the potential effects on the structure of costs within health care systems to changes in the roles of the public and private sectors that can increase the likelihood of achieving unprecedented advances in therapy for some of the most burdensome diseases.

Marché du médicament Drug Market

DOCUMENT DE TRAVAIL

LYBECKER (K.M.)

Fraser Institute. Vancouver. CAN

The Bulk Purchase of Pharmaceuticals: The Experiences of the United States, Europe, and New Zealand.

*La commande en vrac des médicaments : les
expériences des Etats-Unis, de l'Europe et de la
Nouvelle-Zélande.*

Vancouver : Fraser Institute : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2317532

Pharmaceutical costs are escalating at a rate that outpaces inflation, forcing government providers to balance consumer needs against budgetary realities. Several strategies for better managing drug expenditures are attracting significant attention, including bulk purchase agreements. These agreements seek to reduce per unit costs by increasing the volume of product purchased. In pharmaceutical markets this is done by combining multiple purchasing entities, such as employers, states, provinces or municipalities, and the drugs they buy to secure lower prices for their medicines. However, because bulk purchase agreements are always employed in combination with multiple other cost-saving strategies, it is virtually impossible to tease out the singular impact or cost savings accruing to the bulk purchase agreement alone. This study gathers ample anecdotal evidence to establish that these agreements consistently generate cost savings, ranging from modest to quite impressive. But while bulk purchasing agreements are beneficial to coverage and for taxpayers, they may not be good for patients' health. Bulk purchase agreements may result in a situation in which the insured receive optimal brands in some areas, but less optimal brands in others. Frequent renegotiation (annually in some cases) can lead to abrupt changes in treatment for insured patients, leading to patient dissatisfaction and a potential for adverse outcomes, including lack of adherence, which in turn can lead to a requirement for more expensive treatment options, such as hospital admission. Another potential problem with bulk purchasing agreements may be a reduction in competition, leading to drug monopolies or limited numbers of drug suppliers. At

the extreme, this reduction in competition may lead to drug shortages, which would harm patients. Bulk purchasing agreements also have the potential to limit access to other medications that are not included in the agreements. As a result, prescription costs may shift to patients if the necessary medications are not part of such agreements, thereby requiring higher co-payments, or forcing patients to cover the entire cost of these drugs — or even go without. Finally, there can be an impact on innovation. Price pressure on the innovative pharmaceutical industry will reduce the incentives for pharmaceutical research and development, stifling innovation and reducing the number of breakthrough therapies in the pipeline.

RAPPORT

Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des
Produits de Santé. (A.N.S.M.). Saint-Denis. FRA

Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France en 2012.

St Denis : ANSM : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/20b465641b95468471d154b6006eb489.pdf

L'édition 2012 du rapport d'analyse des ventes de médicaments en France met en évidence une contraction du marché pharmaceutique en valeur (- 1,5 %) suivant un ralentissement progressif au cours de ces dernières années. Ce recul s'explique principalement par les baisses de prix appliquées en 2012 et par le développement du marché des génériques. En 2012, un médicament sur 4 acheté était un médicament générique, *versus* 1 sur 5 l'année précédente.

Médicaments génériques Generic drugs

RAPPORT

DAUDIGNY (Y.)

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

Les médicaments génériques : des médicaments comme les autres. Rapport d'information.

Paris : Sénat : 2013

Cote Irdes : En ligne
<http://www.senat.fr/rap/r12-864/r12-8641.pdf>

Les médicaments génériques font l'objet, en France, de polémiques récurrentes, d'amalgames ou de faux débats qui sont inconnus à l'étranger. Qu'est-ce qu'un médicament générique ? Pourquoi les Français sont-ils méfiants ? Comment expliquer un développement qui reste nettement inférieur en France ? Pour répondre à ces interrogations, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat a organisé, le 19 juin 2013, deux tables rondes réunissant de nombreux acteurs concernés : la première pour répondre effectivement à la question lancinante de l'équivalence entre le médicament d'origine et ses génériques ; la seconde pour évaluer la politique publique poursuivie depuis quelques années en la matière. Le présent rapport retrace ces débats et présente des propositions à même de restaurer la confiance des Français dans les médicaments génériques qui constituent bien, comme l'ont montré les interventions de la première table ronde, des médicaments comme les autres.

Politique du médicament Drug policy

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

Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France.

Paris : Ministère chargé de la santé : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf

Ce rapport décrit l'exception française en matière de surconsommation médicamenteuse et d'absence de suivi du mésusage du médicament. Il constitue la synthèse du travail mené dans le cadre d'une mission sur la « pharmacosurveillance » confiée par Marisol Touraine le 26 février 2013. Les constats sont sévères. Par une carence surprenante au vu de l'enjeu, aucune étude ou programme n'a depuis plus de 20 ans permis d'estimer la proportion ou le nombre des prescriptions non conformes et l'ampleur de leurs conséquences néfastes, tant au plan clinique, sanitaire et économique. Ce qui n'empêche

pas la Mission d'avancer que la France est l'un des pays développés dans lequel les prescriptions non conformes (qu'il s'agisse des recommandations des AMM - autorisations de mise sur le marché - ou des données actualisées de la science) semblent les plus fréquentes, si ce n'est banalisées. Les conséquences de cette situation sont considérables, avec des surcoûts induits qui se chiffrent en milliards d'euros par an et se cumulent depuis de nombreuses années. Parmi les recommandations, les auteurs du rapport préconisent, dans un premier temps, d'agir sur deux leviers qui constituent des préalables essentiels : la création, indispensable, d'une structure organisant et facilitant l'accès, pour les autorités sanitaires et les chercheurs (dont le rôle d'appui méthodologique et de lanceurs d'alerte est essentiel), aux différentes sources de données en santé pertinentes en ce domaine, et une meilleure formation et information des professionnels de santé et du grand public, bien mal préparés en France aux principes de base de la bonne prescription et du bon usage des produits de santé.

RAPPORT
RUGGERI (K.), NOLTE (E.)
The Rand Corporation. Santa Monica CA. USA

Pharmaceutical pricing. The use of external reference pricing.

Fixation des prix des médicaments. Utilisation du prix de référence externe.

Santa Monica : Rand corporation : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR200/RR240/RAND_RR240.pdf

External reference pricing, or international price comparison, is a common strategy to control prices of pharmaceuticals that are protected by intellectual property rights and benefit from a legal monopoly (in-patent drugs). In the UK negotiations are under way that seek to define new arrangements for the pricing of branded (new) medicines from 2014. The pharmaceutical market in the UK only accounts for a small proportion of global sales; however, UK prices are important as many countries reference their prices against those in the UK. This report seeks to contribute to our understanding of approaches to pharmaceutical pricing in high-income countries and the role of reference pricing as a means to determining pharmaceutical prices. Reviewing experiences in Canada, France, Germany, Italy, the

Netherlands and Spain, we find high variability of external reference pricing across different settings and of the relative importance of this approach in comparison with other pricing strategies. There was also considerable variation in the terminology and practices used, and understanding the complexities of countries included in reference baskets for external pricing requires considerable semantic clarification. There was considerable overlap between countries that cross-reference, and it remains challenging to estimate the direct, immediate impact on external reference baskets. This review suggests that the international impact of pricing changes in the UK is likely to be minimal or indirect, largely because of the diverse ways in which reference pricing is implemented in the countries examined.

RAPPORT

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

Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2012.

Paris : Comité Economique des Produits de Santé : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RA_2012_Final.pdf

Le présent rapport décrit les principales activités du Comité au cours de l'année 2012. La première partie est consacrée à la description du marché (chapitre I) et à l'évolution des dépenses de produits de santé (chapitre II). La deuxième partie traite des mesures de régulation des dépenses de produits de santé et des sanctions. Le chapitre I porte sur l'activité de fixation des prix et des tarifs des produits de santé ainsi que des clauses afférentes. Le chapitre II traite des baisses tarifaires et des modifications des conditions de remboursement. Le chapitre III présente les sanctions des interdictions de publicité. La troisième partie porte sur les statistiques d'activité du comité, les dossiers traités dans le chapitre I et les délais de traitement de ces dossiers dans le chapitre II. Les décisions du CEPS sont prises de manière collégiale, en conformité avec les orientations qu'il reçoit publiquement des ministres. La lettre d'orientations du 2 avril 2013 est jointe en annexe 6 du présent rapport ; il sera rendu compte de sa mise en œuvre dans les prochains rapports d'activité du Comité. Les prix ou les tarifs des produits de santé sont fixés de préférence par la voie de conventions conclues avec les entreprises commercialisant les produits ou, pour certains dispositifs médicaux, avec les organisations

professionnelles représentatives de ces entreprises. L'accord-cadre du 5 décembre 2012 (cf. annexe 1) renouvelle partiellement les principes et méthodes de conclusion des conventions et de leurs avenants, dans le secteur du médicament. Les décisions du Comité sont soumises au contrôle du juge administratif. La doctrine complète de fonctionnement du Comité est exposée en annexes 3 et 4 du présent rapport. Les principales clauses pouvant accompagner la fixation conventionnelle des prix sont également présentées en annexe 8. Le Comité a produit en 2012 plus de 2 600 décisions de fixation prix, correspondant à 1 600 inscriptions, 900 réinscriptions, 180 extensions d'indications de médicaments, mettant ainsi en œuvre sa mission essentielle garantissant aux patients l'accès aux produits. De la même manière le Comité a pris 160 décisions de fixation des prix de dispositifs médicaux. Soucieux d'exposer les principes et résultats de son fonctionnement, le Comité publie pour la première fois la liste des produits auxquels la Commission de transparence n'a pas accordé d'amélioration de service médical rendu, comportant les prix accordés (cf. annexe 11). Les efforts de baisses des prix ont été quasiment doublés en 2012 par rapport aux années précédentes, atteignant plus de 900 millions d'euros pour le secteur du médicament, soit presque 40 % des économies programmées pour respecter l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie. Les changements de prix occasionnés – au nombre de 3 400 – ont considérablement alourdi le fonctionnement du Comité, à moyens constants. Enfin, pour la première fois, le présent rapport apporte une contribution à la comparaison internationale des niveaux des prix des médicaments (cf. annexe 9). Cette approche sera autant que possible affinée dans les prochains rapports. De même, l'évolution nationale des prix, suivie par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) sera désormais présentée (cf. annexe 10).

Prescription

Prescription

DOCUMENT DE TRAVAIL

KAISER (B.), SCHMID (C.)

Universität Bern. Faculty of Business, Economics and Social Sciences. Department of Economics. Berne. CHE

Does Physician Dispensing Increase Drug Expenditures?

La dispensation des médicaments par les médecins augmente-t-elle les dépenses pharmaceutiques ?

Berne : Bern Universität : 2013

<http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1303.pdf>

This study analyzes whether the possibility for physicians to dispense drugs increases health care expenditures due to the incentives created by the markup on drugs sold. Using comprehensive physician-level data from Switzerland, it exploits the fact that there is regional variation in the dispensing regime to estimate policy effects. The empirical strategy consists of doubly-robust estimation which combines inverse-probability weighting with regression. Our main finding suggests that if dispensing is permitted, physicians produce significantly higher drug costs in the order of 30% per patient.

Psychotropes

Psychoactive drugs

RAPPORT

BERCHOT (F.), POLLET (C.)

Réseau PIC. Paris. FRA, Psycom 75. Paris. FRA

Les médicaments psychotropes : psychiatrie et santé mentale. Guide d'information.

Paris : Psycom 75 : 2013/06

Cote Irdes : En ligne

<http://www.psycom75.org/Espace-Presse/Actualites-du-Psycom/Documentation-Psycom-Mise-a-jour-du-guide-des-medicaments-psychotropes>

Le Psycom propose une nouvelle version de son guide « Les médicaments psychotropes. Psychiatrie et Santé mentale », mise à jour en partenariat avec le Réseau PIC de pharmaciens hospitaliers. Les médicaments psychotropes sont une des réponses

thérapeutiques aux maladies psychiques, en complément d'autres moyens thérapeutiques comme les psychothérapies et l'accompagnement social. Ce guide propose des explications simples et fiables sur les grandes familles de médicaments, les recommandations d'usage et de surveillance, les précautions à observer, la dépendance et le sevrage. Il est complété d'un glossaire et d'une table d'équivalence nom commercial = DCI.

Régulation

Regulation

RAPPORT

LABRIE (Y.)

Institut Economique de Montréal. (I.E.M.). Montréal. CAN

Mauvaise prescription : Les effets pervers des politiques de maîtrise des dépenses pharmaceutiques au Canada.

Les Cahiers de la Recherche ; 613

Montréal : IEM : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.iedm.org/files/cahier0613_fr.pdf

Cette étude canadienne démontre que l'obsession pour la réduction des dépenses publiques en médicaments, qui se manifeste par l'abaissement continu des prix plafonds, par des stratégies d'achats groupés ou par des restrictions de remboursement, entraîne de nombreux effets pervers, notamment sur la santé des Canadiens.

Technologies médicales / Medical technologies

Smartphone Smartphone

RAPPORT

Pricewaterhousecoopers. Neuilly-sur-Seine. FRA

Socio-economic impact of mHealth. An assessment report for the European Union.

Impact socio-économique de la santé. Un rapport d'évaluation pour l'Union européenne.

Neuilly-sur Seine : Pricewaterhousecoopers : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.pwc.fr/assets/files/pdf/2013/09/pwc_etude_socio_economic_impac_of_mhealth_the_european_union.pdf

Selon cette étude prospective, le déploiement de la technologie mobile dans le domaine de la santé, ou m-Santé, permettrait d'augmenter le PIB de l'Union européenne de 93 milliards d'euros en 2017 grâce à l'amélioration de l'état de santé qui réduirait la perte de jours de travail et les retraites anticipées. Les économies réalisées faciliteraient l'accès aux soins de 24,5 millions patients supplémentaires. Une généralisation de l'utilisation des solutions mobiles contribuerait à une gestion optimisée des maladies chroniques et des conséquences liées au vieillissement de la population, deux des priorités de l'Union européenne. Selon PwC, l'atteinte de ces effets positifs suppose néanmoins l'intégration rapide de la m-Santé dans la stratégie de santé publique de l'Union européenne. Pour ce faire, les états membres doivent lever de nombreux freins d'ordre réglementaire, économique, structurel et technologique, qui limitent actuellement son développement.

Systèmes de santé étrangers / Foreign health systems

Danemark Denmark

RAPPORT

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

OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards.

*Examens de la qualité des soins de santé par
l'OCDE: Danemark 2013 : relever les normes
d'exigences.*

Paris : OCDE : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-denmark-2013_9789264191136-en

This review of health care quality in Denmark examines policies related to quality and includes chapters covering primary and integrated care, hospital specialisation and equity. It finds that with a dense array of disease- and service-focused quality initiatives, and with information on the quality of care stored in separate data repositories, Denmark needs to create effective links and synergies between them to drive up quality in the healthcare system as a whole, rather than in disconnected elements. Primary care will be central in meeting Denmark's future healthcare challenges of an ageing population with multiple chronic conditions. Therefore, an urgent need is to create a national vision of how a modernised primary care sector will fulfill this new coordination role. National standards, clinical guidelines, accreditation of clinical pathways and targeted financial incentive programmes could support this role, along with more transparent and formalised continual professional development. To facilitate quality improvement from the ambitious hospital rationalisation, Denmark should collect and disseminate data on the quality of individual physicians as well as the hospitals. Undergraduate training and medical research should be reviewed in light of the new service arrangements. Close surveillance will be needed to monitor whether certain patient groups forego healthcare because travel times to providers are too long. Limited data availability complicate Denmark's ability to monitor its commitment to equitable

healthcare. There is an urgent need for renewed action to tackle risk factors of chronic ill-health that disproportionately affect low-income groups. Better information on the impact of user-charges on unmet need in low-income groups is needed.

Etats-Unis United States

DOCUMENT DE TRAVAIL

MULLIGAN (C.B.)

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

Is the Affordable Act different from Romney Care ? A labor economic perspective.

*La loi sur les soins de santé abordables est-elle
différente de la loi Romney sur la santé ? Une
perspective en économie de la santé.*

Cambridge : NBER - 2013/08

Cote Irdes : En ligne

<http://papers.nber.org/papers/w19366>

Measured in percentage points, the Affordable Care Act will, by 2015, add about twelve times more to average marginal labor income tax rates nationwide than the Massachusetts health reform added to average rates in Massachusetts following its 2006 statewide health reform. The rate impacts are different between the two laws for several reasons, especially that: the populations subject to the two laws are different, the Affordable Care Act's employer penalty is an order of magnitude greater, before either reform Massachusetts had already been offering more means-tested and employment-tested health insurance assistance than other states had, and the subsidized health insurance plans created by the Massachusetts reform were less substitutable for employer-provided insurance than are the subsidized plans to be created nationwide next year.

DOCUMENT DE TRAVAIL

KUZIEMKO (I.), MECKEL (K.), ROSSIN-SLATER (M.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Do Insurers Risk-Select Against Each Other? Evidence from Medicaid and Implications for Health Reform.

Les assureurs montent-ils les assurés les uns contre les autres en fonction de leur risque maladie ? Evidence à partir du Medicaid et implications pour la réforme de santé.

Cambridge : NBER : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://papers.nber.org/papers/W19198>

Increasingly in U.S. public insurance programs, the state finances and regulates competing, capitated private health plans but does not itself directly insure beneficiaries through a public fee-for-service (FFS) plan. We develop a simple model of risk-selection in such settings. Capitation incentivizes insurers to retain low-cost clients and thus improve their care relative to high-cost clients, who they prefer would switch to a competitor. We test this prediction using county transitions from FFS Medicaid to capitated Medicaid managed care (MMC) for pregnant women and infants. We first document the large health disparities and corresponding cost differences between blacks and Hispanics (who make up the large majority of Medicaid enrollees in our data), with black births costing nearly double that of Hispanics. Consistent with the model, black-Hispanic infant health disparities widen under MMC (e.g., the black-Hispanic mortality gap grows by 42 percent) and black mothers' pre-natal care worsens relative to that of Hispanics. Remarkably, black birth rates fall (and abortions rise) significantly after MMC--consistent with mothers reacting to poor care by reducing fertility or plans discouraging births from high-cost groups. Implications for the ACA exchanges are discussed.

DOCUMENT DE TRAVAIL

CHANDRA (A.), FINKELSTEIN (A.), SYVERSON (C.)
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).
Cambridge CA. USA

Healthcare Exceptionalism? Productivity and Allocation in the U.S. Healthcare Sector.

L'exception santé : productivité et allocation dans le système de santé américain.

Cambridge : NBER : 2013

Cote Irdes : En ligne
<http://papers.nber.org/papers/W19200>

The conventional wisdom in health economics is that large differences in average productivity across hospitals are the result of idiosyncratic, institutional features of the healthcare sector which dull the role of market forces. Strikingly, however, we find that productivity dispersion in heart attack treatment across hospitals is, if anything, smaller than in narrowly defined manufacturing industries such as ready-mixed concrete. While this fact admits multiple interpretations, we also find evidence against the conventional wisdom that the healthcare sector does not operate like an industry subject to standard market forces. In particular, we find that hospitals that are more productive at treating heart attacks have higher market shares at a point in time and are more likely to expand over time. For example, a 10 percent increase in hospital productivity today is associated with about 4 percent more patients in 5 years. Taken together, these facts suggest that the healthcare sector may have more in common with "traditional" sectors than is often assumed.

RAPPORT

EIBNER (C.)
The Rand Corporation. Labor & Population. Santa Monica CA. USA

The Affordable Care Act and Health Insurance Markets: Simulating the Effects of Regulation.

La Loi sur les soins abordables et les marchés d'Assurance Maladie: simulation des effets de la régulation.

Santa Monica: The Rand Corporation : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR100/RR189/RAND_RR189.pdf

The Affordable Care Act changes the rating regulations governing the nongroup and small group markets while simultaneously encouraging enrollment through a combination of subsidies, tax credits, and tax penalties. In this report, the authors estimate the effects of the Affordable Care Act on health insurance enrollment and premiums for ten states (Florida, Kansas, Louisiana, Minnesota, New Mexico, North Dakota, Ohio, Pennsylvania, South Carolina, and Texas) and for the nation overall, with a focus on outcomes in the nongroup and small

group markets. The authors also consider the implications of two decisions confronting states: whether to expand their Medicaid programs to cover all adults with incomes below 138 percent of the federal poverty level and whether to merge or combine their small group and nongroup risk pools. The authors conclude that the Affordable Care Act will lead to an increase in insurance coverage and higher enrollment in the nongroup market. However, data limitations and uncertainties about insurer behavior make estimates uncertain, particularly when considering outcomes for the nongroup market. They find that the law has little effect on small group premiums and find large variation in the effects for nongroup premiums across states. The analysis suggests that comparisons of average premiums with and without the Affordable Care Act may overstate the potential for premium increases.

OUVRAGE

SALTMAN (R.B.) / éd., VAN GINNEKEN (E.), RICE (T.), ROSENAU (P.), UNRUH (L.Y.), BARNES (A.J.)
Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. EUR, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR

Health system review : United States of America.

Revue du système de santé : Etats-Unis d'Amérique.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf

The Health system profiles (HiTs) are country-based reports that provide a detailed description of health systems and of policy initiatives in progress or under development. HiTs examine different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the main actors in health systems. They also describe the institutional framework, process, content, and implementation of health and health care policies, highlighting challenges and areas that require more in-depth analysis. Sections include: Geography and sociodemography; Political and economic context; Health status; Organizational structure; Decentralization and centralization; Patient empowerment; Health care financing; Health expenditure; Population coverage; Pooling; Purchasing; Payment mechanisms; Regulation and planning; Physical and hu-

man resources; Provision of services; Public health; Primary care; Hospital care; Emergency care; Social care; Palliative care; Mental health care; Dental care; Pharmaceuticals; Health care reforms; Assessment of the health system.

OUVRAGE

MACKENBACH (J.P.) / éd., MCKEE (M.) / éd.
European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Successes and failures of Health Policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges.

Succès et échecs de la politique de santé en Europe : quatre décennies de tendances divergentes et de challenges convergents.

Maidenhead : Open University Press : 2013
Cote Irdes : A4477

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/news/news/2013/04/just-published-successes-and-failures-of-health-policy-in-europe-four-decades-of-divergent-trends-and-converging-challenges>

In the last 40 years, the health of Europeans overall has improved markedly, yet progress has been very uneven from country to country. This new study draws on decades of research to examine the impact health policy has had on population health in Europe. It asks key and incisive questions about mortality trends and health policy activity and seeks to evaluate the most effective policy for the kinds of challenges Europe has faced (4e de couverture).

Europe Europe

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau régional de l'Europe. Copenhague. DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR

Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region.

Les systèmes de santé en temps de crise économique globale : une mise à jour de la situation dans la région Europe de l'OMS.

Copenhague: OMS - Bureau régional de l'Europe : 2013
Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis.-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

In April 2009, the Government of Norway hosted a WHO high-level meeting on "Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region". Since then, the crisis has deepened across the Region, with a damaging impact on the public finances of many Member States. Given the fast-moving economic and political environment, the WHO Regional Office for Europe decided to convene a follow-up meeting, held in Oslo on 17–18 April 2013. The objectives of the meeting were: to review the impact of the ongoing economic crisis on health and health systems in the WHO European Region; to draw policy lessons around three broad themes: maintaining and reinforcing equity, solidarity and universal coverage; coping mechanisms, with a focus on improving efficiency; improving health system preparedness and resilience; to identify policy recommendations for consideration by Member States and possible future political commitments.

FASCICULE

MARESSO (A.), WISMAR (M.), GREER (S.), et al.

Building resilient and innovative health systems.

Bâtir des systèmes de santé résilients et innovants.

Eurohealth: 2013 : vol. 19 : n° 3

Cote Irdes : En ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/216843/Eurohealth_v19-n3.pdf

This special issue of Eurohealth coincides with the 2013 European Health Forum Gastein (EHFG) that takes place on 2-4 October. The main theme is 'Building resilient and innovative health systems' and articles cover the various topics that will be discussed in the parallel forums at the Conference, ranging from an interview with major stakeholders on what makes health systems resilient and innovative to advancing public health, mhealth solutions, investing in health and much more

Pays scandinaves
Nordic countries

RAPPORT

MEAGHER (G.)
Stockholm University. Department of Social Work.
Stockholm. SWE

Marketisation in Nordic eldercare : a research report on legislation, oversight, extent and consequences.

Rapport de recherche sur la législation, l'étendue, le contrôle et les conséquences de l'orientation vers le marché des soins aux personnes âgées dans les pays nordiques.

Stockholm : Stockholm University : 2013

Cote Irdes : En ligne
<http://www.normacare.net/wp-content/uploads/2013/09/Marketisation-in-nordic-eldercare-webbversion-med-omslag1.pdf>

The Nordic countries share a tradition of universal, tax-financed eldercare services, centred on public provision. Yet Nordic eldercare has not escaped the influence of the global wave of marketisation in recent years. Market-inspired measures, such as competitive tendering and user choice models, have been introduced in all Nordic countries, and in some countries, there has been an increase of private, for-profit provision of care services. This report is the first effort to comprehensively document the process of marketisation in Sweden, Finland, Denmark and Norway. The report seeks to answer the following questions: What kinds of market reforms have been carried out in Nordic eldercare systems? What is the extent of privately provided services? How is the quality of marketised eldercare monitored? What has the impact of marketisation been on users of eldercare, on care workers and on eldercare systems? Are marketisation trends similar in the four countries, or are there major differences between them? The report also includes analyses of aspects of marketisation in Canada and the United States, where there is a longer history of markets in care. These contributions offer some perhaps salutary warnings for the Nordic countries about the risks of increasing competition and private provision in eldercare (Résumé des éditeurs).

Pologne
Poland

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOULHOL (H.), SOWA (A.), GOLINOWSKA (S.)
Organisation de Coopération et de Développement
Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

***Improving the Health-Care System in
Poland.***

*Amélioration du système de soins de santé en
Pologne.*

Paris : OCDE : 2012
Cote Irdes : En ligne
<http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en>

Since the transformation following the Communist era, Poland has matched improvements in health outcomes of the most developed OECD countries, although without catching up the ground lost during the 1970s and 1980s. The health status of the population remains relatively poor, although after controlling for per capita income health outcomes are only slightly below the OECD average. The Polish health-care system is characterized by low spending, a heavily regulated public system with a stringent budget constraint, restricted sub-national government autonomy and a thin private insurance market. Heavy out-of-pocket payments and long waiting lists generate inequalities in access to care. The most pressing issues to be addressed concern: easing the substantial limitations in access to care; reducing persistent inequalities; carefully designing new private health insurance; better coordinating among major public actors; improving hospital management; strengthening the gate-keeping function played by generalists; and developing a comprehensive long-term-care strategy.

Prévision-Evaluation / Prevision-Evaluation

Santé environnementale Environmental health

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau régional de l'Europe. Copenhague. DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR

Climate change and health : a tool to estimate health and adaptation costs.

Impact sanitaire du changement climatique : outil d'évaluation des coûts induits pour protéger la santé et s'adapter à ce phénomène.

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe : 2013

Cote Irdes : en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/190404/WHO_Content_Climate_change_health_DruckII.pdf

The WHO Regional Office for Europe prepared this economic analysis tool to support health adaptation planning in European Member States. It is based on a review of the science. It is expected to be applied in Member States mainly by line ministries responsible for climate change adaptation. It provides step-by-step guidance on estimating (a) the costs associated with damage to health due to climate change, (b) the costs for adaptation in various sectors to protect health from climate change and (c) the efficiency of adaptation measures, i.e. the cost of adaptation versus the expected returns, or averted health costs.

Méthodologie-Statistique / Methodology-Statistics

Appariement Matching

RAPPORT

CAMBERLIN (C.), DUBOIS (C.), DI ZINNO (T.), et al.
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles.
BEL

Couplage de l'échantillon permanent avec les données hospitalières. Etude de faisabilité et de représentativité des données.

KCE Report ; 208
Bruxelles : KCE : 2013
Cote Irdes : En ligne
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_208B_echantillon_permanent.pdf

Depuis 2005, la Belgique dispose d'un outil pour l'analyse de données de soins de santé : l'Echantillon Permanent (EPS). Il s'agit d'une extraction d'une partie des données que fournissent tous les organismes assureurs belges à l'Agence InterMutualiste. Cet Echantillon rassemble les remboursements de prestations de santé, certaines interventions personnelles et les données socio-économiques d'un quarantième des assurés de moins de 65 ans et d'un vingtième des assurés d'au moins 65 ans. La population de l'Echantillon est conçue pour être représentative des assurés au niveau sexe et âge. Cet échantillon constitue un outil maniable, rapidement accessible à certaines institutions parmi lesquelles l'Agence InterMutualiste, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), le Bureau fédéral du plan et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, pour leurs analyses scientifiques en politique de santé. Contrairement à l'entièreté des données de l'Agence InterMutualiste (AIM), son accès n'est pas soumis à une longue procédure nécessitant l'autorisation du Comité sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé de la Commission de protection de la vie privée. En ce qui concerne les séjours en milieu hospitalier, les données cliniques (diagnostics et procédures), qui font défaut à l'Echantillon Permanent, sont disponibles dans le Résumé Hospitalier Minimum (RHM), géré par le Service public fédéral santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (SPF-SP). Ces

données sont utiles pour ajuster les résultats d'analyses en fonction des risques individuels comme les comorbidités des patients ou pour sélectionner les patients selon leurs caractéristiques cliniques. Le couplage de ces deux bases de données complémentaires est donc très avantageux du point de vue de la recherche scientifique, en particulier s'il est pérenne (répété chaque année). La présente étude expose les conditions et étapes techniques nécessaires au couplage. Le second objectif vise à vérifier la représentativité des variables cliniques disponibles après couplage de l'Echantillon Permanent aux données médicales hospitalières (hospitalisations classiques et hospitalisations de jour). Autrement dit, jusqu'à quel point les résultats obtenus pour ces variables sur l'échantillon couplé peuvent être généralisés à l'ensemble des séjours hospitaliers belges (Résumé de l'éditeur).

Systèmes d'information Information systems

RAPPORT

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne
Billancourt. FRA

Cartographie des indicateurs disponibles en France dans le domaine du cancer et de la cancérologie - Etat des lieux en 2012.

Etat des lieux et connaissances
Boulogne-Billancourt : INCA : 2013
Cote Irdes : En ligne
<http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/716-cartographie-des-indicateurs>

Les données existantes dans le domaine du cancer et de la cancérologie sont éparées, du fait de la multiplicité des sources et des producteurs de données. Ces données sont nécessaires à l'observation des cancers, à la prise de décisions de santé publique, ainsi qu'à l'évaluation des actions mises en place. L'INCa (Institut national du cancer) a été chargé de centraliser et organiser les données nécessaires à l'observation des cancers et à l'évaluation des politiques de lutte contre le cancer. Il a en particulier élaboré une cartographie ainsi qu'une représentation ouverte au public, le portail des données du can-

cer (<http://lesdonnees.e-cancer.fr/>). Lors de la création de ce portail, un travail de sélection des indicateurs les plus pertinents à intégrer au site internet a été réalisé. Ce rapport a pour objectif de faire un état des lieux des indicateurs disponibles en 2012 dans le domaine du cancer et de la cancérologie. Il se limite donc aux indicateurs les plus pertinents, et ne se veut pas exhaustif. Son approche des données disponibles concernant le cancer et la cancérologie se veut transversale et pluridisciplinaire. Ce rapport tend également à apporter une réponse au souhait du HCSP (Haut Conseil de la santé publique) en faisant un état des lieux des indicateurs disponibles aux niveaux régional et départemental (dimension géographique). Il propose également des indicateurs disponibles selon différents facteurs d'inégalité sociale comme les bénéficiaires de la CMU-C, les catégories socioprofessionnelles ou le niveau de revenu (dimension sociale) [Résumé de l'éditeur].

RAPPORT

BABUSIAUX (C.)

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

Rapport au Parlement 2013. Des avancées et des propositions raisonnées.

Charenton-Le-Pont : Institut des données de santé : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/upload/00_nouveau/RA_IDS_2013_Version_site_INTERNET.pdf

Ce rapport 2013 de l'Institut des données de santé, traduit, comme l'indique son titre, des avancées raisonnées dans tous les domaines confiés par le législateur à l'Institut : la création de nouvelles bases pour couvrir de nouveaux besoins, comme la cohorte « Cancer » mise en place par l'INCa afin de mieux évaluer les plans cancer, la mise en commun de données pour accroître les possibilités d'analyse : celles de l'assurance maladie obligatoire avec celles en provenance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; celles des assureurs maladie obligatoires et complémentaires, après un premier test réussi pour en vérifier la faisabilité, afin de mieux connaître la dépense qui reste finalement à la charge des personnes, les travaux sur la qualité et la cohérence des bases, par exemple l'analyse du contenu, du périmètre, des règles de gestion et de la profondeur de l'historique des données exhaustives individuelles anonymisées de l'assurance maladie obligatoire, indispensables à des fins de santé pu-

blique et de veille sanitaire, l'extraction de données ou l'accès en routine des organismes de recherche aux systèmes d'information publics. Par ailleurs, et étendant son action à de nouveaux domaines, l'Institut a réalisé un ensemble de tableaux de bord constituant un Service d'Aide à la Décision permettant de suivre les indicateurs souhaités par les acteurs de la santé et de la protection sociale, en répondant précisément à leurs besoins. Ce rapport formule aussi des propositions raisonnées visant à franchir des pas supplémentaires pour répondre de manière adaptée et proportionnée aux besoins de chacun des acteurs de la santé et de la protection sociale vers une plus grande ouverture des bases pour améliorer leur connaissance (Tiré de l'éditorial).

Enquêtes Surveys

DOCUMENT DE TRAVAIL

BOECKENHOFF (A.), SASSENROTH (D.), KROH (M.)
German Institute for Economic Research. (D.I.W.). Berlin.
DEU

The Socio-Economic Module of the Berlin Aging Study II (SOEP-BASE): Description, Structure, and questionnaire.

Le module socio-économique de l'étude berlinoise sur le vieillissement (SOEP-BASE) : description, structure et questionnaire.

Berlin : DIW : 2013

Cote Irdes : c, En ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2304056

The Berlin Aging Study II (BASE-II) is a multidisciplinary study that allows for the investigation of how a multitude of health status factors as well as many other social and economic outcomes interplay. The sample consists of 1,600 participants aged 60 to 80, and 600 participants aged 20 to 35. The socio-economic part of BASE-II, the so called SOEP-BASE, is conducted by the SOEP Group at the DIW Berlin. The surveyed socio-economic variables are fully comparable with the variables of the long running German Socio-Economic Panel Study (SOEP), which increases the analytical power of BASE-II. The socio-economic data collected on the individual and on the household level are enriched with geo-referenced context data ("neighbourhood data") in order to dis-

entangle the interplay between individual, societal and regional determinants on individuals' health status and other outcome variables. Furthermore, as the BASE-II study is based on a convenience sample, the SOEP Group at the DIW provides weights for the BASE-II dataset that correct for selectivity bias.

OUVRAGE

SETZ (M.)

La représentativité en statistique.

Paris : Ined éditions : 2012

Méthodes et savoirs

Cote Irdes : A4469

http://www.ined.fr/fr/publications/methodes_savoir/bdd/publication/1619/

En quelques décennies, être interrogé dans le cadre d'un sondage est devenu un événement courant. Dans l'univers des enquêtes quantitatives, la notion de représentativité ouvre en effet la voie d'une légitimité du chiffre dans le débat public. En statistique, le terme de représentativité est lié à la possibilité de passer d'une partie (échantillon) au tout (population de référence). Mais qu'est-ce qui représente une population ? L'échantillon représentatif est-il un concept fiable et accepté par tous ? Aujourd'hui encore, certains statisticiens hésitent à l'employer. L'ouvrage propose un riche éventail de réflexions autour de cette notion plurielle, voire controversée. En commençant par un bilan historique, on constate que cette notion a soulevé d'importants débats dans les milieux statisticiens dès le milieu du XIXe siècle et qu'elle a véritablement connu son essor durant les années 1930, lors des élections américaines. En s'interrogeant sur ce concept, fondamental dans une institution comme l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) ou pour les instituts de sondage, plusieurs auteurs proposent un tour d'horizon des différentes méthodes utilisées tant dans la constitution des échantillons et des panels, que dans les différents modes de recueil et d'interviews. Un chapitre est plus spécifiquement consacré à la représentativité des populations difficiles à atteindre, en particulier les sans-domiciles, et un autre se penche sur la question délicate des enquêtes en épidémiologie mises en œuvre pour étudier des problèmes de santé d'une population et en identifier les facteurs. Enfin, les interrogations soulevées par la question de la représentativité trouvent toute leur place dans des comparaisons internationales, et notamment les grandes enquêtes de population

impliquant plusieurs pays, qui se sont développées ces dernières années (4e de couverture).

DOCUMENT DE TRAVAIL

GIVORD (P.), D'HAULTFOEUILLE (X.)

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

La régression quantile en pratique.

Paris : INSEE : 2013

Cote Irdes : En ligne

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/doc_regression_quantile.pdf

Les régressions quantiles sont des outils statistiques dont l'objet est de décrire l'impact de variables explicatives sur une variable d'intérêt. Elles permettent une description plus riche que les régressions linéaires classiques, puisqu'elles s'intéressent à l'ensemble de la distribution conditionnelle de la variable d'intérêt et non seulement à la moyenne de celle-ci. En outre, elles peuvent être plus adaptées pour certains types de données (variables censurées ou tronquées, présence de valeurs extrêmes, modèles non linéaires...). Ce document propose une introduction pratique à ces outils, en insistant sur les détails de leur implémentation pratique par les logiciels statistiques standards (Sas, R, Stata). Il peut également être utilisé comme un guide d'interprétation d'études mobilisant ces méthodes, en s'appuyant sur les deux applications concrètes exposées en détail. Enfin, il présente, pour un public plus averti, des extensions récentes traitant en particulier du traitement de l'endogénéité (variables instrumentales, données de panel...).

Démographie - Modes de vie / Demography-Living conditions

Bilan démographique General study

FASCICULE

BEAUMEL (C.), BELLAMY (V.)

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

La situation démographique en 2011.

Insee Résultats: 2013; n°145

Paris : Insee

Cote Irdes : En ligne

http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd2011/dd/pdf/sd2011_brochure.pdf

Au 1er janvier 2012, 65,3 millions d'habitants peuplent la métropole et les départements d'outre-mer, hors Mayotte. En 2011, la population a crû de 0,5 %, au même rythme que les années précédentes. Cette augmentation est due à un excédent des naissances sur les décès et, dans une moindre mesure, au solde migratoire. Le nombre de naissances (823 000 en 2011) se maintient à un niveau élevé, malgré un léger repli par rapport au point haut de 2010. L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 2,01 enfants par femme. L'âge moyen à l'accouchement continue de s'élever et atteint 30 ans en 2011 (contre 29,9 ans en 2010). À la naissance, les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 85 ans en moyenne et les hommes 78,4 ans. L'espérance de vie s'allonge un peu plus vite que les années précédentes, du fait de la diminution du nombre de décès en 2011 (545 000 soit -1 % par rapport à 2010).

Vieillesse démographique Ageing population

FASCICULE

BLANCHET (D.), LE GALLO (F.)

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

Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ?

Insee Analyse : 2013 ; n° 12

Paris : INSEE

Cote Irdes : En ligne

<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana12/iana12.pdf>

Identifier les composantes du vieillissement démographique aide à mieux en saisir les conséquences et les façons de s'y adapter. Le maintien d'une fécondité relativement élevée et un flux migratoire de l'ordre de 100 000 entrées annuelles devraient suffire à préserver, à horizon prévisible, la France d'un processus de vieillissement « par le bas », celui qui découlerait d'une baisse de la population d'âge actif. Le vieillissement se fait donc « par le haut », c'est-à-dire par une croissance du nombre de plus de 60 ans. Cette croissance tient à deux facteurs : l'allongement de la durée de vie et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom. On peut isoler l'effet du premier facteur en reconstituant la trajectoire d'une population fictive sans migrations ni fluctuations annuelles du nombre de naissances mais qui aurait été et serait à l'avenir soumise aux variations constatées ou anticipées de la mortalité. Une telle population aurait déjà connu un vieillissement marqué tout au long des cinquante dernières années et elle aurait dû en gérer progressivement les conséquences. L'effet du baby-boom se superpose à ce mouvement tendanciel. Il s'agit d'un effet « en V ». Les baby-boomers ont d'abord retardé le vieillissement en venant gonfler les tranches d'âge actives. Leur arrivée progressive aux tranches d'âge élevées le fait réaccélérer de 2006 à 2035. Il ralentira ensuite à nouveau, à partir de 2035-2040.

Documentation / Documentation

Psychiatrie Psychiatry

OUVRAGE

GUELFI (J.D.) / dir., ROUILLON (F.) / dir.

Manuel de psychiatrie.

Paris : Elsevier Masson : 2012
Cote Irdes : A4476

Quatre années après la première édition de ce Manuel de psychiatrie, il a paru nécessaire d'en proposer une nouvelle version, mise à jour et assez largement enrichie. Nombre de données nouvelles en matière d'épidémiologie, de biologie, de génétique, de psychologie cognitive, d'imagerie et de thérapeutique ont ainsi été actualisées, rédigées par des auteurs référents francophones reconnus. Un chapitre a été entièrement refondu, celui sur la législation en psychiatrie avec la présentation des lois nouvelles appliquées en France depuis l'été 2011, notamment celle encadrant les soins sous contrainte. Enfin, en matière de classification, la parution de la cinquième révision de la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-5, est prévue courant 2013. Plusieurs tendances sont déjà accessibles depuis la mise en ligne en février 2010 des recommandations et propositions des différents groupes de travail qui ont synthétisé les principales revues générales de la littérature internationale sur l'ensemble des troubles mentaux. Cette étude mentionne aussi souvent que possible les grandes orientations de cette classification dont certaines font encore l'objet de débats et d'enjeux importants. Les auteurs du Manuel ne croient pas à la mort parfois annoncée de la psychiatrie dont la spécificité aurait été dénaturée par l'émergence du concept de santé mentale. La diversification du champ d'intervention et l'hétérogénéité des références théoriques ont certes pu fragiliser la psychiatrie mais cette évolution ne doit pas être un motif de découragement mais plutôt le signe de son renouveau. Cet ouvrage en témoigne, destiné principalement aux étudiants en médecine, aux psychiatres en formation ainsi qu'à l'ensemble des spécialistes des sciences humaines dont l'objectif principal sinon exclusif pour certains est de soulager la souffrance psychique (4e de couverture).

Réglementation / Law

Bioéthique Bioethics

OUVRAGE

LEGROS (B.)

Droit de la bioéthique.

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières : 2013

Cote Irdes : A4468

Le droit de la bioéthique est une branche du droit récente qui ne fait que s'étoffer au fil des révisions législatives régulières prévues systématiquement depuis 1994. La seconde réforme programmée, la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 a légalisé le don croisé d'organes, créé un statut juridique au profit du donneur vivant tant pour favoriser les dons d'organes que ceux d'ovocytes et institutionnalisé les états généraux de la bioéthique. Par ailleurs, tout en refusant la légalisation de la maternité de substitution et la procréation post mortem, elle a ôté tout caractère expérimental à la technique du double DPI (« bébé médicament ») et à la recherche sur l'embryon humain et ses différentes « déclinaisons », telles les cellules souches embryonnaires, et a autorisé la ratification de la convention d'Oviedo qui est entrée en vigueur à l'égard de la France le 1er avril 2012. Le titre premier de cet ouvrage a pour objet de présenter la genèse du droit de la bioéthique. Indépendamment du concept ayant conduit à son élaboration et des principes fondamentaux le gouvernant, ce titre traite des instances ayant un rôle ou une compétence dans le champ de la bioéthique en tant que source directe ou indirecte des normes futures, tels le Comité consultatif national d'éthique ou encore, au niveau régional ou interrégional, les espaces de réflexion éthique, dont la création est devenue enfin possible, en droit, depuis un arrêté du 4 janvier 2012, mais aussi des normes internationales et européennes dans la ligne desquelles il doit nécessairement s'inscrire. Le titre second présente l'ensemble des dispositions de ce droit en le segmentant. Seront en effet traités successivement les recherches, tant celles impliquant la personne humaine, qui ont fait l'objet de modifications par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012, que celles portant sur l'embryon humain et ses différentes « déclinaisons », la génétique, les prélèvements, les greffes et

les différentes utilisations des éléments et produits du corps humain ainsi que la gestation et l'assistance médicale à la procréation (4e de couverture).

Euthanasie

Euthanasia

FASCICULE

Euthanasie dans les pays du Benelux.

REVUE PRESCRIRE : 2013/09 ; vol.33, n°359

Paris : Prescrire

Cote Irdes : P80

Dans chacun des pays du Benelux (Belgique, Luxembourg, Pays-Bas), une loi a dépénalisé partiellement l'euthanasie, définie comme un acte qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à sa demande, mais les législations diffèrent néanmoins dans ces trois pays. Cet article fait le point sur la question.

Greffes d'organes

Organ transplants

RAPPORT

TOURAIN (J.L.), VIALATE (J.S.)

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

Les greffes d'organes : les prélèvements sur donneurs décédés après arrêt cardiaque - Compte rendu de l'audition publique du 7 février 2013 et de la présentation des conclusions le 10 juillet 2013.

Rapport du Sénat ; 747, Rapport de l'Assemblée nationale ; 1246

Paris : Sénat, Paris : Assemblée nationale : 2013/07

Cote Irdes : en ligne

<http://www.senat.fr/rap/r12-747/r12-7471.pdf>

En France, le nombre de patients en attente d'une greffe d'organe est en augmentation, en dépit de la progression du nombre de greffes. Compte tenu de

ce constat, l'audition organisée par l'OPECST a pour objet d'explorer les moyens éthiques, réglementaires et techniques visant à développer les prélèvements d'organes sur les donneurs ayant subi un arrêt. Ce prélèvement est déjà autorisé en France, quand l'arrêt cardiaque survient de façon inopinée, et à condition d'utiliser les moyens appropriés pour éviter les conséquences de l'ischémie, et en cherchant à remplir toutes les obligations réglementaires et éthiques en particulier vis-à-vis des familles. Il reste une catégorie qui pour l'instant en France n'a pas été l'objet d'avancées, mais a été utilisée dans plusieurs autres pays européens et aux États-Unis : c'est le prélèvement sur une personne décédée après un arrêt cardiaque contrôlé, qui n'est pas inopiné et survient lorsque la décision a été prise d'arrêter les mesures de réanimation jugées sans objet et sans espoir.

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ABALLEA (P.)	53
Académie Nationale de Médecine	56
Agence de la Santé et des Services Sociaux. Direction de Santé Publique.....	45
Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico- Sociaux. (A.N.E.S.M.)	43
Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé. (A.N.S.M.)	58 , 61
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.)	51
ALLIN (S.)	45
ANDRIEUX (V.)	18
ANGELE-HALGAND (N.).....	53
ANGOULVANT (J.C.)	16
ARCHIMBAUD (A.)	40
ARNE (J.L.)	56
ASENCIO (A.M.)	12
Assemblée nationale	35 , 77

B

BABUSIAUX (C.)	73
BACHELAY (A.)	35
BARBEZIEUX (F.).....	32
BARNES (A.J.).....	68
BARREYRE (J.Y.)	12
BATAILLE (S.)	32
BATIFOULIER (P.)	25
BAULINET (C.)	59
BEAUMEL (C.)	75
BECK (F.).....	29
BEGAUD (B.)	62
BELAND (F.).....	35
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.)	54 , 72

BELLAMY (V.)	75
BELTZER (N.)	47
BENSADON (A.C.).....	32
BERCHOT (F.).....	64
BESSTREMYANNAYA (G.).....	52
BILAUD (S.).....	38
BLANCHET (D.).....	75
BLANCHET (N.).....	14
BLONDIN (S.).....	47
BOECKENHOFF (A.)	73
BOERMA (W.).....	38
BONTOUT (O.)	17
BOUCKAERT (N.).....	20
BOULHOL (H.)	70
BOURDELAIS (P.)	36
BRIFFAULT (X.)	30
BROSIG-KOCH (J.).....	50
BROWN (L.).....	48
BUDISH (E.).....	60
BYWOOD (P.).....	48

C

Caisse d'Allocations Familiales. (C.A.F.).....	42
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	14 , 22 , 25
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.)	12 , 34 , 36
CAMBERLIN (C.)	72
CARPENTER (I.)	37
Centre d'Etudes de Documentation d'Information et d'Action Sociale. (C.E.D.I.A.S.)	12
CHAMPS (F.O.)	32
CHANDRA (A.).....	67
CHAUVEAUD (C.)	42
CHEVALLIER (M.).....	15
CHIEZE (F.).....	11

COLOMBO (F.).....	37
Comité d'Action et de Liaison des Parents d'Enfants et Adultes Atteints de Handicaps Associés France. (C.L.A.P.E.A.H.A.)	12
Comité Economique des Produits de Santé. (C.E.P.S.).....	63
Commission Européenne	42
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.)	56
Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.)	43
CORDIER (A.).....	1113
Cour des Comptes	22 , 24

D

DAB (W.)	21
DAUDIGNY (Y.)	61
DE VOORDE (C.)	54
D'HAULTFOEUILLE (X.)	74
DIEDERICHS (O.)	11
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	17 , 18
Direction Générale de la Santé. (D.G.S.)	19 , 20
DI ZINNO (T.).....	72
DOURGNON (P.).....	42
DUBOIS (C.).....	72
DURAFFOURG (M.)	59

E

Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.)	15
EIBNER (C.)	67
ELDRIDGE (D.S.)	52
Emevia	27
European Federation of Pharmaceutical Industries and Association. (E.F.P.I.A.)	59
European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.....	32

F

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.)	53
FINKELSTEIN (A.).....	67
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. (Fonds CMU)	16
FONSECA (R.)	41
FONTAINE (R.).....	34
Fordham University	28
FOURNALES (R.).....	11
Fraser Institute	61

G

GALAMA T (J.).....	40
GARROT (T.)	53
GENET (N.).....	38
GEORGES (P.)	48
GERKENS (S.)	54
German Institute for Economic Research. (D.I.W.).....	30 , 73
GIVORD (P.).....	74
GOLINOWSKA (S.).....	70
GRAMAIN (A.).....	38
GRAVELLE (H.).....	49
GREER (S.).....	69
GUELF (J.D.)	76

H

Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.)	19 , 20 , 41 , 46
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (H.C.A.A.M.).....	15
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	51 , 52
HAZOUARD (S.).....	17
HENING-SCHMIDT (H.)	50
HERNANDEZ-QUEVADO (C.)	50
HURD (M.D.).....	29

HUTCHINSON (A.) 38

I

Inspection Générale des Affaires Sociales.
(I.G.A.S.)..... 11 , 32 , 36 , 48 , 53 , 59
Inspection Générale des Finances 59
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)..... 34 , 58
Institut des Données de Santé. (I.D.S.) 73
Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.)..... 19
Institut Economique de Montréal. (I.E.M.)..... 64
Institut National de la Santé et de la Recherche
Médicale. (I.N.S.E.R.M.)..... 28 , 30
Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.N.S.E.E.) 37 , 74 , 75
Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé. (I.N.P.E.S.) 29
Institut National de Santé Publique du Québec.
(I.N.S.P.Q.)..... 45
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)..... 19 , 72
Ipsos 44

J

JACOB (B.)..... 40
JACQUAT (D.) 35
JOUSSERANDOT(A.) 40

K

KAIRIES (N.) 50
KAISER (B.)..... 64
KROH (M.)..... 73
KRONEMAN (M.) 38
KUEHNLE (D.)..... 30
KUZIEMKO (I.) 67

L

LAAIDI (K.) 27
LABRIE (Y.)..... 64
LAFORTUNE (G.) 57
LAROQUE (G.)..... 36
LASSERRE (R.) 17
LASTIER (D.) 19
La Trobe University School of Economics 52
LAURENT (E.) 46
LAUTMAN (A.) 35
LE BIPE..... 24
LE GALLO (F.)..... 75
LEGRAND (P.) 53
LEGROS (B.) 77
LENGAGNE (P.)..... 32
LEQUIEN (L.) 18
LEVESQUE (J.F.)..... 45
LIBAULT (D.) 36
LLANO (R.) 50
London School of Economics. (L.S.E.) 45
LUC (K. de) 48
LYBECKER (K.M.) 61

M

MACKENBACH (J.P.) 68
MAISONNEUVE (C.) 23
Malakoff Médéric 12
MARBOT (C.)..... 37
MARCOLET (A.)..... 15
MAREC (Y.)..... 36
MARESSO (A.)..... 69
MARQUIER (R.) 34
MARTIN (L.) 15
MASSERIA (C.) 45
MATTISON, (N.) 60
MAZET (P.) 42
MCKEE (M.) 68
MEAGHER (G.) 69

MECKEL (K.)	67
MICHAUD (P.C.)	29
MICHEL (H.)	35
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)	11 , 17 , 18 , 19 , 20 , 22 , 23 , 40 , 62
Ministère de l'Egalité des Territoires et du Logement	46
Ministère du Travail - de l'Emploi - de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. (M.T.E.F.P.D.S.)	31
MITRA (S.).....	28
MOSSIALOS (E.)	50
MOUNIER (C.).....	36
MULLIGAN (C.B.)	66
MURAKAMI (R.)	37

N

NAIDITCH (M.)	39
National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.)	31 , 60 , 66 , 67
Nesta	50
New Economic School	52
NOIN (D.)	46
NOLTE (E.).....	62

O

Observatoire des NON-REcours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.)	14 , 42 , 43
Observatoire des Retraites. (O.R.)	17
Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé	68
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)	27
Observatoire National de la Fin de Vie. (O.N.F.V.)	35
Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.)	46 , 47
Office Fédéral de la Statistique. (O.F.S.)	44
Office of Health Economics. (O.H.E.)	60
OKBANI (N.)	42

OLIVEIRA MARTINS (J.)	23
OLIVER-BAXTER (J.).....	48
ONO (T.).....	57
ONUR (L.).....	52
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	23 , 24 , 37 , 57 , 66 , 70
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)	14 , 31 , 38 , 39 , 68 , 71

P

PASCAL (M.)	27
PEINTRE (C.).....	12
PENG (L.).....	31
PICHETTI (S.).....	58
PINEAULT (R.)	45
POLLET (C.)	64
Premier Ministre	40
Pricewaterhousecoopers.....	65
Primary Health Care Research & Information Service. (P.H.C.R.I.S.).....	48
PROPPER (C.)	49

R

REGUIER (D.).....	36
Réseau PIC.....	64
RETEL (O.)	27
RICE (T.).....	68
RICHARD (J.P.).....	29
ROBERT (L.).....	45
ROGEL (A.)	19
ROIN (B.N.)	60
ROSENAU (P.).....	68
ROSSIN-SLATER (M.)	67
ROUILLON (F.)	76
ROY (D.)	37
RUGGERI (K.)	62

S

SALINES (E.)	19
SALOMON (D.)	21
SALTMAN (R.B.)	38 , 68
SAMBAMOORTHY (U.)	28
SANTOS (R.)	49
SASSENROTH (D.)	73
SCHMID (C.)	64
SCHOENSTEIN (M.)	57
SCHOKKAERT (E.)	20
SCOTT (A.)	49
Sénat	61 , 77
SERMET (C.)	58
SETZ (M.)	74
SILVA (J.I.)	28
SIVEY (P.)	49
SOLE-AURO (A.)	29
SOWA (A.)	70
Stockholm University	69
SYVERSON (C.)	67

T

TABUTEAU (D.)	11
The Rand Corporation	29 , 62 , 67
TOURAINE (J.L.)	77
TOURAINE (M.)	13

U

Union Régionale des Professionnels de Santé. (U.R.P.S.)	49
Universität Bern	64
Universität Duisbourg	50
Université Catholique de Louvain	20
Université de Nantes	53
Université Laval	41
Université Paris-Dauphine	32 , 42

University of York	49
UNRUH (L.Y.)	68

V

VALL (C.J.)	28
VANACKERE (S.)	59
VAN DEN HEEDÉ (K.)	54
VAN DER ERF (S.)	58
VAN GINNEKEN (E.)	68
VAN KIPPERSLUIS (H.)	40
VANNESTE (A.)	53
VELAMURI (M.R.)	52
VERNANT (J.P.)	12
VERNHES (M.)	11
VIALATE (J.S.)	77

W

WAQUET (C.)	36 , 48
WARIN (P.)	14 , 42
WEBER (F.)	38
W.E. Upjohn Institute for Employment Research	28
WIESEN (D.)	50
WILLIAMS (H.)	60
WISMAR (M.)	69

Z

ZAIDMAN (C.)	17
ZERRAR (N.)	34
ZHENG (Y.)	41

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

CARNET D'ADRESSE DES EDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

**A.N.E.S.M. (Agence Nationale de l'Evaluation
et de la qualité des Etablissements et Services
sociaux et Médico-sociaux)**

5 rue Pleyel
Bâtiment Euterpe
93200 Saint-Denis
☎ 01 48 13 91 00
Fax : 01 48 13 91 22
<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

**A.N.S.M. (Agence Nationale de Sécurité du
Médicament et des Produits de Santé)**

(ex Afssaps)(Les Commissions de transparence et
d'évaluation des produits et prestations de l'Afssaps
ont été rattachés à l'H.A.s)
Unité de Documentation
143-147, Bd Anatole France
93285 St Denis cedex
☎ 01 49 77 38 20
Fax : 01 49 77 26 13
<http://ansm.sante.fr/>

**A.T.I.H. (Agence Technique de l'Information sur
l'Hospitalisation)**

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
☎ 04 37 91 33 10
Fax : 04 37 91 33 67
<http://www.atih.sante.fr/index.php>

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>

**Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal**

3725, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
<http://www.santemontreal.qc.ca/>

Armand Colin Editions

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

Assemblée Nationale

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

B

Bern Universität
Schanzeneckstrasse 1
Postfach 8573
CH-3001 Bern
Suisse
<http://www.vwi.unibe.ch>

BIPE (Le)
Le Vivaldi
11/13 rue René Jacques
92138 Issy-les-Moulineaux Cedex
☎ (0) 01 70 37 23 23
www.bipe.com

C.I.R.A.C. (Centre d'Information et de Recherche sur l'Allemagne Contemporaine)

Université de Cergy-Pontoise
33 boulevard du Port
95011 Cergy-Pontoise
☎ 01 34 25 67 00
Fax : 01 34 25 67 01
Email : cirac@ml.u-cergy.fr
<http://www.cirac.u-cergy.fr/>

C.I.R.P.E.E. (Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi)

Institut d'économie appliquée-HEC
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
Canada H3T 2A7
<http://www.cirpee.org/>

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

Direction de la stratégie des Etudes et des Statistiques (DSES)
26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20
<http://www.ameli.fr>

C

C.N.A.F. (Caisse Nationale d'Allocations Familiales)

23, rue Daviel
75013 Paris
☎ 01 45 81 12 67
<http://www.caf.fr>

C.E.P.S. (Comité Economique des Produits de Santé)

8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 73 76
Fax : 01 43 06 72 05
<http://www.sante.gouv.fr/ceps/>

C.N.L.E. (Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale)

Adresse postale : DGCS
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Adresse des bureaux : DGCS
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon
75014 Paris
<http://www.cnle.gouv.fr/>

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

4, Avenue Ruysdaël
75379 Paris Cedex 08

☎ 01 56 21 34 34

Fax : 01 56 21 34 99

<http://www.ordre.pharmacien.fr>

Fax : 01 42 60 01 59

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

D

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

66 avenue du Maine
75682 Paris cedex 14

☎ 01 53 91 28 00

<http://www.cnsa.fr>

Catholic University of Leuven

Center for Economic Study

Naamsestraat 69

3000 Leuven

Belgique

<http://www.econ.kuleuven.be/ces/>

D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques)

Ministère chargé de la Santé, Ministère des Affaires sociales

11, pl. des Cinq Martyrs du Lycée Buffon

75696 Paris cedex 14

☎ 01 40 56 80 68

Fax : 01 40 56 81 40

<http://www.drees.sante.gouv.fr/publications.677.html>

CEDIAS-Musée social / Creahi Ile-De France

5, rue Las Cases

75007 Paris

☎ 01 45 51 66 10

<http://www.cedias.org>

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>

Commission européenne

Office des publications

B-1049 Bruxelles

Belgique

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

ou publications@cec.eu.int

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

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/>

Cour des Comptes

13, rue Cambon

75001 Paris

☎ 01 42 98 95 00

Documentation Française (La) (par correspondance ou par fax)

124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex

☎ 01 40 15 68 74

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

Editions Elsevier / Masson

62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex

☎ 01 71 16 55 00

<http://www.em-consulte.com/>

Editions Odile Jacob

15, rue Soufflot
75005 Paris

☎ 01 46 33 27 40

<http://www.odilejacob.fr>

E

E.F.P.I.A. (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations)

Rue du Trône 108
B 1050 Bruxelles
Belgique

☎ 00 32 2 626 25 55

Email : info@efpia.org

<http://www.efpia.eu/>

Emevia

250 rue Saint Jacques
75005 Paris

☎ 01 44 18 37 87

Email : contact@emevia.com

<http://www.emevia.com>

E.N.3.S. (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale)

(ex C.N.E.S.S.S. - Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale)
27, rue du Docteur Charcot

42031 Saint-Etienne

☎ 04 77 81 15 15

Fax : 04 77 81 15 00

Email : en3s@en3s.fr

<http://www.en3s.fr/>

Etudes Hospitalières (Les)

38, rue du Commandant Charcot
33000 Bordeaux Centre

☎ 05 56 98 85 79

<http://www.leh.fr/edition/page001.html>

European Foundation

Wyattville Road
Loughlinstown

Dublin 18

Irlande

☎ 00 353 1 204 3100

<http://www.eurofound.europa.eu/>

Editions de santé

49, rue Galilée
75116 Paris

☎ 01 40 70 16 15

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

F

F.N.E.H.A.D. (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile)
40 rue du Fer à Moulin
75005 Paris
☎ 01 55 43 09 09
Fax : 01 55 43 09 04
<http://www.fnehad.fr/>

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

Fordham University
Department of Economics
441 E Fordham Rd, Dealy Hall
Bronx, NY 10458
Etats-Unis
<http://www.fordham.edu>

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.org/>

Futuribles

Rédaction et diffusion : Futuribles
47 rue de Babylone
75007 Paris
☎ 01 53 63 37 70
Email : diffusion@futuribles.com
<http://www.futuribles.com/>

G

Ginkgo Editeur

33 Bd Arago
75013 Paris
☎ 01 44 49 75 02
Email: contact@ginkgo-editeur.com
<http://www.ginkgo-editeur.fr/>

H

H.A.s. (Haute Autorité de santé)

2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
☎ 01 55 93 70 00
Email : contact.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/portail/display.jsp?id=j_5

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

Adresse postale :

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
14 avenue Duquesnes
75350 Paris 07 SP
☎ 01 40 56 56 00
Fax 01 40 56 59 55

Locaux HCAAM:

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
7 rue Saint-Georges - 5ème étage
75009 Paris
<http://www.securite-sociale.fr/-Actualites,1189->

H.C.S.P. (Haut Conseil de la Santé Publique)

Adresse postale
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Bureaux
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
☎ 01 40 56 79 80
☎ ADSP : 01 40 56 79 56
Fax : 01 40 56 79 49
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil>

I.D.S. (Institut de Données de Santé)

19 rue Arthur Croquette
94220 Charenton-le-Pont
<http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/>

I

I.E.D.M. (Institut Economique de Montréal)

910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Quebec)
H3C 2H8, Canada
<http://www.iedm.org>

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

25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
☎ 01 40 56 6000
Fax : 01 40 56 6001
<http://www.igas.gouv.fr/>

Institut National du Cancer

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

I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques)

133, boulevard Davout
75020 Paris cedex
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 21 99
<http://www.ined.fr>

I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'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

☎ 01 41 98 90 00

Fax : 01 41 98 99 99

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

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

(ex CREDES)

Service Publication-communication

10, rue Vauvenargues

75018 Paris

☎ 01 53 93 43 17

Fax : 01 53 93 43 50

Email : presse@irdes.fr

<http://www.irdes.fr>

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

Service Editions Librairie

101, rue de Tolbiac

75013 Paris

☎ 01 44 23 60 82

Hotline : 01 55 74 31 60 (activités de recherche de l'Inserm)

Fax : 01 45 85 68 56

<http://www.inserm.fr>

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



I.n.V.S. (Institut de Veille Sanitaire)

12 rue du Val d'Osne

94415 St Maurice cedex

☎ 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

<http://www.invs.sante.fr>

K.C.E. (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé)

Centre Administratif du Botanique

Door Building (10e étage)

Boulevard du Jardin Botanique 55

1000 Bruxelles

Belgique

☎ 00 32 2 287 33 88

<https://kce.fgov.be/>

Interéditions

Dunod Editions

5 rue Laromiguière

75240 Paris cedex 05

<http://www.intereditions.com>

Ipsos France

35 Rue du Val de Marne

75628 Paris Cedex 13

L

L.E.E.M. Editions

Siège social :
15 rue Rieux
92100 Boulogne-Billancourt
Email : contact@leem-services.com
<http://www.leem.org/medicament/accueil.htm>

L.S.E. (London School of Economics and Political Science)

Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7405 7686
<http://www2.lse.ac.uk/home.aspx>

L.E.M.N.A.

Laboratoire d'économie et de management de Nantes
Atlantique (LEMNA)
Université de Nantes
Bâtiment Erdre
Chemin de la Censive du Tertre
BP 52231
44322 Nantes Cedex 3
<http://www.iemniae.univ-nantes.fr/>

La Trobe University

Department of economics
Melbourne, Victoria, 3086
Australie
<http://www.latrobe.edu.au/economics/>

M

M.S.S.H. (Maison des Sciences Sociales et du Handicap)

236 bis rue de Tolbiac
75013 Paris
<http://mssh.ehesp.fr/>

M.S.S.P.S. (ancien sigle du Ministère chargé de la santé qui continue d'être utilisé pour des raisons pratiques de recherche documentaire)

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

Ministère chargé du Travail

Direction générale du travail
Bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention
39/43, quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

N

Nesta

1 Plough Place,
London
EC4A 1DE
Royaume Uni
http://www.nesta.org.uk/contact_us

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

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

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

3, av. du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
☎ 01 41 62 77 16
Email : ofdt@ofdt.fr
<http://www.ofdt.fr/>

NES – CEFIR – (New Economic School. Center for Economic and Financial Research)

Nakhimovsky prospekt
47, Moscow 117418
Russie
<http://www.cefir.ru>

O.H.E. (Office of Health Economics)

12 Whitehall
London SW1A 2DY
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7747 8850
<http://www.ohe.org/page/index.cfm>



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

2, rue André-Pascal
75116 Paris cedex
☎ 01 45 24 82 00
Fax : 01 45 24 18 15
<http://www.oecd.org/>
Voir aussi les Editions de l'O.C.D.E.

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

Avenue Appia
CH 1211 Genève 27
Suisse
☎ 00 41 22 791 21 11
<http://www.who.int/en/>

[http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE_\(diffuseurs en France\)](http://apps.who.int/bookorders/francais/salesagents2.jsp?codpay=FRA&libpay=FRANCE_(diffuseurs_en_France))

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

Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen
Danemark
☎ 00 45 39 17 17 17
Fax : 00 45 39 17 18 18
<http://www.euro.who.int/>

O.D.E.N.O.R.E. (Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services)

Adresse postale :
MSH-Alpes UPMF
BP 47
38 040 Grenoble cedex 9

Adresse physique :
1221 avenue Centrale - Domaine Universitaire
38400 Saint Martin d'Hères
<http://odenore.msh-alpes.fr/>

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

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)
Rue de l'Autonomie, 4
B - 1070 Bruxelles

Belgique

☎ +32 2 525 09 35

Fax: +32 2 525 09 36

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

Email : enquiries@openup.co.uk

Email : emea_queries@mcgraw-hill

France : Anne-Marie Pluijm : anne-marie_pluijm@mcgraw-hill.com

<http://mcgraw-hill.co.uk/openup/>

O.N.F.V. (Observatoire Nationale de la Fin de Vie)

35 rue du plateau

75019 Paris

<https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/l-observatoire>

P

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

43 rue Beaubourg

75003 Paris

☎ 01 77 49 78 60

Fax : 01 77 49 78 61

Email : ors-idf@ors-idf.org

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

P.H.C.R.I.S. (Primary Health Care Research & Information Service)

Flinders University of South Australia

GPO Box 2100

Adelaide SA 5001

Australie

<http://www.phcris.org.au>

Observatoire des Retraites (L')

16-18 rue Jules César

75012 Paris

☎ 01 71 72 12 00

<http://www.observatoire-retraites.org>

Premier ministre

57, rue de Varennes

75007 Paris

☎ 01 42 75 80 00

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

Voir le site de La documentation Française :

Pour télécharger ou se procurer une version papier du rapport :

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

et rechercher par nom d'auteur...

Office Fédéral de la statistique suisse

Espace de l'Europe 10,

2010 Neuchâtel

Suisse

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/kontakt.html>

PRESCRIRE (La Revue)

Rédaction et diffusion : Association Mieux Prescrire

83, bd Voltaire

BP 459

75558 Paris cedex 11

Fax : 01 49 23 76 48

Email : revue@prescrire.org

<http://www.prescrire.org>

(pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

Open University Press

McGraw-Hill Education

Shoppenhangers Road

Maidenhead

Berkshire

SL6 2QL

Royaume-Uni

☎ 00 44 1628 502500



Presses de l'EHESP

CS 74312
35043 Rennes Cedex
☎ 02 99 54 90 98
Fax 02 99 54 22 84
Email : presses@ehesp.fr

Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64
Email : info.presses@sciences-po.fr
<http://www.pressessciencespo.fr/>

Presses Universitaires de France (PUF)

6, avenue Reille
75685 Paris Cedex 14
☎ 01.58.10.31.00
Fax : 01.58.10.31.82
<http://www.puf.com/>

Presses universitaires de Rouen et du Havre

Université de Rouen
Rue Lavoisier
76821 Mont-Saint-Aignan Cedex
<http://purh.univ-rouen.fr/>

PricewaterHouseCoopers

63, rue de Villiers
92200 Neuilly-sur-Seine
☎ 01 56 57 58 59
Fax : 01 56 57 58 60

Psycom

1, rue Cabanis
75014 Paris
<http://www.psycom.org>

Radcliffe Publishing

18, Marcham Road
Abingdon
Oxford OX14 1AA
Royaume-Uni
☎ 00 44 1235 528 820
Fax : 00 44 1235 528 830
Email : contactus@radcliffemed.com
<http://www.radcliffe-oxford.com/>

Rand corporation

Publications customer services
1776 Main Street
PO Box 2138
Santa Monica CA 90407-2138
Etats-Unis
☎ 00 1 310 451 7002
Fax : 00 1 412 802 4981
Email : order@rand.org
<http://www.rand.org>

Rand Europe

Westbrook Centre
Milton Road
Cambridge CB4 1YG
Royaume-Uni
☎ +44 1223 353 329
Fax +44 1223 358 845

Revue du M.A.U.S.S.

3 avenue du Maine
75015 Paris
<http://www.revuedumauss.com>

S

Sénat

15, rue de Vaugirard
75292 Paris cedex 06

☎ 01 42 34 20 00

Espace librairie

20 rue de Vaugirard 75006 Paris

☎ 01 42 34 21 21

Email : espace-librairie@senat.fr

<http://www.senat.fr>

Stockholm University

Department of Social Work

Sveavägen 160-162

Stockholm

Suède

<http://www.socarb.su.se/english>

T

Tinbergen Institute Amsterdam

Roetersstraat 31

1018 WB Amsterdam

Pays-Bas

☎ +31(0)20 551 3500

Fax: +31(0)20 551 3555

<http://www.nidi.knaw.nl/en/>

Tinbergen Institute Rotterdam

Burg. Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam

Pays-Bas

U

U.R.P.S. Franche-Comté

28 rue de la République

25000 Besançon

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

Allemagne

<http://www.uni-due.de/>

Université Paris IX Dauphine

Service commun de la documentation

Pl. du Mal de Lattre de Tassigny

75775 Paris cedex 16

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network
(<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and the publication of a review of literature
- is open to the public and replies to external researchers' bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:

Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, the hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by IRDES since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site
(<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- DocVeille presents a bimonthly review of working papers, reports and journal articles
- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books and web sites
- thematic bibliographies
- a directory of health-related web sites, addresses and the conference calendar
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes
(<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- DocVeille : ce bimensuel présente des *working papers*, des rapports, des articles
- *Lu pour vous*, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé

Contacter la documentation de l'Irdes

- **Consultation sur place, *uniquement sur rendez-vous* :**

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Courriel :** documentation@irdes.fr

- **Site Internet :** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

Contact Irdes Documentation center

- **On-site consultation, *on appointment only*:**

Tél.: + 33 (0)1 53 93 43 56 or 01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

- **By post:**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Email:** documentation@irdes.fr

- **Website:** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>