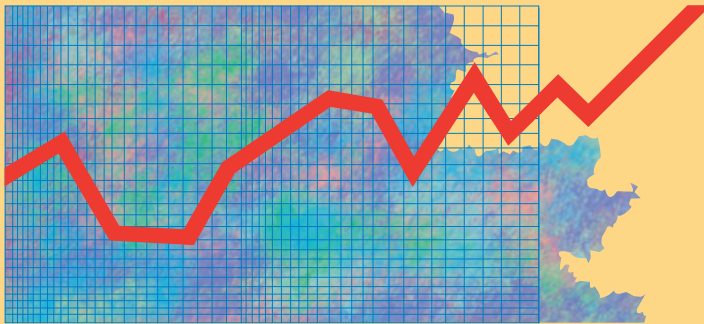


IRDDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ



Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Novembre - Décembre 2010

Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Novembre - Décembre 2010

■ Service Documentation

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

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Présentation

- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.
Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'Irdes.
- La plupart d'entre elles sont accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'IRDES est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr>).
- Le bulletin se compose de deux parties :
 - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
 - plusieurs index qui facilitent la recherche :
 - un index des auteurs cités,
 - un index des éditeurs.
- Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'Irdes selon les modalités de consultation précisées à la fin du bulletin ou commandés directement auprès de l'éditeur dont les coordonnées sont mentionnées dans le carnet d'adresses des éditeurs.
Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Contactez le centre de documentation : documentation@irdes.fr
Obtenir des informations sur l'Irdes et ses prestations : www.irdes.fr

Comment lire une notice ?

Auteurs	HIMESTEIN (D.V.), IGLEHART (J.R.), BROWN (T.Y.) et al
Titre original	<i>The American health care system private insurance</i>
Titre français	<i>Le système de santé américain : l'assurance privée</i>
Titre de la revue	INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES ;
Pagination	1992 ; Vol.23 ; 1989 ; pages 458-600. Tab. ; 45 réf. ;
Langue de publication	Langue : ENG
Résumé	Survol des principales compagnies privées d'assurance maladie aux Etats-Unis : quel est leur rôle maintenant et à venir dans le système de soins américain ?
Références internes à l'Irdes	Réf. 0489 ; P79

Signification des abréviations

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

► Sommaire



Nous vous rappelons qu'il ne sera délivré
aucune photocopie par courrier
des documents signalés dans ce bulletin

Sommaire

POLITIQUE DE SANTE	15	Migrants	38
Agences régionales de santé	15	Santé environnementale	38
Droits des usagers	15	Travail et santé	38
Loi HPST	16		
Politique sociale	17	PERSONNES AGEES	40
Psychiatrie	17	Aidants	40
Réseaux de santé	18	Emploi des seniors	42
Risque sanitaire	18	Fragilité	43
Systèmes de santé	18	Habitat	43
		Prise en charge	43
		Soins de longue durée	44
PROTECTION SOCIALE	19		
Assurance chômage	19	INEGALITES DE SANTE	45
Assurance maladie	19	Accès aux soins	45
Assurance privée	20	Discrimination	47
Cmu	21	Inégalités sociales de santé	48
Couverture sociale	21	Migrants	49
Minima sociaux	21	Pauvreté	49
Mutualité sociale agricole	23		
Protection sociale complémentaire	23	GEOGRAPHIE DE LA SANTE	50
Protection sociale d'entreprise	24	Effets de voisinage	50
Régimes de retraite	24	Planification sanitaire	51
Régime social des indépendants	26	Territoires gérontologiques	51
PREVENTION – SANTE	27	SOINS DE SANTE PRIMAIRES	53
Grippe	27	CAPL	53
Obésité	27	Coopération interprofessionnelle	54
		Démographie médicale	54
		Filières de soins	55
ECONOMIE DE LA SANTE –		Maisons de santé	56
DEPENSES DE SANTE	28	Médecine de groupe	56
Comptes de la santé	28	Médecine générale	57
Comptes de la Sécurité sociale	28	Modes de rémunération	57
Coût de la maladie	29	Organisation des soins	58
Dépenses pharmaceutiques	30	Pratique médicale	58
Dépenses de santé	31	Relation médecins-malades	60
Dépenses sociales	34		
Ethique	35	HOPITAL	61
Transports sanitaires	35	Accréditation	61
		Activité hospitalière	62
ETAT DE SANTE	36	Coût de l'hospitalisation	62
Cancers	36	Efficience	63
Dépression	36		
Handicap	37		
Maladies chroniques	37		

Hospitalisation à domicile	64		
Investissement hospitalier	64		
Listes d'attente	64		
Performance	65		
Sécurité des soins	65		
Tarifcation hospitalière.....	66		
PROFESSIONS DE SANTE	67	METHODOLOGIE – STATISTIQUE	84
Infirmiers	67	Dépenses de santé	84
Kinésithérapeutes.....	67	Diffusion de l'innovation.....	84
Planification	68	Inégalités de santé.....	85
		Mesure de la santé	86
MEDICAMENTS	68	DEMOGRAPHIE – MODE DE VIE	86
Consommation pharmaceutique	68	Alimentation	86
Dispositifs de remboursement.....	69	Conditions de vie	87
Dossier pharmaceutique.....	69	Indicateurs démographiques	87
Industrie pharmaceutique	69	Logement.....	89
Innovation médicale.....	70		
Marché du médicament.....	70	ECONOMIE GENERALE	90
Médicaments génériques	70	Emploi	90
Médicaments orphelins.....	71	Niveaux de vie	93
Pharmacie hospitalière.....	72	Salaires	94
Pharmacovigilance	73	Services à la personne	94
Politique du médicament	74		
Prescription.....	75	REGLEMENTATION	95
Prix.....	75	Biologie médicale.....	95
Pharmacie d'officine	76	Médecins.....	95
Publicité	77	Médicaments.....	95
TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MEDICALES	77	Index des auteurs	97
Imagerie médicale	77		
Innovation technologique.....	77	Carnet d'adresses des éditeurs	109
Télémédecine	78		
SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS	78		
Allemagne.....	78		
Belgique.....	78		
Etats-Unis	79		
Europe	81		
Irlande.....	82		
Portugal	82		
Royaume-Uni.....	83		
PREVISION - EVALUATION	83		
Evaluation des politiques publiques	83		
Evaluation économique	84		
Programmes régionaux de santé	84		

Références bibliographiques

Agences régionales de santé

44723

ARTICLE
LAFFONT (J.Y.)

De l'agence régionale d'hospitalisation à l'agence régionale de santé.

In « Territoires gérontologiques » : contraintes, défis et controverses.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03 ; n° 132 : Pages : 223-228
Cote Irdes : P8

Les Agences régionales de santé étaient attendues depuis longtemps par les professionnels de santé et les usagers. Regroupant sous une autorité unique la prévention, l'offre de soins dans toutes ses composantes (hospitalière et ambulatoire) et la gestion des crises sanitaires, les ARS permettront l'organisation d'une réponse complète et coordonnée aux besoins de santé, au - delà de la « simple » organisation de l'offre hospitalière publique et privée dont s'occupaient les ARH. (Extrait du résumé d'auteur).

Droits des usagers

44987

ARTICLE
CARIA (A.), WILS (J.), GHADI (V.), GOBEL (S.), NAIDITCH (M.). Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Représentants des usagers et présence associative dans les établissements de santé. Quelle participation ?

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/05-06; n° 534 : Pages : 66-70
Cote Irdes : C, R1804

A l'occasion d'un colloque sur les dispositifs de participation des usagers dans les établissements de santé, deux enquêtes nationales ont été réalisées fin 2008. L'une auprès des établissements adhérents aux trois fédérations hospitalières (FHF, FHP,

FEHAP), l'autre conduite par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) auprès de représentants d'usagers du système de santé et d'usagers « tout venant », via la ligne Santé Info Droits. Les résultats des établissements de santé montrent qu'il existe une reconnaissance et une présence croissante des associations dans les établissements de santé. Les réponses des usagers et de leurs représentants montrent toutefois que l'exercice pratique de leur participation n'est n'y aisé, ni généralisé.

44821

FASCICULE
GRIMALDI (A.), MARANGE (V.), BOUCHET (O.) et al.

La place du patient : dossier.

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA
MEDECINE UTOPIQUE
2010/04; n° 49 : Pages : 9-76
Cote Irdes : B6894
http://www.pratiques.fr/IMG/pdf/sommaire_Pratiques_no_49.pdf

Plus on parle de la place théorique du patient dans le système de soins et plus la réalité met en évidence le recul de ses droits réels. En témoignent, dans ce dossier, patients, soignants, mais aussi observateurs et chercheurs qui s'interrogent au chevet de notre système de santé. De multiples réformes se sont succédées durant les trente dernières années sans que les acteurs aient le recul ni la visibilité suffisants pour s'y retrouver. De la fermeture des hôpitaux publics de proximité aux créations d'usines de réparation laissant une large part aux entreprises privées, des progrès thérapeutiques à la responsabilisation, voire la culpabilisation des patients, de multiples enjeux se révèlent derrière des dispositifs de plus en plus contraignants et inégalitaires. Les patients seraient-ils les grains de sable qui contrarient la bonne marche de la machine à soigner ? Les soignants ne se retrouvent plus dans des missions qui les éloignent de leurs valeurs et, à terme, de leurs compétences. Il est donc urgent de redéfinir des places pour chacun qui redonnent à ces lieux leur fonction : soigner (4e de couverture).

44816

ARTICLE

Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue ?

REVUE PRESCRIRE

2010/07; n° 221 : Pages : 536-540

Cote Irdes : P80

On trouve des mises en cause judiciaires de médecins dès le XVII^e siècle en France. Au fur et à mesure que la médecine devenait plus scientifique, et parallèlement à l'évolution de la responsabilité civile et de la responsabilité pénale, les fautes susceptibles d'engager la responsabilité des médecins se sont précisées. Par étapes, on est passé d'une responsabilité pour faute ou négligence graves, dont le patient doit démontrer l'existence, à une obligation de résultat du soignant dans certains domaines, ainsi qu'à des réparations sans faute ou pour perte de chance. Cette évolution des rapports juridiques soignant-soigné s'est traduite par de nouveaux droits des patients. Cet article dresse un historique de cette évolution.

44792

ARTICLE

SAOUT (C.)

La régionalisation de la santé : une chance pour la démocratie sanitaire ?

La nouvelle gouvernance en santé. Dossier.

SANTE PUBLIQUE

2010/01-02 ; Vol. 22 : n°1 : Pages : 107-112

La démocratie sanitaire a consisté en France à reconnaître des droits individuels et des droits collectifs aux usagers du système de santé ainsi qu'à rendre les procédures de décision en santé plus contradictoire. Pour autant, ce mouvement ne s'est pas déployé sans obstacles depuis l'adoption de l'importante loi du 4 mars 2002. Sept ans après, la récente loi du 21 juillet 2009 vise à redonner une forme plus vigoureuse à la démocratie sanitaire, notamment en redonnant aux conférences régionales de santé et de l'autonomie les pouvoirs qui étaient les leurs dans la loi de 2002. Pour autant, rien n'est gagné. La vigilance est encore à l'ordre du jour (Résumé de l'auteur).

44753

ARTICLE

DUCOURNAU (P.)

Droits des usagers, droits et usagers.

INFORMATIONS SOCIALES

2010/03-04; n° 158 : Pages : 90-98

Cote Irdes : C, P158

Le consentement éclairé demandé aux patients avant un acte médical ne suscite pas forcément l'adhésion pleine et entière de ceux-ci. Une étude sur des pratiques de recueil du consentement à la recherche montre que la « passivité » des usagers face à un droit qui leur est destiné peut être le signe d'une résistance : consentir entraînerait une responsabilisation que certains préfèrent laisser du côté du corps médical (Résumé d'auteur.).

Loi HPST

45305

ARTICLE

CRISTOFARI (J.J.)

La loi HPST peut mener à la privatisation du système : entretien avec Didier Tabuteau.

PHARMACEUTIQUES

2010/06-07; n° 178 : Pages : 8

Cote Irdes : P28

Cet article rend compte d'un entretien avec Didier Tabuteau, directeur général de l'Agence du médicament et co-directeur de l'Institut Droit et santé à l'Université Paris Descartes, sur l'impact possible de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) sur le système de santé français, et notamment sur l'hôpital. L'interviewé craint une privatisation possible du système de santé sur le long terme.

44819

FASCICULE
BALTHAZARD (B.), BAVILLE (E.), CLEMENT
(J.M.) et al.

La loi HPST dans son contexte.

REVUE DROIT & SANTE
2010/01; n° 33 : Pages : 98p.
Cote Irdes : A4071
<http://www.leh.fr/edition/revue-droit-et-sante-033.html>

Ce fascicule spécial sur la loi Hôpital Patients Santé et Territoire place, tout d'abord, la nouvelle loi dans le contexte législatif sanitaire et médico-social de la France. Puis, il en fait une analyse selon les thématiques suivantes : une planification revisitée, une nouvelle organisation hospitalière, accès aux soins des populations et droit du travail.

Politique sociale

44591

ARTICLE
TREMOULINAS (A.)

Les fondements des Etats-providence européens.

PROBLEMES ECONOMIQUES
2010/06/09; n° 2997 : Pages : 43-47
Cote Irdes : P100

L'Europe se distingue par rapport au reste du monde par la qualité de son modèle social qui reste jusqu'à présent tout à fait singulier. Néanmoins, les tentatives d'instaurer une certaine harmonisation européenne se heurtent à de nombreuses difficultés. Ces dernières s'expliquent par la diversité des modèles sociaux en Europe – issus de particularismes culturels de constructions historiques et compromis politiques nationaux qui ont conduit à ce qu'on appelle aujourd'hui l'Etat-providence. En partant d'une lecture palanyienne de la division du lien social en don, la redistribution étatique et l'échange marchand, Esping Andersen a proposé une typologie qui fait aujourd'hui autorité. Il distingue quatre régimes : l'Etat-providence corporatiste-continentale, le régime social-démocrate scandinave, le régime libéral

anglo-saxon, ainsi que le régime méditerranéen et familiariste.

Psychiatrie

44670

ARTICLE
COLDEFY (M.), LE FUR (P.), LUCAS-
GABRIELLI (V.), MOUSQUES (J.)

Sectorisation et soins au long cours.

SANTE MENTALE
2010/06; n° 149 : Pages : 34-39
Cote Irdes : R1802, P50

Ce bilan de la sectorisation met en perspective la difficulté des soignants à déployer des prises en charge cliniques complexes pour assurer un suivi au long cours de qualité. Cinquante ans après la circulaire de 1960 mettant en place la politique de sectorisation psychiatrique, force est de constater que si le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques organisationnelles, la diversité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire comme celle des moyens humains, matériels et financiers mis à disposition des secteurs, font que ces derniers se caractérisent par une importante disparité. A la demande du conseil scientifique de la Cnamts portant sur la problématique de la démographie médicale en psychiatrie, l'Irdes a réalisé une étude visant à rendre compte des disparités entre secteurs de psychiatrie adulte, portant ainsi un regard sur le degré d'achèvement de cette politique territoriale pionnière de santé. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a ainsi été réalisée, s'appuyant sur les données des rapports d'activité des secteurs, mais aussi sur des données environnementales sur l'offre sanitaire et sociale et la population couvertes. Les secteurs sont ainsi classés selon leur niveau de dotation et leur plus ou moins grand engagement dans les objectifs de la sectorisation.

Réseaux de santé

43642

ARTICLE

ASSYAG (P.), RENAUD (T.), COHEN-SOLAL (A.), VIAUD (M.), KRYS (H.), BUNDALO (A.), MICHEL (P.L.), BOUKOBZA (R.), BOURGUEIL (Y.), COHEN (A.)

RESICARD : réseau Paris-Est pour la prise en charge des patients en insuffisance cardiaque : absence d'effets sur la mortalité et les réhospitalisations chez les patients en insuffisance cardiaque sévère inclus au décours d'une décompensation sévère.

RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation.

ARCHIVES OF CARDIOVASCULAR DISEASES

2009/01; 102 : n° 1 : Pages : 29-41

Cote Irdes : C, R1783

<http://www.em-consulte.com/article/201927>

L'insuffisance cardiaque (IC) représente un problème de santé publique majeur, lié à sa forte prévalence, et à l'augmentation croissante des hospitalisations. Une coordination de médecins généralistes et de cardiologues de ville et hospitaliers de l'est de Paris s'est constituée dans le cadre d'un réseau ville-hôpital afin de maintenir à domicile les patients insuffisants cardiaques graves.

45077

ARTICLE

SEBBAN (S.)

La France des réseaux bronchiolites.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2010/07-08; n° 3 : Pages : 14-19, carte

Cote Irdes : c, P204

La bronchiolite représente un lourd fardeau dans sa prise en charge en France : 400 000 cas annuels, difficultés de satisfaction des demandes de soins en ville, saturation des urgences hospitalières... Cette situation a conduit nombre de professionnels, hospitaliers et libéraux, masseurs-

kinésithérapeutes en tête, à imaginer des modes d'organisation des soins susceptibles de résoudre ces problèmes, à commencer par la création des réseaux. Cet article présente les résultats d'une enquête présentés lors des Journées des réseaux bronchiolites, en juin 2010.

Risque sanitaire

44813

ARTICLE

Industrie pharmaceutique et grippe H1N1 : le rapport de Paul Flynn au Conseil de l'Europe.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2010/08/08; n° 709 : Pages : 6-9

Cote Irdes : P72

Ce fascicule fait une analyse du rapport de Paul Flynn (groupe socialiste) : La gestion de la pandémie H1N1 : nécessité d'une plus grande transparence, présenté au Conseil de l'Europe. Ce rapport aborde tour à tour le rôle de l'Organisation mondiale de la santé, de l'industrie pharmaceutique, des Etats membres et de leurs autorités sanitaires et enfin celui des instances de l'Union européenne, dans la gestion de la pandémie H1N1. Le rapport est accessible sur le site du Conseil de l'Europe : http://assembly.coe.int/CommitteeDocs/2010/20100329_MemorandumPandemie_F.pdf

Systèmes de santé

44808

ARTICLE

STEFFEN (M.)

The French Health Care System : Liberal universalism.

Le système de santé français : universalisme libéral.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2010/06; Vol : 35 : n° 3 : Pages : 353-387, 2 tabl.
Cote Irdes : P82

This article analyzes the reforms introduced over the last quarter century into the French health care system. A particular public-private combination, rooted in French history and institutionalized through a specific division of the policy field between private doctors and public hospitals, explains the system's core characteristics: universal access, free choice, high quality, and a weak capacity for regulation. The dual architecture of this unique system leads to different reform strategies and outcomes in its two main parts. While the state has leverage in the hospital sector, it has failed repeatedly in attempts to regulate the ambulatory care sector. The first section of this article sets out the main characteristics and historical landmarks that continue to affect policy framing and implementation. Section 2 focuses on the evolution in financing and access, section 3 on management and governance in the (private) ambulatory care sector, and section 4 on the (mainly public) hospital sector. The conclusion compares the French model with those developed in the comparative literature and sets out the terms of the dilemma: a state-run social health insurance that lacks both the legitimacy of Bismarckian systems and the leverages of state-run systems. The French system therefore pursues contradictory policy goals, simultaneously developing universalism and liberalism, which explains both the direct state intervention and its limits.

PROTECTION SOCIALE

Assurance chômage

45108

ARTICLE
BLASCO (S.), FONTAINE (F.)

Etudier le non-recours à l'assurance chômage.

REVUE ECONOMIQUE
2010/09; n° 61 : n°: 5 : Pages : 933-943
Cote Irdes : P57

Une part significative des chômeurs éligibles ne font pas valoir leurs droits à l'indemnisation chômage. Cet article propose un modèle théorique permettant de rationaliser ce comportement. Quatre motifs de non recours sont considérés : les déterminants financiers, une information imparfaite sur les règles d'éligibilité, les difficultés pratiques pour faire une demande et l'efficacité de l'agence pour l'emploi comme méthode de recherche. Le modèle utilisé prend en compte la dynamique de la décision de recours et l'endogénéité de la relation entre recherche d'emploi et inscription. Cet article montre que la prise en compte du non-recours peut modifier les conclusions des évaluations théoriques et empiriques de l'assurance chômage.

Assurance maladie

45319

ARTICLE
LE PEN (C.)

Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?

DEBAT (LE)
2010/09-10; n°: 161 : Pages : 116-128
Cote Irdes : A4105

http://www.club-hippocrate.fr/home/www/www.club-hippocrate.fr/Applications/MAMP/htdocs/club_hippocrate/wp-content/uploads/2010/03/Assurance-maladie.pdf

Les sondages le montrent, l'opinion publique est nostalgique d'un temps révolu où une Sécurité sociale généreuse et financièrement

équilibrée donnait aux Français le sentiment qu'ils ne seraient jamais plus abandonnés face aux conséquences financières de la maladie et de la mort. Aujourd'hui au contraire, ils perçoivent avec angoisse une Sécurité sociale déficitaire, fragilisée, en voie même de privatisation, qui leur demande année après année de payer plus pour les couvrir moins. La question se pose donc de savoir si cette perception correspond à une réalité, d'apprécier les changements intervenus dans l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale depuis 1945 et d'anticiper les tendances d'évolution futures de manière à identifier les points de rupture et de continuité avec le modèle de Sécurité sociale à la française, notamment en ce qui concerne les formes de la solidarité. Ce que nous montrerons ici c'est que le trouble actuel provient moins d'une diminution du niveau de protection sociale des Français - qui a plutôt progressé - que d'une remise en cause de certains des principes fondateurs du modèle de 45.

44593

FASCICULE

Le pilotage des dépenses d'assurance-maladie en Europe : une étude de la Direction du Trésor.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/06/10 ; n° 705 : Pages : 10p.

Cote Irdes :P72

http://www.apmnews.com/documents/Rapport_Briet_20052010.pdf

Cet article synthétise une étude réalisée par la Direction du Trésor pour le rapport de Raoul Briet sur la pilotage des dépenses d'assurance maladie. Cette étude menée auprès des services économiques de l'Allemagne, de la Belgique, du Danemark et du Royaume-Uni, décrit les mécanismes utilisés dans ces pays pour réguler les dépenses de santé et fixer les objectifs de dépenses.

ARTICLE
WAGSTAFF (A.)

Social health insurance reexamined.

L'assurance sociale de santé revisitée.

HEALTH ECONOMICS

2010 : vol. 19 : n° 5 : 503-517.

Cote Irdes : P173

Social health insurance (SHI) is enjoying something of a revival in parts of the developing world. Many countries that have in the past relied largely on tax finance (and out-of-pocket payments) have introduced SHI, or are thinking about doing so. And countries with SHI already in place are making vigorous efforts to extend coverage to the informal sector. Ironically, this revival is occurring at a time when the traditional SHI countries in Europe have either already reduced payroll financing in favor of general revenues, or are in the process of doing so. This paper examines how SHI fares in health-care delivery, revenue collection, covering the formal sector, and its impacts on the labor market. It argues that SHI does not necessarily deliver good quality care at a low cost, partly because of poor regulation of SHI purchasers. It suggests that the costs of collecting revenues can be substantial, even in the formal sector where non-enrollment and evasion are commonplace, and that while SHI can cover the formal sector and the poor relatively easily, it fares badly in terms of covering the non-poor informal sector workers until the economy has reached a high level of economic development. The paper also argues that SHI can have negative labor market effects.

Assurance privée

HULLEGIE (P.), KLEIN (T.J.)

The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany.

Les effets de l'assurance privée de santé sur le recours aux soins et la santé perçue en Allemagne.

HEALTH ECONOMICS

2010 : vol. 19 : n° 9 : 1048-1062.

Cote Irdes : P173

In Germany, employees are generally obliged to participate in the public health insurance system, where coverage is universal, co-payments and deductibles are moderate, and premia are based on income. However, they may buy private insurance instead if their income exceeds the compulsory insurance threshold. Here, premia are based on age and health, individuals may choose to what extent they are covered, and deductibles and co-payments are common. In this paper, we estimate the effect of private insurance coverage on the number of doctor visits, the number of nights spent in a hospital and self-assessed health. Variation in income around the compulsory insurance threshold provides a natural experiment that we exploit to control for selection into private insurance. We document that income is measured with error and suggest an approach to take this into account. We find negative effects of private insurance coverage on the number of doctor visits, no effects on the number of nights spent in a hospital, and positive effects on health.

Cmu

44760

ARTICLE
DESPRES (C.)

La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/01-03; n°1 : Pages : 33-44, tabl.
Cote Irdes : C, R1786, P25

L'article a pour objectif d'analyser les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Nous montrons que les manières de concevoir et de mettre en oeuvre la réforme participent à la production des refus des praticiens de ville. Il s'appuie sur les résultats d'un testing réalisé en 2005, ayant fait l'objet d'une analyse mixte, quantitative et qualitative ainsi qu'une vingtaine d'entretiens auprès des praticiens.

Couverture sociale

45324

ARTICLE
MATH (A.)

Roms et autres : la protection sociale des ressortissants communautaires.

DROIT SOCIAL

2010/11; n° 11 : Pages : 1037-1051
Cote Irdes : P109

Cet article vise à revenir d'abord sur les progrès réalisés en matière d'égalité de droit entre ressortissants communautaires, progrès qui se sont traduits non seulement dans les textes et la jurisprudence, mais aussi dans les mentalités, à tel point qu'au début des années 2000, les instructions données aux caisses visaient à assimiler totalement le citoyen européen au citoyen français. Mais l'élargissement de l'Union européenne, et, en particulier, la perspective de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie, deux pays disposant de fortes minorités de Roms, va conduire les autorités à un changement d'attitude visant à limiter l'accès aux prestations. Ces changements intervenus à partir de 2006-2007 n'ont pas été linéaires et concernent les prestations d'assistance : prestations familiales, prestations d'assurance maladie. La situation est telle que, pour l'accès à certains droits, les Roms sont désormais parfois plus mal traités que des ressortissants d'Etats tiers en situation irrégulière.

Minima sociaux

45013

ARTICLE
ANNE (D.), L'HORTY (Y.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

Aides sociales locales, revenu de Solidarité active (RSA) et gains du retour à l'emploi.

Bas salaires et marché du travail.

Paris : Insee
ECONOMIE ET STATISTIQUE
2010/08; n°: 429-430/2009 : Pages : 129-157

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES429F.pdf

La prise en compte des aides sociales locales peut modifier sensiblement les diagnostics sur les effets des transferts sociaux destinés aux ménages à bas revenus. Un inventaire des prestations sociales locales et/ou extra-légales offertes en 2007 dans 13 villes françaises dont Paris, Lyon et Marseille, permet de mesurer les gains éventuels du retour à l'emploi pour les allocataires de minima sociaux (RMI et API). En effet, les mécanismes d'attribution des aides et les barèmes correspondants ont très souvent pour conséquence que dans la frange des très bas salaires, il est parfois désavantageux d'occuper un emploi. Les multiples réformes des prestations nationales et légales au cours des dix dernières années, en particulier celles de la prime pour l'emploi, n'ont pas été suffisantes pour garantir que le retour à l'emploi rapporte aux allocataires de minima sociaux. Dans un second temps, nous simulons les effets de la mise en oeuvre du RSA en substitution du RMI et de l'API. Le RSA rend le retour à l'emploi rémunérateur dans la quasi totalité des villes et des configurations familiales, ce que ne permet pas le RMI même si l'on prend en compte l'intéressement. Toutefois, les ajustements éventuels de l'offre locale d'aides sociales dans le nouveau contexte du RSA sont susceptibles de limiter ces effets positifs. Transformer les aides locales sous conditions de statut en aides sous condition de ressources permettrait de rendre les politiques sociales locales cohérentes avec les objectifs poursuivis par les politiques nationales (Résumé d'auteur).

44693

FASCICULE, INTERNET
CAZAIN (S.), SIGURET (I.)
Caisse Nationale des Affaires Familiales.
(C.N.A.F.). Paris. FRA

Le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active au 31 mars 2010.

E-SENTIEL (L) - CNAF
2010/06; n° 99 : Pages : 4p., pdf
Cote Irdes : C, Bulletin français

Au 31 mars 2010, le revenu de solidarité active (Rsa) est versé à 1,74 million de foyers

par les caisses d'Allocations familiales (Caf), en France métropolitaine. Le nombre d'allocataires du Rsa n'a cessé d'augmenter depuis juin 2009, en particulier sous l'effet de la montée en charge de la composante Rsa activité seul. La composante Rsa socle connaît également une augmentation soutenue depuis le mois de juin 2009. Ainsi, le nombre de bénéficiaires du Rsa socle non majoré (représentant environ 85 % du Rsa socle) progresse de près de 2 % en données corrigées des variations saisonnières (Cvs) au 1er trimestre 2010, en lien avec la situation dégradée du marché de l'emploi. L'évolution des bénéficiaires du Rsa socle majoré est, quant à elle, plus contrastée. Elle est liée principalement à des changements législatifs, ayant un léger impact sur les configurations familiales. La part des familles monoparentales dont les enfants sont âgés de plus de 3 ans s'élève ainsi à plus d'un tiers des bénéficiaires du Rsa socle majoré fin mars 2010 (contre environ un quart des allocataires de l'Api un an auparavant). Les bénéficiaires du Rsa socle perçoivent chaque mois en moyenne 743 euros de prestations versées par les Caf, dont 425 euros au titre du Rsa. Quant aux bénéficiaires du Rsa activité seul, leur montant moyen de Rsa s'élève à 165 euros pour un montant total de prestations perçues de 455 euros par mois (Résumé d'auteur).

45070

ARTICLE

En France, en 2010, 6 millions de personnes subsistent grâce aux minima sociaux.

REVUE PRESCRIRE
2010/09; n°: 323 : Pages : 702-704
Cote Irdes : P80

En France, en 2010, 9 minima sociaux, créés progressivement depuis 1956, visent à assurer un revenu minimum à certaines catégories de personnes en difficulté. 6 millions de personnes bénéficient de ces minima sociaux et cependant nombre d'entre elles vivent souvent dans des situations de pauvreté.

Mutualité sociale agricole

44837

FASCICULE

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

En 2008, près de 30 000 accidents du travail et maladies professionnelles ont été reconnus au régime agricole des non-salariés (ATEXA).

OES MENSUEL DE L'OBSERVATOIRE ECONOMIQUE ET SOCIAL : SYNTHESE 2010/02; n°: 19 : Pages : 3p., tab.

Cote Irdes : En ligne

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1276851949845_OES_TRIM.19_ACCIDENTS_DU_TRAVAIL.pdf

En 2008, 572 892 personnes (exploitants agricoles, conjoints et aides familiaux) ont été assurées à l'ATEXA (tous assureurs confondus, solidaires affiliés et DOM exclus). Sur la même année étaient recensés 29 358 accidents et maladies professionnelles (ATMP) avec ou sans arrêt de travail.

44835

FASCICULE

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

En 2009, les participations forfaitaires et les franchises médicales se sont élevées à 105 millions d'euros au régime agricole.

OES MENSUEL DE L'OBSERVATOIRE ECONOMIQUE ET SOCIAL : SYNTHESE 2010/02; n°: 19: Pages : 3p., tab.

Cote Irdes : En ligne

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

Suite à la réforme de l'assurance maladie, une participation forfaitaire a été instaurée à partir du 1er janvier 2005. Cette participation forfaitaire est due pour les actes réalisés par un médecin ou pour les actes de biologie. A cette mesure a été ajoutée, à compter de janvier 2008, la franchise médicale pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les participations

forfaitaires et les franchises médicales ont permis une économie de 105 millions d'euros en 2009 pour le régime agricole, en évolution de 0,6 % par rapport à l'année précédente résultant d'une baisse des participations forfaitaires, d'une part, et d'une hausse des franchises, d'autre part. L'impact sur les taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie est marginal.

Protection sociale complémentaire

45016

FASCICULE

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

La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2010/06; n°: 155 : Pages : 4p.

Cote Irdes : QES 155

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes155.pdf>

Selon les premiers résultats de la nouvelle enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'Irdes, en 2009, plus de deux établissements sur cinq (hors administration et secteur agricole) proposent une complémentaire santé à leurs salariés. L'offre de complémentaire santé pouvant différer selon les établissements d'une même entreprise, l'enquête PSCE est réalisée au niveau de l'établissement. Cependant, ce sont les caractéristiques des entreprises, plus que celles des établissements, qui expliquent l'offre. Ainsi, seules 32 % des très petites entreprises (TPE de moins de 10 salariés) proposent une complémentaire alors que 91 % des établissements des entreprises de 250 salariés et plus en proposent une. De même, plus la proportion de cadres employés au niveau de l'entreprise est forte, plus la proportion d'établissements proposant une couverture santé est élevée, ainsi que le niveau de garanties des contrats proposés. Par ailleurs, la loi Fillon de 2003 a incité les entreprises à adapter l'offre de

complémentaire santé aux salariés afin de conserver des exonérations fiscales et sociales. En 2009, le tiers des contrats date de moins de deux ans. Dans plus de trois établissements sur quatre, le ou les contrats sont exclusivement obligatoires ; 15 % des établissements déclarent avoir transformé un contrat facultatif en un contrat obligatoire pour se conformer à la législation. Les employeurs participent au financement du contrat à hauteur de 57 %. Dans 85 % des établissements, dont les salariés participent à ce financement, celui-ci est forfaitaire (Résumé d'auteur).

Protection sociale d'entreprise

GOULD (E.)

Employer-sponsored health insurance erosion continues in 2008 and is expected to worsen.

L'érosion de la protection sociale d'entreprise continue en 2008 et devrait empirer à l'avenir.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2010 : vol. 40 : n° 4 : 743-776.

Cote Irdes : P35

Although employer-sponsored health insurance (ESI) is the primary source of health coverage in the United States, at 61.9 percent of the under-65 population, the rate of this coverage has decreased every year since 2000, when 68.3 percent had ESI. By 2008, the rate of ESI coverage had fallen 6.4 percentage points, and 5 million fewer people under the age of 65 had ESI in 2008 than in 2000. Because of these large declines in ESI, workers and their families have become uninsured at alarming rates; more than 7.5 million more Americans became uninsured after 2000. Uninsured workers are disproportionately young, Hispanic, lower educated, and lower income; however, workers across all socioeconomic groups have experienced declines in coverage since 2000. Children's coverage also fell 7.0 percentage points over the 2000s, and the gap in ESI access by income substantially widened over this period. The only reason the

drop in ESI did not translate into a larger increase in the overall number of uninsured is that 3.4 million additional non-elderly people were covered by public insurance from 2007 to 2008. Because of the rise in unemployment between 2008 and 2010, the number without ESI and without any coverage at all is likely to swell in the coming years.

Régimes de retraite

44847

ARTICLE

CHARPENTIER (F.)

Retraites : répartition ou capitalisation ? La crise financière et économique renouvelle le débat.

FUTURIBLES

2010/07-08; n°: 365 : Pages : 37-51, graph.

Cote Irdes : P166

La crise financière et économique internationale a profondément modifié les termes du débat ancien opposant les tenants des régimes de retraite par répartition à ceux militant pour la capitalisation. Du fait des crises financières (2002-2003, puis 2007-2009), les fonds de pension anglo-saxons ont connus de telles faillites que plus personne n'ose encore les présenter comme une solution alternative aux systèmes par répartition. Et la crise n'est pas terminée, d'abord en raison de l'absence de dispositif de régulation des marchés financiers, ensuite parce qu'à partir de 2011, les effectifs de retraités vont fortement augmenter aux États-Unis. Mais ce n'est pas tout car, affirme l'auteur, le risque d'inflation est réel et que le rendement des placements financiers des ménages, qu'ils soient placés en actions ou en obligations, est loin d'être assuré sur le long terme. Mais le fait que les fonds de pension rencontrent de sérieuses difficultés ne saurait occulter le fait que les régimes par répartition sont aussi bousculés par la crise. Ainsi les régimes complémentaires de retraite français AGIRC (Association générale des institutions de retraites complémentaires) et ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire), du fait du recul des recettes se trouvent dès 2010 (et non à partir

de 2014 comme cela était anticipé) devoir tirer sur leurs réserves au demeurant limitées... Que faire face à une telle impasse, sachant que le passage à un régime par points, comme le système des comptes notionnels, ne saurait constituer une solution miracle, que leur adoption poserait au demeurant d'importants problèmes d'équité intergénérationnelle. Cet article soutient qu'il faut s'orienter vers des systèmes de retraite mixtes, mais d'abord consolider les régimes publics, ensuite réglementer le mode de gestion des fonds de pension, puis revoir la fiscalité de l'épargne retraite et veiller à ce qu'il en soit tiré un meilleur parti (Résumé de l'éditeur).

44846

ARTICLE
BLANCHET (D.)

Retraites : retours sur le constat.

FUTURIBLES
2010/07-08; n°: 365 : Pages : 23-36, graph.
Cote Irdes : P166

En introduction, cet article, rappelle, tout d'abord, deux données essentielles : celle relative à l'accroissement prévisible des effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus, tandis que se stabiliserait la population des personnes d'âge actif (pour autant que l'on raisonne toujours sur les 20-59 ans) ; et celle de l'accroissement corrélatif des dépenses de retraite rapportées au produit intérieur brut (13 % aujourd'hui), augmentation qui risque de se poursuivre, surtout dès lors que la croissance économique est faible (et à supposer que les pensions de retraite demeurent à un niveau stable, le taux de remplacement actuel se situant aux alentours de 65 %). Ensuite, l'auteur rappelle les différentes simulations faites pour la France par le Conseil d'orientation des retraites (COR) depuis le début des années 2000, puis l'impact des réformes introduites en 1993 et en 2003, montrant ce qui serait advenu si elles n'avaient pas été adoptées, d'abord dans l'hypothèse d'une conjoncture économique favorable, ensuite dans le contexte beaucoup plus préoccupant résultant de la crise et des perspectives économiques médiocres des prochaines années. Ainsi montre-t-il en

substance les conséquences importantes de cette crise et la dégradation très rapide du ratio retraites / PIB (produit intérieur brut). Il met ainsi en évidence le rôle déterminant de trois variables : le montant des pensions, le taux de croissance du PIB et l'âge auquel les Français liquident leur retraite. Ayant posé cette équation et montré combien le revenu des retraités serait amputé ou combien le prélèvement devrait être augmenté si rien n'était fait, cet article, s'appuyant toujours sur les plus récentes publications du COR, souligne la nécessité de jouer sur l'âge de la retraite au travers de deux mesures dont les effets n'interviennent pas aux mêmes horizons temporels : d'une part, repousser l'âge légal de la retraite ; d'autre part, accroître le nombre d'années de cotisation nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein (Résumé de l'éditeur).

44961

ARTICLE
HACHON (C.)

Education et progressivité des systèmes de retraite : quand les inégalités face à la mort comptent.

REVUE ECONOMIQUE
2010/07; vol. 61 : n°: 4 : Pages : 751-769
Cote Irdes : P57

Les systèmes de retraite opèrent une redistribution intra-générationnelle des ressources. Cette dernière, en modifiant la distribution de la richesse dans la population, peut affecter les décisions des agents, notamment en matière d'éducation. Dans cet article, nous montrons que si un système de retraite est progressif à long terme, alors une augmentation de la générosité moyenne de ce système a un impact négatif sur la part de la population éduquée. Ce résultat est standard dans la littérature. En revanche, si le système de retraite est régressif à long terme, alors une telle politique peut avoir un impact positif sur la part de la population éduquée. Le lien entre la générosité des systèmes de retraite et les décisions d'éducation est donc moins trivial qu'il y paraît.

44845

ARTICLE
D'YVOIRE (A.)

Les systèmes de retraite en Europe.

FUTURIBLES

2010/07-08; n°: 365 : Pages : 5-22, tabl.,
graph.

Cote Irdes : P166

Cet article brosse un panorama des systèmes de retraite en vigueur en Europe en rappelant, bien évidemment, la philosophie qui a présidé à leur développement. Ainsi distingue-t-il opportunément trois grands modèles qui, certes, ont évolué au fil du temps : — Les systèmes de retraite d'inspiration bismarckienne, fondés sur le principe des assurances sociales. Ils sont donc organisés dans un cadre professionnel, gérés par les partenaires sociaux, dont les financements reposent essentiellement sur les cotisations des employeurs et des salariés et où les droits à pension sont intimement liés à la durée desdites cotisations et au montant des rémunérations. Tel est le cas en particulier en Allemagne, en Italie, en Grèce et en France. — Les systèmes de retraite d'inspiration beveridgienne, qui dépendent essentiellement de l'État. Ils sont au départ dépourvus de lien avec l'activité professionnelle et assurent aux retraités une pension de base à laquelle peut être adjoind des régimes complémentaires reposant sur le principe de la capitalisation (les fonds de pension). — Les systèmes de retraite promus par la Banque mondiale dans les pays d'Europe de l'Est à l'issue de l'éclatement de l'empire soviétique, qui comportent trois étages, dont deux obligatoires : une pension de base de type bismarckien gérée en répartition et un deuxième étage géré en capitalisation. L'auteur, toutefois, ne manque pas de souligner que tous ces systèmes ont été amenés à évoluer et ne correspondent plus au modèle pur qui a présidé à leur établissement. Au demeurant, il souligne le fait que, dans tous les pays, certes à des dates différentes et avec plus ou moins d'anticipation, des réformes ont été engagées, qui visent toutes à freiner la hausse des dépenses liée aux pensions de retraite, en recourant notamment à deux mesures : l'allongement de la durée d'activité

professionnelle et l'épargne pour compenser la baisse relative des pensions de base. Ainsi montre-t-il que certains pays ont, de manière beaucoup plus anticipée que d'autres, pris les dispositions nécessaires pour faire face à l'inéluctable vieillissement de la population et à l'accroissement des dépenses de retraite. Il montre aussi que, si aucun d'entre eux n'a trouvé de divine solution, chacun a essayé avec plus ou moins d'anticipation de s'adapter à une nouvelle donne qui était aisément prévisible (Résumé de l'éditeur).

Régime social des indépendants

45162

FASCICULE

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

Éléments démographiques et financiers disponibles à fin juin 2010.

La Plaine Saint-Denis : RSI

TABLEAU DE BORD FINANCIER (RSI)

2010/07; n°: 46: Pages : 8p.

Cote Irdes : S2/1

<http://www.le->

[rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/
pdf/20100910_N46_](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20100910_N46_)

[tableau_de_bord_financier_RSI_juillet_2010.
pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20100910_N46_tableau_de_bord_financier_RSI_juillet_2010.pdf)

Au 31 mai 2010, la forte croissance des cotisants du RSI (+17,6 %) est toujours alimentée par l'arrivée de nouveaux auto-entrepreneurs. Alors qu'en 2009, le RSI a affilié un peu plus de 300.000 auto-entrepreneurs, les premiers mois de l'année 2010 sont plus dynamiques encore : près de 100.000 auto-entrepreneurs ont été affiliés au RSI au cours du 1er trimestre 2010, dont les trois quarts au titre de l'artisanat et du commerce. L'année 2009 a marqué la montée en charge du dispositif, 25.000 créations d'auto-entreprises ont été enregistrées en moyenne par mois. Cette moyenne sera probablement supérieure à 30.000 par mois pour l'année 2010. Cependant, cette dynamique des cotisants est sans doute à relativiser compte tenu de la part importante des auto-entreprises dites « dormantes ». En 2009, plus de 40 % des auto-entrepreneurs ont un

chiffre d'affaires nul. D'autre part, près de 10 % des auto-entreprises artisanales et commerciales créées en 2009 n'existent plus à ce jour. Pour les professionnels libéraux, couverts par le RSI pour le seul risque maladie, l'accélération de la croissance des cotisants par rapport aux mois précédents est le reflet du rattrapage des affiliations d'auto-entrepreneurs de cette catégorie (Résumé d'auteur).

44982

FASCICULE

Régime Social des Indépendants. (R.S.I.).
Direction des Etudes et des Placements.
(D.E.P.). Statistiques et Etudes Prospectives.
(S.E.P.). La Plaine Saint-Denis. FRA

Les prestations vieillesse des régimes de base du RSI en 2009.

La Plaine Saint-Denis : RSI
BILAN ANNUEL (RSI)
2010/07; n°: 47 : Pages : 4p., 3 graph., 4 tabl.
Cote Irdes : S2/1

http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20100827_N47_bilan_annuel_Jui10_prestations_vieillesse_RSI_2009.pdf

L'évolution des prestations vieillesse versées au titre du régime de base de droit direct du RSI a été impactée en 2009 par la baisse des retraites anticipées. La démographie demeure cependant la principale contribution à la croissance des prestations de droit direct. L'effet de la pension moyenne est toujours un moteur de croissance des prestations pour les artisans et un frein pour les commerçants. Pour les bénéficiaires de droits de réversion, la pension moyenne réelle est en diminution tant pour les artisans que pour les commerçants.

Grippe

45242

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

Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2010/2011.

Paris : CNAMTS
2010/09/23; Pages : 8p.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_grippe2010_vdef.pdf

Chaque année, dans le cadre de la loi de santé publique, l'Assurance Maladie se mobilise contre la grippe saisonnière, maladie contagieuse et qui peut être grave pour les personnes les plus fragiles. La nouvelle campagne de vaccination à destination des publics concernés se déroulera du 24 septembre 2010 au 31 janvier 2011. Pour la campagne 2009/2010, le taux de vaccination contre la grippe saisonnière a dépassé le seuil des 60 %, contre 58,7 % en 2008/2009. Au total, plus de 7 millions de personnes ont ainsi été vaccinées. Pour cette nouvelle campagne 2010/2011, l'Assurance Maladie invite 12,5 millions d'assurés à bénéficier de la prise en charge du vaccin contre la grippe saisonnière.

Obésité

45423

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

Prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : l'action de l'Assurance Maladie auprès des médecins traitants et des assurés.

Paris : CNAMTS
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/10/21; Pages : 1-6
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_Prevention_obesite_vdef.pdf

Dans le cadre du Programme national nutrition santé 2006-2010, l'Assurance Maladie s'est engagée à accompagner les professionnels de santé libéraux pour promouvoir la bonne pratique en matière de prise en charge et de prévention de l'obésité. Cette action est menée en concertation avec le Ministère de la santé et des sports.

ECONOMIE DE LA SANTE - DEPENSES DE SANTE

Comptes de la santé

45047

FASCICULE, INTERNET
FENINA (A.), LE GARREC (M.A.), KOUBI (M.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA, Direction de la Recherche - des
Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
(D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Comptes nationaux de la santé 2009.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE
TRAVAIL - DREES
2010/09; n° 149 : Pages : 4 vol.
(24p.+124p.+100p.), tabl., graph.
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.sante-sports.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2009.html>

Le rapport sur les comptes de la santé 2009 révèle que le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 175,7 milliards d'euros, soit 9,2 % du PIB. Elle a progressé en valeur moins rapidement qu'en 2008 (+3,3 % après +3,7 %) mais sa part a augmenté dans le PIB en raison de la baisse de celui-ci (9,2 % du PIB en 2009 contre 8,7 % en 2008). En volume, la CSBM a augmenté de 3,0 % en 2009, comme en 2008. La progression du

prix de la CSBM reste quant à elle limitée (+0,3 %), en raison notamment de la diminution du prix des médicaments. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 % en 2009, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,8 %. Le reste à charge des ménages s'établit quant à lui à 9,4 %.

Comptes de la Sécurité sociale

45323

ARTICLE

Dynamique des dépenses de l'assurance maladie et des coûts par pathologie : un éclairage de la CCSS.

In : Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2009 - Prévisions 2010-2011.
INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE
2010/10/21; n°: 717: Pages : 6-8
Cote Irdes : P72
<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201009.pdf>

Le rapport 2010 de la Commission des comptes de la Sécurité sociale publie une fiche thématique sur la dynamique des dépenses d'assurance maladie et des coûts par pathologie. Cet article présente les points essentiels de ce document. Une part croissante des dépenses des assurés en ALD (Affections longue durée) est liée à l'accroissement des effectifs pris en charge. Quatre groupes de pathologies portent 70 % de la dynamique des dépenses : pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections psychiatriques (hors maladie d'Alzheimer) et le diabète. Dans les modes de prise en charge, les dépenses d'hospitalisation constituent le plus gros poste (49 %), devant les dépenses de soins de ville (40 %) et les dépenses médico-sociales (10 %).

45301

FASCICULE

Evolution des dépenses d'assurance maladie : une comparaison franco-allemande de la CCSS.

In : Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2009 - Prévisions 2010-2011.
INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE
2010/10/07; n° 715 : Pages : 6-9
Cote Irdes : P72
<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201009.pdf>

La Commission des comptes de la Sécurité sociale vient de publier dans son dernier rapport une fiche thématique portant sur une comparaison franco-allemande de l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Les régimes de protection sociale allemand et français reposent sur des systèmes d'assurance maladie assez proches, fondés sur une logique d'assurance maladie bismarkienne, avec une très large couverture par l'assurance maladie publique. La différence tient à l'organisation du système, avec une gestion nationale centralisée pour la France et décentralisée dans les Länder pour l'Allemagne. Alors que l'assurance maladie française est constamment déficitaire depuis 1989, l'assurance maladie Allemagne a renoué avec les excédents depuis 2004, hormis l'année 2009. Cet article présente les points essentiels de cette fiche éclairage.

Coût de la maladie

44814

ARTICLE

La prise en charge des pathologies cardio-vasculaires : une comparaison européenne de la CCSS.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE
2010/07/01; n°: 708 : Pages : 6-8
Cote Irdes : P72
<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201006.pdf>

Ce fascicule fait une analyse de la fiche éclairage publiée dans les derniers comptes de la sécurité sociale (rapport 2009-2010) sur

la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires en Europe. Ces pathologies occupent, en effet, la première place dans les dépenses de santé des pays développés. En France, 2,2 millions de personnes sont traitées en affection de longue durée, pour un coût évalué pour le régime général à 17,9 milliards d'euros en 2007. Si d'importants progrès ont été réalisés en termes de mortalité pour la plupart des pays, la dynamique des dépenses d'assurance maladie continue d'être tirée par ces maladies (suivies par les cancers et le diabète).

44766

ARTICLE

EISINGER (F.), KULLING (G.)

Prise en charge des personnes à haut risque de cancer Aspects assurantiels.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/01-03; n° 1 : Pages : 89-94
Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101_Prise_en_charge_des_personnes_a_haut_risque.pdf

Les progrès technologiques et scientifiques, permettant une meilleure prise en charge des individus, ne peuvent se concevoir que si une organisation sociale rend leur utilisation possible (accessibilité), efficace (contrôle de qualité) et équitable. Parmi les nombreux freins et obstacles possibles, on peut citer la dimension économique, c'est-à-dire pour simplifier : qui paye ? et de manière plus complexe : comment les coûts sont-ils répartis ? Dans cet article, les auteurs prennent comme exemple d'innovation la possibilité d'identifier des personnes ayant un risque absolu élevé de faire un cancer en raison d'anomalie génétique constitutionnelle délétère (mutation) héritée à la naissance.

44757

ARTICLE

RICCI (P.), CHANTRY (M.), DETOURNAY (B.), et al.

Analyse économique des soins des personnes traitées pour diabète (études Entred 2001 et 2007).

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/01-03; n° 1 : Pages : 1-10

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101_Cout_des_soins_pour_diabete_ENTRED_2001-2007 .pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101_Cout_des_soins_pour_diabete_ENTRED_2001-2007.pdf)

Cette étude analyse les remboursements de l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète en France, mesure leur évolution entre 2001 et 2007 et identifie les facteurs associés aux consommations de soins.

déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008. 12 % des enquêtés déclarent avoir modifié leurs achats de médicaments suite à la mise en place des franchises. Ce comportement est influencé par le niveau de revenu et l'état de santé : la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 € par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1 167 € par mois, soit un quasi-doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparés aux autres. Une différence similaire est observée entre les individus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais comparés à ceux qui se déclarent en bonne santé (Résumé d'auteur).

45342

FASCICULE, INTERNET

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

Medicam 2004-2009. Médicaments remboursés par le Régime général au cours des années 2004 à 2009 (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).

Paris : CNAMTS

2010/06; Pages : tabl.

Cote Irdes : c, en ligne

Medic'AM présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés au cours des années 2004 à 2009 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Ce tableau présente pour chaque médicament, par code CIP, les données suivantes : la base de remboursement de 2004 à 2009 ; le montant remboursé de 2004 à 2009 ; le dénombrement (nombre de boîtes remboursées) de 2004 à 2009 ; la base de remboursement des prescripteurs de ville de 2004 à 2009 ; la base de remboursement des autres prescripteurs de 2004 à 2009. L'historique de 2002 à 2009 peut être aisément reconstitué grâce aux données Medic'AM d'avril 2008 (MEDIC'AM 2002-2007) dont le champ d'étude et la méthodologie sont identiques. En 2006, le

Dépenses pharmaceutiques

45420

FASCICULE

KAMBIA-CHOPIN (B.), PERRONNIN (M.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2010/10; n° 158 : Pages : 8p.

Cote Irdes : QES 158

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

Les franchises de 0,5 € sur les boîtes de médicaments, mises en place le 1er janvier 2008, avaient notamment pour objectif d'inciter les individus à réguler leur consommation de médicaments. Néanmoins, la somme prélevée par boîte étant la même quels que soient la nature du médicament, le niveau de ressources et l'état de santé des individus, cette charge financière pèse plus fortement sur les individus malades ou à faibles revenus et peut les contraindre à renoncer à des soins utiles. Afin d'apporter un premier éclairage sur ces hypothèses, une analyse a été menée à partir de données

codage des médicaments remboursés à 15 % n'était pas disponible dans les bases informationnelles de la CNAMTS. Toutefois, le montant global correspondant à ces médicaments figure dans le tableau (première ligne).

45341

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

Medicam 2004-2008. Médicaments remboursés par le Régime général au cours des années 2004 à 2008 (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).

Paris : CNAMTS
2010/07; Pages : tabl.
Cote Irdes : c, en ligne

Medic'AM présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés au cours des années 2004 à 2008 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Ce tableau présente pour chaque médicament, par code CIP, les données suivantes : la base de remboursement de 2004 à 2008 ; le montant remboursé de 2004 à 2008 ; le dénombrement (nombre de boîtes remboursées) de 2004 à 2008 ; la base de remboursement des prescripteurs de ville de 2004 à 2008 ; la base de remboursement des autres prescripteurs de 2004 à 2008. L'historique de 2002 à 2008 peut être aisément reconstitué grâce aux données Medic'AM d'avril 2008 (MEDIC'AM 2002-2007) dont le champ d'étude et la méthodologie sont identiques. En 2006, le codage des médicaments remboursés à 15 % n'était pas disponible dans les bases informationnelles de la CNAMTS. Toutefois, le montant global correspondant à ces médicaments figure dans le tableau (première ligne).

Dépenses de santé

45370

ARTICLE

Maîtrise médicalisée des dépenses de santé : des mesures diverses depuis les années 1990 en France.

REVUE PRESCRIRE
2010//11; Vol. 30 : n°: 325: Pages : 857-859
Cote Irdes : P80

Depuis 1993, des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie se sont succédées en France, au fil des discussions conventionnelles avec les médecins libéraux. Ces mesures ont été tantôt incitatives comme les visites des délégués de l'assurance maladie ou les échanges confraternels avec ses praticiens conseils, tantôt normatives, comme les Références médiales opposables (Rmo) ou les soumissions à accord préalable, tantôt contractuelles, comme les accords de bon usage de soins. L'évaluation de ces mesures est peu développée. D'après des évaluations globales provenant de l'assureur maladie obligatoire (Sécurité sociale) et du ministère en charge de la santé, l'efficacité de ces mesures de maîtrise médicalisée semble modeste en termes d'économie réalisées.

45289

ARTICLE, INTERNET
LEGAL (R.), RAYNAUD (D.), VIDAL (G.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA, Direction de la Recherche - des
Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
(D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation.

Comptes nationaux de la santé 2009.
Dossiers
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE
TRAVAIL - DREES
2010/09; n°: 149 : tome 2 : Pages : 73-93,
graph., tabl.
Cote Irdes : En ligne

La présente étude offre, pour la première fois, une analyse microéconomique de la structure de financement des dépenses de santé des ménages. Celle-ci est loin d'être uniforme,

compte tenu de l'hétérogénéité de la population face au risque maladie, d'une part, et face à sa prise en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires, d'autre part. La distribution du reste à charge au niveau des ménages est donc très variable selon leur âge et leur niveau socioéconomique. Les ménages modestes, plus âgés et en moins bonne santé que les plus aisés ont ainsi en moyenne des dépenses plus élevées. Leur structure de consommation est également particulière, marquée par un recours plus important à l'hôpital mais plus faible aux spécialistes pratiquant des dépassements ainsi qu'une consommation moindre des soins les moins bien pris en charge par l'assurance maladie (optique et dentaire). La couverture complémentaire est un déterminant important de l'accès aux soins : 94 % de la population en dispose. Toutefois, le niveau de garantie offert est très variable : ce sont les actifs qui sont le plus fréquemment couverts par un contrat haut de gamme, tandis que les jeunes sont plus fréquemment couverts par des contrats d'entrée de gamme et les retraités par des contrats intermédiaires. En définitive, le niveau de remboursement au titre de l'assurance complémentaire dont dispose un individu dépend assez peu de son état de santé. La structure de financement et le reste à charge des ménages sont très sensibles à leur niveau de vie et à leur position par rapport à l'emploi. C'est pour les plus modestes, les moins bien insérés sur le marché du travail et les plus âgés que la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale est la plus élevée. Ce sont eux aussi qui bénéficient le plus de la CMUC. A contrario, les plus aisés financent une part non négligeable de leur santé à partir de fonds privés. Le reste à charge moyen des ménages augmente avec leur niveau de vie, qu'on le considère uniquement après intervention de l'assurance maladie, pour mesurer l'ampleur de la solidarité que celle-ci organise, ou également après prise en compte de la prise en charge des organismes complémentaires. Toutefois, si l'on rapporte ce reste à charge au revenu disponible des ménages, pour avoir une mesure de l'effort financier qu'ils consacrent à leur santé, l'on constate a contrario que le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur

niveau de vie est faible. La couverture complémentaire, et notamment la CMU-C, joue un rôle important pour alléger la charge financière des plus modestes : elle permet de diviser leur taux d'effort par 3,5. Pour les plus aisés, l'intervention des complémentaires privées divise par 3 leur taux d'effort.

45288

ARTICLE, INTERNET
LEGAL (R.), RAYNAUD (D.), VIDAL (G.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA, Direction de la Santé - des
Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
(D.R.E.E.S.). Paris. FRA

***La prise en charge des dépenses
maladie des assurés sociaux en
fonction du risque constaté : quelle
contribution de l'assurance maladie et
des organismes complémentaires ?***

Comptes nationaux de la santé 2009.

Dossiers

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE
TRAVAIL - DREES

2010/09; n°: 149 : tome 2: Pages : 57-72,
graph., tabl.

Cote Irdes : C, En ligne

[http://www.sante-
sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat149_partie2.p
df](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat149_partie2.pdf)

La présente étude analyse la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD). La dépense des assurés ayant le risque santé le plus élevé est en moyenne 6 fois supérieure à celle des autres assurés, ce qui traduit bien la gravité des pathologies qui les affectent. L'assurance maladie contribue à améliorer significativement l'accessibilité financière aux soins pour les plus malades : après son intervention, la dépense moyenne de ces personnes est divisée par 12. Toutefois, malgré l'ampleur de la redistribution horizontale qu'elle organise, les plus malades supportent un reste à charge moyen toujours plus élevé que les autres assurés. L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante : en effet, les personnes les plus modestes ont plus

fréquemment un risque santé élevé que les plus aisées. Toutefois, même si le système actuel constitue un filet de protection largement efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses de santé importantes qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ces restes à charge « catastrophiques » sont principalement liés aux dépenses hospitalières. L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des assurés. Logiquement, la part de la dépense qu'elle prend en charge est d'autant plus importante que celle de l'assurance maladie est faible. Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées et donc l'écart de risque avec les moins malades et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent.

45035

ARTICLE
CORRIERI (S.), HEIDER (D.),
MATSCHINGER (H.), LEHNERT (T.), et al.

Inégalités liées au revenu, à l'éducation et au sexe dans le financement des soins à la charge des patients pour les personnes âgés de 65 et plus. Une revue systématique.

Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY
IN HEALTH

2010; Vol : 9 : n° 20 : Pages : 11p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.equityhealthj.com/content/9/1/20>

In all OECD countries, there is a trend to increasing patients' copayments in order to

balance rising overall health-care costs. This systematic review focuses on inequalities concerning the amount of out-of-pocket payments (OOPP) associated with income, education or gender in the Elderly aged 65+. Based on an online search (PubMed), 29 studies providing information on OOPP of 65+ beneficiaries in relation to income, education and gender were reviewed. Low-income individuals pay the highest OOPP in relation to their earnings. Prescription drugs account for the biggest share. A lower educational level is associated with higher OOPP for prescription drugs and a higher probability of insufficient insurance protection. Generally, women face higher OOPP due to their lower income and lower labour participation rate, as well as less employer-sponsored health-care. While most studies found educational and gender inequalities to be associated with income, there might also be effects induced solely by education; for example, an unhealthy lifestyle leading to higher payments for lower-educated people, or exclusively gender-induced effects, like sex-specific illnesses. Based on the considered studies, an explanation for inequalities in OOPP by these factors remains ambiguous.

45290

ARTICLE, INTERNET

LE (F.), TALLET (F.)

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

Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins.

Comptes nationaux de la santé 2009.

Eclairages.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE
TRAVAIL - DREES

2010/09; n°149, tome 2 : Pages : 135-148,
graph., tabl., cartes

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat149_partie2.pdf

Cet éclairage actualise et complète l'étude présentée l'année dernière dans le rapport sur les comptes de la santé de 2008 : « les disparités départementales des dépenses de

santé ». En ce qui concerne les soins en ville, l'étude présentée l'année dernière ne portait que sur le champ des personnes affiliées au régime général. Ce champ est élargi ici aux personnes affiliées aux régimes des indépendants (Régime social des indépendants, RSI) et des agriculteurs (Mutualité sociale agricole, MSA). L'étude couvre ainsi 96 % de la population métropolitaine pour ce qui concerne les soins de ville et 100 % de la population pour ce qui concerne les soins hospitaliers de court séjour. La comparaison des disparités de consommation en soins de ville et en soins hospitaliers est complétée par l'analyse des flux de patients entre départements tant pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers.

45024

ARTICLE
DORMONT (B.)

Le vieillissement ne fera pas exploser les dépenses de santé.

ESPRIT
2010/07; Pages : 93-106
Cote Irdes : C, INI 1916

Quand on observe la progression parallèle du vieillissement de la population et des dépenses de santé, on est amené à penser que l'un ne va pas sans l'autre. Pourtant, la première n'entraîne pas automatiquement la seconde, qui découle plutôt des changements techniques dans le traitement de maladies lourdes. Dès lors, il n'y a pas à considérer la vieillesse comme une charge ingérable collectivement mais plutôt une occasion d'affirmer des choix de société.

45019

ARTICLE
FIORONI (T.)

Economies optimales et dépenses de santé au cours du cycle de vie.

Optimal savings and health spending over the life cycle.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/08; Vol : 11 : n° : 4 : Pages : 355-365, 7 fig.

Cote Irdes : P151

This paper investigates the relationship between saving and health spending in a two-period overlapping generations economy. Individuals work in the first period of life and live in retirement in old age. Health spending is an activity that increases quality of life and longevity. Empirical evidence shows that both health spending and saving behave as luxury goods but their behaviour differs markedly according to the level of per capita GDP. The share of saving on GDP has a concave shape with respect to per capita GDP, whereas the share of health spending on GDP increases more than proportionally with respect to per capita GDP. The ratio of saving to spending is nonlinear with respect to income, i.e. first increasing and then decreasing. This ratio, in the proposed model, is equal to the ratio between the elasticity of the utility function with respect to saving and the elasticity of the utility function with respect to health.

Dépenses sociales

44576

FASCICULE
ELBAUM (M.)
Observatoire Français des Conjonctures
Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA

Quel pilotage pour les comptes sociaux ?

LETTRE DE L'OFCE (LA)
2010/06/04; n°319 : Pages : 8p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Bulletin français

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/319.pdf>

L'évolution des dépenses et des comptes sociaux est devenue un élément clé du pilotage des finances publiques : alors qu'en 2008, les administrations de sécurité sociale (ASSO), qui concentrent près de 46 % des dépenses publiques, étaient quasiment revenues à l'équilibre ; la dégradation de leur situation financière, sous l'effet des pertes de recettes sociales dues à la crise (avec un besoin de financement

voisin de 1,3 point de PIB en 2009), repose la question de leur pilotage à court, moyen et long terme. Les changements institutionnels intervenus depuis une dizaine d'années ont certes voulu introduire davantage de clarté et de cohérence dans l'analyse des perspectives des comptes sociaux, mais, en dépit de progrès qui ont amélioré l'information des parlementaires et des acteurs sociaux, la situation actuelle apparaît paradoxale si on la compare à celle qui prévalait il y a une vingtaine d'années. À court terme, les hypothèses économiques apparaissent désormais plus réalistes et régulièrement mises à jour lors de l'élaboration des projets de lois financières. À moyen terme au contraire, les contraintes liées au Pacte de stabilité et de croissance conduisent à des perspectives à la fois peu réalistes et fortement normées, qui empêchent l'exploration et la mise en débat d'éventuels scénarios alternatifs, ce que la situation des comptes sociaux justifierait pour des raisons à la fois techniques, économiques et sociales. Enfin, l'existence de plusieurs « Hauts Conseils » aux missions spécifiques ne permet pas l'établissement de scénarios de projection à long terme concernant de façon cohérente l'ensemble des dépenses sociales, non seulement en matière de retraites, mais aussi de santé, de famille, ou de dépendance.

Ethique

45298

FASCICULE
GADREAU (M.), FLEURBAEY (M.), LUCHINI (S.) et al.

Enjeux éthiques en économie de la santé.

REVUE DE PHILOSOPHIE ECONOMIQUE
2009; Vol: 10 : n° 1 : Pages : 148p.
Cote Irdes : A4097

<http://www.cairn.info/revue-de-philosophie-economique-2009-1.htm>

Les conflits entre l'économie et l'éthique se sont radicalisés dans le champ de la santé depuis le début des années 1970 au fur et à mesure que les questionnements se multipliaient : dans quelle mesure peut-on

utiliser le modèle de l'homo œconomicus ? La mise en œuvre de critères de justice sociale condamne-t-elle les impératifs de coût et de gestion ? Et si oui, comment ? Réciproquement, les contraintes économiques qui affectent le fonctionnement des systèmes de santé doivent-elles empêcher la mise en œuvre de critères de justice ? Ou, dit autrement, l'efficacité de l'allocation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé doivent-elles définir une éthique ? Telle est la problématique abordée dans ce fascicule.

Transports sanitaires

45424

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

Transports de malades : évolution des dépenses en 2009.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2010/10/21; Pages : 1-12
Cote Irdes : En ligne

La CNAMTS fait le constat d'une croissance en volume des transports des malades « mieux maîtrisée depuis quelques années » qui s'est réduite à près de 3 % en moyenne depuis 2007 contre près de 6,5 % sur la période 2000-2006. Cette meilleure maîtrise est le fruit d'un ensemble d'actions déployées depuis trois ans, constate la caisse. Mais des marges de manoeuvre existent encore pour rationaliser et optimiser la dépense d'assurance maladie dans ce secteur, notamment à cause de la substitution progressive des transports en VSL par ceux en taxis et en ambulance. Le recours aux transports est très variable d'un département à l'autre sans que cela s'explique par le contexte géographique. Les prescriptions des établissements hospitaliers, qui représentent près des deux tiers des prescriptions, sont également très hétérogènes sur le territoire, le recours aux différents modes de transports apparaissant fortement corrélé à la structure de l'offre locale. La Cnamts prévoit donc de poursuivre

et de renforcer ses actions pour promouvoir le bon usage des transports, en les orientant vers les prescripteurs hospitaliers. L'Assurance maladie, en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), va mettre en œuvre, début 2011, le dispositif de contractualisation prévu par l'article 45 de la LFSS 2010. Le décret d'application de ces contrats est « en cours d'élaboration » a précisé son directeur. Elle prévoit également de poursuivre les actions engagées dans la médecine de ville avec les délégués de l'Assurance maladie.

ETAT DE SANTE

Cancers

44993

ARTICLE
AUTIER (P.), BONIOL (M.), LAVACHIA (C.)
et al.

Disparités dans l'évolution de la mortalité par cancer du sein dans 30 pays européens : analyse rétrospective à partir de la base de mortalité de l'OMS.

Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European Countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2010; Pages : 7p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : En ligne

Les femmes européennes sont loin d'être égales devant le risque de décès par cancers du sein, selon une étude rétrospective du Centre international de recherche sur le cancer de Lyon (OMS), publiée sur le site Internet du British Medical Journal. Ces vingt dernières années, la mortalité due à ces tumeurs a diminué dans la majorité des trente pays d'Europe, mais il existe de grandes disparités, constatent les auteurs qui se disent surpris par les résultats décevants de la France, nation du plan cancer. « La baisse de la mortalité par cancer du sein en France est assez modeste alors que le pays

enregistre le nombre le plus élevé de mammographies par million de femmes, qu'il consent les dépenses les plus importantes en traitements anticancéreux par personne en Europe, qu'il est en tête pour l'utilisation des traitements innovants et coûteux et qu'il a consacré beaucoup d'efforts pour améliorer le suivi des référentiels », constatent les auteurs de l'étude. Dans le même temps, le Royaume-Uni obtient la mention très bien.

Dépression

45260

ARTICLE

Dépression résistante : pas de panacée, beaucoup d'incertitudes.

REVUE PRESCRIRE
2010; Vol. 30 : n° 324 : Pages : 754-760
Cote Irdes : P80

Au moins 50 % des patients atteints de dépression ne sont pas en rémission après plusieurs semaines d'un médicament antidépresseur. Quelles sont alors les thérapeutiques disponibles et leur balance bénéfiques - risques ? Cet article tente de répondre à cette question, à partir d'une synthèse de l'évaluation disponible utilisant la méthode habituelle de Prescrire.

ARTICLE

VAN (D.V.), BRACKE (P.), LEVECQUE (K.)

Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression.

Différences selon le sexe de l'épidémiologie de la dépression dans 23 pays d'Europe : Etude internationale sur l'écart observé selon le sexe des cas de dépression.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2010 : vol. 71 : n° 2 : 305-313.
Cote Irdes : P103

One of the most consistent findings in the social epidemiology of mental health is the gender gap in depression. Depression is approximately twice as prevalent among women

as it is among men. However, the absence of comparable data hampers cross-national comparisons of the prevalence of depression in general populations. Using information about the frequency and severity of depressive symptoms from the third wave of the European Social Survey (ESS-3), we are able to fill the gap the absence of comparable data leaves. In the ESS-3, depression is measured with an eight-item version of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. In the current study, we examine depression among men and women aged 18-75 in 23 European countries. Our results indicate that women report higher levels of depression than men do in all countries, but there is significant cross-national variation in this gender gap. Gender differences in depression are largest in some of the Eastern and Southern European countries and smallest in Ireland, Slovakia and some Nordic countries. Hierarchical linear models show that socioeconomic as well as family-related factors moderate the relationship between gender and depression. Lower risk of depression is associated in both genders with marriage and cohabiting with a partner as well as with having a generally good socioeconomic position. In a majority of countries, socioeconomic factors have the strongest association with depression in both men and women. This research contributes new findings, expanding the small existing body of literature that presents highly comparable data on the prevalence of depression in women and men in Europe.

Handicap

ARTICLE
PAGAN-RODRIGUEZ (R.)

Onset of disability and life satisfaction: evidence from the German Socio-Economic Panel.

Qualité de vie au début d'un handicap : évidence à partir du panel socio-économique allemand.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2010 : vol. 11 : n° 5 : 471-485.
Cote Irdes : P151

This paper analyses the effect of the onset of disability on the well-being of individuals. In particular, we are interested in studying whether people can adapt to disability over time after its onset. Using longitudinal data from the German Socio-Economic Panel (GSOEP) for the period 1984-2006, we estimate life satisfaction equations using a fixed-effects model for working-age males (aged 21-58). The results show that disability has a significant negative effect on life satisfaction, but, in time, hedonic adaptation will return disabled males to life satisfaction levels registered by those who have not become disabled. These findings contribute to supporting the idea within psychology literature that individuals bounce back from painful events or adversities (such as the onset of disability) to achieve initial life satisfaction scores.

Maladies chroniques

ARTICLE
HOWARD (D H), THORPE (K E), BUSCH (S. H.)

Understanding recent increases in chronic disease treatment rates: more disease or more detection?

Comprendre la montée récente des taux de traitement des maladies chroniques : davantage de maladies ou un meilleur dépistage ?

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2010 : vol. 5 : n° 4 : 411-435.
Cote Irdes : P197

The proportion of the population treated for major medical conditions, including diabetes, cancer and mental illness, increased rapidly during the 1990s. We document the magnitude of these increases and use a model of prevalence to identify three potential causes: increased clinical incidence of disease, longer survival times among persons with chronic illnesses and increased detection. We present a series of analyses to evaluate the contribution of each factor. We find that increases in obesity explain a large proportion of the increase in treatment rates for conditions closely linked to obesity (e.g. diabetes). We provide some evidence that increases in treated

prevalence unexplained by changes in the underlying clinical incidence of disease are driven by increased detection and treatment of patients with 'subclinical' illness.

Migrants

45136

FASCICULE, INTERNET
PEIRO (M.J.), BENDICT (R.), PACE (P.) et al.

Migration et santé dans l'Union européenne.

Migration and health in the European Union.

EUROHEALTH
2010; Vol. 16 : n°: 1 : Pages : 48p.
Cote Irdes : Bulletin étranger
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL16No1/vol16no1.pdf>

In 2007, health and migration was a major theme of the Portuguese Presidency of the EU Council. It was also prominent under the recent Spanish Presidency. The articles in this issue illustrate that while positive progress has been made, substantial challenges remain, for example some of the legal obstacles to health care access and the need to develop a more migrant sensitive workforce.

Santé environnementale

45025

ARTICLE
MELIANI (I.), ROUSSEL (I.), KERMADI (S.)

Policies and practices of environmental health through the example of the municipality of Meyzieu (Rhône department).

Politiques et pratiques de la santé environnementale à travers l'exemple de la commune de Meyzieu (Département du Rhône).

EUROHEALTH

2010/04-06; Vol : 52 : n°: 206 :Pages : 213-234

Cote Irdes : C, INI 1917

La réalisation d'un Plan National de Santé Environnement consacre l'émergence, bien tardive, de la notion de santé environnementale en France. Le plan national préconise un certain nombre de mesures pour limiter les risques liés à la présence de substances toxiques et de la pollution de l'air dans l'environnement. Comment ces mesures sont-elles appliquées dans la réalité ? Correspondent-elles à des dispositifs institutionnels communaux et à des pratiques de santé des habitants ? Cette contribution, en s'appuyant sur l'exemple de la commune de Meyzieu, essaie de saisir quelles sont les actions communales entreprises pour essayer d'améliorer la salubrité de la vie des majolans. Pour mieux saisir comment ces mesures sont perçues par la population, les principaux résultats d'une enquête réalisée en 2007, dans le cadre d'une étude sur la santé environnementale, auprès d'un échantillon de 337 habitants de la commune de Meyzieu (Est lyonnais) sont présentés.

Travail et santé

45277

FASCICULE, INTERNET
EUZENAT (D.)

Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007.

DARES Analyses - DARES Indicateurs
2010/09; n°: 056 : Pages : 11p., tabl., graph.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-056-2.pdf>

En 2007, 44 000 maladies professionnelles contractées par les salariés affiliés au régime général de la sécurité sociale ont été reconnues. Quatre de ces maladies professionnelles reconnues sur cinq sont des troubles musculo-squelettiques. Ces pathologies sont particulièrement fréquentes

dans l'industrie de la viande, de l'habillement, des équipements du foyer, dans la blanchisserie et, dans une moindre mesure, la construction. Les ouvriers et les femmes, tout particulièrement les ouvrières, sont les plus exposés. Ces troubles sont reconnus majoritairement entre 40 et 59 ans. Les maladies provoquées par l'amiante représentent 15 % des maladies professionnelles reconnues mais constituent la grande majorité des cancers professionnels reconnus ; elles touchent presque exclusivement des hommes. La surdité affecte principalement les ouvriers de l'industrie, tandis que les jeunes coiffeuses sont les plus exposées aux dermatoses.

ARTICLE
WALKER (C.)

Ruptured identities: leaving work because of chronic illness.

Rupture d'identités : quitter son emploi pour maladie chronique.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2010 : vol. 40 : n° 4 : 629-643.
Cote Irdes : P35

When people in contemporary society have to leave paid employment because they are too ill to continue, the impact is greater than the loss of income and daily activity, as social identity is bound up with paid employment. Loss of a chosen identity may be accompanied by the assumption of an unwanted identity. This article explores the value of reconsidering Parsons' "sick role" in relation to deviance. While the "sick role" has been dismissed because it does not appear relevant to chronic illnesses, the author argues that in the current political economic context of neoliberalism, people who cannot be responsible for their own welfare now assume a deviant status. People with chronic illnesses who are unable to work are examples of this form of deviance. The deviant status of being unable to work explains why many chronically ill people adopt behaviors described by Goffman in Stigma.

44977

ARTICLE, INTERNET
MELCHIOR (M.), FERRIE (J.E.),
ALEXANDERSON (K.), GOLDBERG (M.) et al.

Les arrêts maladie pour raisons psychiatriques constituent-ils des marqueurs d'une mortalité spécifique ? Suivi sur 16 ans de la cohorte GAZEL.

Does Sickness Absence Due to Psychiatric Disorder Predict Cause-specific Mortality? A 16-Year Follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study.

AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY
2010/08/25; Vol.172 : n°6 : Pages : 8p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full/kwq186>

Mental disorders are a frequent cause of morbidity and sickness absence in working populations; however, the status of psychiatric sickness absence as a predictor of mortality is not established. The authors tested the hypothesis that psychiatric sickness absence predicts mortality from leading medical causes. Data were derived from the French GAZEL cohort study (n = 19,962). Physician-certified sickness absence records were extracted from administrative files (1990-1992) and were linked to mortality data from France's national registry of mortality (1993-2008, mean follow-up: 15.5 years). Analyses were conducted by using Cox regression models. Compared with workers with no sickness absence, those absent due to psychiatric disorder were at increased risk of cause-specific mortality (hazard ratios (HRs) adjusted for age, gender, occupational grade, other sickness absence-suicide: 6.01, 95% confidence interval (CI): 3.07, 11.75; cardiovascular disease: 1.84, 95% CI: 1.10, 3.08; and smoking-related cancer: 1.65, 95% CI: 0.7, 2.53). After full adjustment, the excess risk of suicide remained significant (HR = 5.13, 95% CI: 2.60, 10.13) but failed to reach statistical significance for fatal cardiovascular disease (HR = 1.59, 95% CI: 0.95, 2.66) and smoking-related cancer (HR = 1.31, 95% CI: 0.85, 2.03). Psychiatric sickness absence records could help identify individuals at risk of premature mortality and serve to monitor workers' health.

44770

ARTICLE

COHIDON (C.), SANTIN (G.), GEOFFROY-PEREZ (B.), IMBERNON (E.)

Unité Mixte de Recherche et de Surveillance Transport Travail Environnement. Lyon. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.). Saint Maurice. FRA

Suicide et activité professionnelle en France.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2010/04; Vol : 58 : n°: 2 : Pages : 139-150, tabl.

Cote Irdes : C, P11

La conduite suicidaire est un processus complexe et multifactoriel. S'il est aujourd'hui difficile de comptabiliser le nombre exact de suicides en lien avec le travail, il existe néanmoins certaines données permettant d'approcher cette problématique. Cette étude a pour objectif de décrire les tentatives de suicide (TS) et la mortalité par suicide selon l'emploi en France. La description des TS s'appuie sur les données du Baromètre Santé 2005 de l'Inpes, enquête transversale représentative menée en France métropolitaine. La population comprend 6264 hommes et 7389 femmes, actifs en emploi au moment de l'enquête. La prévalence des TS au cours de la vie est décrite selon la catégorie socioprofessionnelle (un et deux chiffres). La description de la mortalité par suicide avant 65 ans provient du projet Cosmop du département santé travail de l'InVS. Il s'appuie sur les données issues de l'échantillon démographique permanent de l'Insee couplées aux causes médicales de décès du Cépi-DC de l'Inserm. La population étudiée concerne les personnes nées en France métropolitaine, actives à un des recensements (1968, 1975, 1982 et 1990, soit 187 938 hommes, 150 683 femmes). Des risques relatifs de mortalité par suicide sont estimés selon la dernière catégorie socioprofessionnelle ou le dernier secteur d'activité connus. La prévalence de TS au cours de la vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6,6 % vs 3,1 %) ; le constat est inverse pour la mortalité. Dans la population des salariés, les catégories des ouvriers et des employés sont les plus concernées par les TS et la mortalité

par suicide. Les cadres sont les moins touchés. Les agriculteurs exploitants sont les moins concernés par les TS (0,4 % des hommes, 4,1 % des femmes) mais les plus touchés par les décès par suicide (RR=3,1 hommes ; RR=2,2 femmes). Chez les femmes, en comparaison avec les secteurs non-marchands, le secteur agricole et celui des biens d'équipement présentent une surmortalité par suicide. Cette étude montre des inégalités selon les catégories professionnelles (et les secteurs d'activité dans une moindre mesure) concernant les TS et la mortalité par suicide, en France. Ces résultats dressent un premier bilan sur le suicide selon l'emploi.

PERSONNES AGEES

Aidants

ARTICLE

GIOVANNETTI (E.R.), WOLFF (J.L.)

Cross-survey differences in national estimates of numbers of caregivers of disabled older adults.

Différences constatées dans l'estimation nationale du nombre des aidants pour personnes handicapées adultes : résultats d'une enquête transversale.

MILBANK QUARTERLY (THE)

2010 : vol. 88 : n° 3 : 310-349.

Cote Irdes : P78

CONTEXT: Public policy regarding family caregiving for disabled older adults is affected by their estimated number, their attributes, and the services provided. The available national surveys, however, do not have a uniform approach to ascertaining the number of family caregivers, so their estimated number varies widely. METHODS: This article looks at nationally representative, population-based surveys of family caregivers conducted between 1985 and 2010 to find methods pertinent to ascertaining the number of caregivers. The surveys' design, definition of disability, and approach to identifying and defining

caregivers of disabled adults aged sixty-five and older were identified, and cross-survey estimates were compared. FINDINGS: Published estimates of the numbers of caregivers of older disabled adults ranged from 2.7 million to 36.1 million in eight national surveys conducted between 1992 and 2009. The surveys were evenly divided between caregivers identified by disabled older adults (n= 4, "disability surveys") and self-identified (n= 4, "caregiver self-identification surveys"). The estimated number of family caregivers of disabled adults aged sixty-five and older was, on average, 4.8 million in disability surveys and 24.4 million in caregiver self-identification surveys. CONCLUSIONS: The number of family caregivers of disabled older adults estimated by national surveys varied substantially. Greater consistency in defining caregivers could yield more informative estimates and also advance policy efforts to more effectively monitor and support family caregivers.

ARTICLE
DOW (B.), MEYER (C.)

Caring and retirement: crossroads and consequences.

Etre aidants et partir à la retraite : carrefours et conséquences.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES
2010 : vol. 40 : n° 4 : 645-665.
Cote Irdes : P35

As older workers move closer to retirement, they are more likely to take on caring roles. This may affect their health, retirement plans, and income security. Retired men and women experience the caring role differently, with men less likely to be adversely affected and more likely to accept services and to derive satisfaction from caring. Carers make an important contribution to the lives of the people they care for and to the community. Caring is a productive role that can be sustained into older age, as long as the carer's health and well-being are maintained. More research is needed on the relationship between retirement and caring, to explore the extent of caring and its impact on retirement plans, income, and the physical and mental health of retired carers. This information could then be built into retirement planning to better prepare

older workers for this important role. Caring roles and retirement intersect in several ways. About 6 million Americans, 2.6 million Australians, and 6 million people in the United Kingdom are informal carers. People (especially men) are more likely to take on caring roles as they get older and leave the paid workforce. The need to care for a spouse or older relative can be an unanticipated outcome or a precipitator of retirement. Retirement may coincide with illness or disability of a parent or spouse, or may be forced by the demands of caring. Caring may bring about major changes to retirement plans. The financial impact of having been a carer during one's working life may also be felt most keenly on retirement, through the lack of opportunities for savings and retirement fund contributions.

ARTICLE
GANNON (B.), DAVIN (B.)

Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France.

Recours aux services de soins formels et informels chez les personnes âgées en Irlande et en France.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2010 : vol. 11 : n° 5 : 499-511.
Cote Irdes : P151

This paper focuses on current use of elderly care services in Ireland and France. In light of health care resource allocation problems, it is important to know the level of current use of home care on which future projections may be based. With the availability of SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) data, it is now possible to analyse this process and estimate the relationship between formal and informal care, and our econometric model tests for endogeneity of informal care. Previous research has not included Ireland into the analysis. Given that Ireland has a younger population base, lessons could be learned from countries with older populations, such as France. Results suggest informal care is endogenous and negatively linked with formal care in the pooled (France and Ireland) model. There is a higher

unmet need for care in Ireland. These results have important policy implications for Ireland as the demographic makeup will change from 11 per cent to 15 per cent of older people over the next 10 years.

Emploi des seniors

45382

FASCICULE
JOLIVET (A.)

Travailler plus longtemps.

Paris : La Documentation Française
PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX
2010/06-07; n°: 973-974 : Pages : 5-176,
tabl., graph.
Cote Irdes : A4108
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303332109609/>

Ce dossier est consacré au projet de réforme de retraite que le gouvernement français a présenté en 2010, notamment le report de l'âge de liquidation de la retraite. Il examine successivement les débats que suscite ce projet, la question de la pénibilité au travail et les diverses conséquences induites par cette réforme.

45121

FASCICULE, INTERNET
DEFRESNE (M.), MARIONI (P.), THEVENOT (C.)
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

L'opinion des employeurs sur les seniors : les craintes liées au vieillissement s'atténuent.

DARES Analyses - DARES Indicateurs
2010/09; n°: 055 : Pages : 8p., tabl., graph.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2010-055.pdf>

En 2008, les employeurs du secteur marchand estiment, dans leur majorité, que les salariés seniors sont un atout pour le collectif de travail, en termes d'expérience et de savoir-faire, de mémoire d'entreprise et de complémentarité des équipes. Cette

appréciation générale a peu varié en dix ans. En revanche, la perspective d'une augmentation de la part des salariés de 50 ans et plus dans les prochaines années suscite moins d'appréhensions qu'en 2001. Lorsque des réserves s'expriment, elles portent principalement sur le coût salarial et dans une moindre mesure sur la productivité. En réponse à l'augmentation de la part des salariés âgés, la moitié des employeurs envisageraient des actions de formation, d'adaptation au poste de travail ou encore d'aménagement du temps de travail ; un quart encourageraient les départs précoces ou les mobilités externes. Les salariés sont encore souvent considérés comme « âgés » par leurs employeurs bien avant l'âge de la retraite, même si cet âge ressenti est moins précoce en 2008 qu'en 2001. La taille, le mode de gestion, la structure de la main-d'œuvre et l'activité de l'établissement tendent à différencier les opinions des employeurs quant aux seniors.

45105

ARTICLE
BOUBTANE (E.)

Immigration et âge de départ à la retraite.

REVUE ECONOMIQUE
2010/09; Vol. 61 : n°: 5 : Pages : 917-932
Cote Irdes : P57

Cet article étudie l'effet d'une politique d'immigration sur le choix de l'âge de départ à la retraite. Dans le cadre d'un modèle à générations imbriquées avec un système de retraite par répartition où les individus sont hétérogènes, il montre que l'admission de travailleurs peu qualifiés peut inciter les seniors qualifiés à reporter leur départ à la retraite et prolonger leur activité. Le modèle prend en compte l'impact de l'immigration sur les pensions de retraite, sur les rémunérations des travailleurs et sur le choix de retraite des seniors. Il permet de mettre en évidence que l'arrivée d'immigrés peu qualifiés, via son impact sur les salaires et sur les pensions de retraite, affecte le choix de la durée d'activité des seniors qualifiés. Ces derniers reportent leur départ à la retraite

pour profiter plus longtemps de la hausse de leur salaire en fin de carrière.

44988

ARTICLE
SIRVEN (N.), SERMET (C.)
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.
(C.N.A.V.). Paris. FRA

La santé des travailleurs âgés en Europe.

In : L'état de santé des travailleurs âgés.
RETRAITE ET SOCIETE
2010/08; n°: 59 : Pages : 15-37
Cote Irdes : C, R1806

Ce travail a pour objectif de dresser un état des lieux de la santé des travailleurs âgés, entre 50 et 60 ans, en Europe. Il propose une comparaison internationale qui s'appuie sur plusieurs mesures individuelles de l'état de santé. La première partie présente plus en détail les données de l'enquête Share et l'échantillon utilisé. Les variables sont présentées dans la deuxième partie. Enfin, l'analyse se poursuit par l'étude des déterminants individuels de l'état de santé.

Fragilité

45088

ARTICLE
ROMERO-ORTUNO (R.), WALSH (C.D.),
LAWLOR (B.A.), KENNY (R.A.)

Un instrument pour l'évaluation de la fragilité dans les soins primaires : résultats issus de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).

A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).

BMC GERIATRICS
2010; Vol. 10 : n°: 57 : Pages : 12p.
Cote Irdes : En ligne

A frailty paradigm would be useful in primary care to identify older people at risk, but appropriate metrics at that level are lacking. We created and validated a simple instrument for frailty screening in Europeans aged =50.

Our study is based on the first wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) a large population-based survey conducted in 2004-2005 in twelve European countries.

Habitat

45374

FASCICULE

Personnes âgées, habitat et territoires.

ESPACE POPULATIONS SOCIETES
2010; n°: 1 : Pages : 3-142, fig.
Cote Irdes : P156

Ce numéro s'intéresse aux relations entre les personnes âgées et leur habitat. Une première entrée dans le thème de ce numéro peut s'opérer autour des questions de mobilité résidentielle. La sédentarité des personnes âgées pose la question de l'adaptation du logement à la sénescence. Une deuxième entrée porte sur les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées avec une opposition entre mixité et ségrégation. Il s'agit ici de s'interroger sur la variabilité des formes d'habitat destinées aux personnes âgées. Une troisième et dernière entrée porte sur la politique du logement. Des exemples pris dans différents pays, différentes régions, permettent de mesurer l'impact des politiques publiques sur le comportement migratoire des personnes âgées et in fine sur le marché du logement (d'après l'éditorial).

Prise en charge

44715

ARTICLE
JEANDEL (C.)

Expérience hospitalière française et territoires : fondements et modalités.

In "Territoires gérontologiques" : contraintes, défis et controverses.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03; n°: 132 : Pages : 145-159
Cote Irdes : C, P8

Deux freins entravent la mise en oeuvre d'une politique gériatrique et gérontologique

efficace - la multiplicité des décideurs sur le terrain des régions et des départements et la séparation du sanitaire et du médico-social. A l'hôpital, le patient gériatrique ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait. En effet, l'hôpital est avant tout constitué de services cliniques de spécialité, non gériatriques, où la prise en charge de sujets polypathologiques et très dépendants n'est pas assurée d'une façon optimale. Face à ces difficultés, que l'évolution démographique va accroître, nous devons agir à deux niveaux : la tarification et l'organisation des structures afin qu'elles s'adaptent au mieux à la double exigence d'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques du patient gériatrique et d'une grande fluidité des séjours par un travail en filière. C'est sur ces deux dernières questions que s'appuient les recommandations du rapport « un programme pour la gériatrie » qui sont présentées dans cet article. (Résumé d'auteur)

Soins de longue durée

ARTICLE
DA ROIT (B.), LE BIHAN (B.)

Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies.

Similaires et pourtant si différentes : les politiques de prestations en espèce pour soins de longue durée menées dans six pays européens

MILBANK QUARTERLY (THE)
2010 : vol. 88 : n° 3 : 286-309.
Cote Irdes : P78

CONTEXT: In response to increasing care needs, the reform or development of long-term care (LTC) systems has become a prominent policy issue in all European countries. Cash-for-care schemes-allowances instead of services provided to dependents-represent a key policy aimed at ensuring choice, fostering family care, developing care markets, and containing costs. METHODS: A detailed analysis of policy documents and regulations, together with a systematic review of existing studies, was used to investigate the differences among six European coun-

tries (Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Sweden). The rationale and evolution of their various cash-for-care schemes within the framework of their LTC systems also were explored. FINDINGS: While most of the literature present cash-for-care schemes as a common trend in the reforms that began in the 1990s and often treat them separately from the overarching LTC policies, this article argues that the policy context, timing, and specific regulation of the new schemes have created different visions of care and care work that in turn have given rise to distinct LTC configurations. CONCLUSIONS: A new typology of long-term care configurations is proposed based on the inclusiveness of the system, the role of cash-for-care schemes and their specific regulations, as well as the views of informal care and the care work that they require.

ARTICLE
KJJOS (B.O.), BOTTEN (G.), GJEVJON (E.R.), ROMOREN (T.I.).

Quality work in long-term care: the role of first-line leaders.

Qualité de travail dans les soins de longue durée : le rôle des leaders de première ligne.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE
2010 : vol. 22 : n° 5 : 351-357.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: To explore the first-line leaders' role in quality work in long-term care in Norway, in order to determine how that work is related to such success characteristics as leadership, staff, patients, performance, information and information technology. DESIGN: Cross-sectional telephone survey. The text was analysed using content analysis. SETTING: Thirty-two Norwegian municipalities stratified according to region and population size. PARTICIPANTS: Sixty-four first-line leaders in nursing homes and home-based care. Main outcome measure The clinical microsystem approach is used as a framework by defining and designing measurable variables. RESULTS: Thirty-six leaders described how they initiated and motivated employees to be active in quality work; the remaining leaders indicated that they

played a passive role. The first-line leaders played a key role in implementing national quality policies and regulations. The quantity of other success characteristics was low. CONCLUSIONS: The municipalities delegated the responsibility of implanting national policies to the first-line leaders. Missing were key quality success criteria such as macro- and meso-perspectives for the municipality as a whole and co-operation with other leaders in the organization and fostering of relevant learning. Quality work was fragmented rather than comprehensive and systematic.

INEGALITES DE SANTE

Accès aux soins

ARTICLE
MASSERIA (C.), GIANNONI (M.)

Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach.

Equité dans l'accès aux soins en Italie : une approche basée sur la maladie.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2010 : vol. 20 : n° 5 : 504-510.
Cote Irdes : P167

BACKGROUND: Equitable access to health care is a core objective of the Italian health care system. Despite having achieved universal coverage for a fairly comprehensive set of health services for decades, there is still evidence of inequities systematically associated with income. METHOD: Income-related inequity indices were estimated for the probability of general practitioner (GP), specialist, inpatient care and also emergency care using a variety of need indicators. The data used were the Multiscopo survey, 2000 matched with the European Community Household Panel survey for Italy. The contribution of regional inequality was also estimated. Horizontal inequity indices for health care utilization measures were computed separately for people reporting hypertension, arthritis, tumour and heart disease. RESULTS: Significant pro-rich income related

inequity was found for GP, specialist and emergency care, no inequity was found for inpatient care. The disease approach showed statistically significant inequity in the probability of specialist care in three of the four chronic conditions analysed, and pro-poor inequity in GP care for all conditions. Inequity was mainly caused by income and regional variations. CONCLUSIONS: By reducing regional variation it would be possible to significantly reduce the pro-rich inequity in GP, specialist and emergency care. For specialist care inequity was found for the overall adult population and also among people with serious chronic conditions, and was caused not only by income and regional variation, but also by educational attainment and insurance.

ARTICLE
DOMENIGHETTI (G.), VINEIS (P.), DE PIETRO (C.), TOMADA (A.)

Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services.

Capacité à payer et équité dans l'accès aux services nationaux de santé italien et britannique.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2010 : vol. 20 : n° 5 : 500-503.
Cote Irdes : P167

BACKGROUND: Equity in delivery and distribution of health care is an important determinant of health and a cornerstone in the long way to social justice. We performed a comparative analysis of the prevalence of Italian and British residents who have fully paid out-of-pocket for health services which they could have obtained free of charge or at a lower cost from their respective National Health Services. METHODS: Cross-sectional study based on a standardized questionnaire survey carried out in autumn 2006 among two representative samples (n = 1000) of the general population aged 20-74 years in each of the two countries. RESULTS: 78% (OR 19.9; 95% CI 15.5-25.6) of Italian residents have fully paid out-of-pocket for at least one access to health services in their lives, and 45% (OR 18.1; 95% CI 12.9-25.5) for more than five accesses. Considering only the last 2 years, 61% (OR 16.5; 95% CI 12.6-21.5) of Italians have fully paid out-of-pocket for at

least one access. The corresponding pattern for British residents is 20 and 4% for lifelong prevalence, and 10% for the last 2 years. CONCLUSIONS: Opening the public health facilities to a privileged private access to all hospital physicians based on patient's ability to pay, as Italy does, could be a source of social inequality in access to care and could probably represent a major obstacle to decreasing waiting times for patients in the standard formal 'free of charge' way of access.

ARTICLE

ALLIN (S.), GRIGNON (M.), LE GRAND (J.)

Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?

Besoin subjectif non couvert dans le recours au système de santé canadien : quelles sont les implications pour l'équité ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010 : vol. 70 : n° 3 : 465-472.

Cote Irdes : P103

This study aimed to evaluate whether subjective assessments of unmet need may complement conventional methods of measuring socioeconomic inequity in health care utilization. This study draws on the 2003 Canadian Community Health Survey to develop a conceptual framework for understanding how unmet need arises, to empirically assess the association between utilization and the different types of unmet need (due to waiting times, barriers and personal reasons), and to investigate the effect of adjusting for unmet need on estimates of income-related inequity. The study's findings suggest that a disaggregated approach to analyzing unmet need is required, since the three different subgroups of unmet need that we identify in Canada have different associations with utilization, along with different equity implications. People who report unmet need due to waiting times use more health services than would be expected based on their observable characteristics. However, there is no consistent pattern of utilization among people who report unmet need due to access barriers, or for reasons related to personal choice. Estimates of inequity remain unchanged when we incorporate information on unmet need in the

analysis. Subjective assessments of unmet need, namely those that relate to barriers to access, provide additional policy-relevant information that can be used to complement conventional methods of measuring inequity, to better understand inequity, and to guide policy action.

ARTICLE

GARRIDO-CUMBRERA (M.), BORRELL (C.), PALENCIA (L.), ESPELT (A.), RODRIGUEZ-SANZ (M.), PASARIN (M.I.), KUNST (A.)

Social class inequalities in the utilization of health care and preventive services in Spain, a country with a national health system.

Inégalités sociales de santé dans le recours aux soins de santé et de prévention en Espagne, un pays avec un système national de santé.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2010 : vol. 40 : n° 3 : 525-542.

Cote Irdes : P35

In Spain, despite the existence of a National Health System (NHS), the utilization of some curative health services is related to social class. This study assesses (1) whether these inequalities are also observed for preventive health services and (2) the role of additional private health insurance for people of advantaged social classes. Using data from the Spanish National Health Survey of 2006, the authors analyze the relationships between social class and use of health services by means of Poisson regression models with robust variance, controlling for self-assessed health. Similar analyses were performed for waiting times for visits to a general practitioner (GP) and specialist. After controlling for self-perceived health, men and women from social classes IV-V had a higher probability of visiting the GP than other social classes, but a lower probability of visiting a specialist or dentist. No large class differences were observed in frequency of hospitalization or emergency services use, or in breast cancer screening or influenza vaccination; cervical cancer screening frequency was lower among women from social classes IV-V. The inequalities in specialist visits, dentist visits, and cervical cancer screening were larger

among people with only NHS insurance than those with double health insurance. Social class differences in waiting times were observed for specialist visits, but not for GP visits. Men and women from social classes IV-V had longer waits for a specialist; this was most marked among people with only NHS insurance. Clearly, within the NHS, social class inequalities are still evident for some curative and preventive services. Further research is needed to identify the factors driving these inequalities and to tackle these factors from within the NHS. Priority areas include specialist services, dental care, and cervical cancer screening.

44936

FASCICULE

Agir pour l'accès de chacun aux soins de qualité.

REVUE PRESCRIRE

2010/08; n°: 322 : Pages : 638p.

Cote Irdes : P80

Les obstacles à l'accès à des soins de qualité pour tous sont nombreux et variés, et les inégalités de santé ont tendance à s'aggraver en France et dans le monde. L'amélioration de la santé passe par une réduction des inégalités socioéconomiques. Accéder aux soins dépend aussi de la démographie des soignants et de leur répartition sur le territoire, ainsi que de l'organisation des soins et des choix collectifs. Mais à quoi bon lever les obstacles à l'accès aux soins, si les soins ne sont pas de bonne qualité ? Avec des autorisations de mise sur le marché trop laxistes et une pharmacovigilance trop passive, le « marché » du médicament n'est pas assez au service des patients et trop soumis aux influences des firmes. Les politiques de santé sont à courte vue, et certaines dépenses de « santé » sont inutiles, voire nuisibles. La pléthore d'informations de santé est d'intérêt très inégal.

45261

ARTICLE

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

REVUE PRESCRIRE

2010; Vol . 30 : n°: 324 : Pages : 778-780

Cote Irdes : P80

Créées en 1998 en France, les permanences d'accès aux soins (PASS) ont pour mission de faciliter l'accès aux systèmes de santé des personnes sans couverture sociale ou en situation de précarité, et de les accompagner dans la reconnaissance de leurs droits. Toujours rattachées à un établissement de soins, et le plus souvent implantées dans un hôpital, les PASS sont composées d'équipes pluridisciplinaires médicosociales qui travaillent pour que les patients ne fassent qu'y passer et retrouvent un accès aux soins dans les filières normales. Dix ans après leur création, environ 300 permanences de soins de santé essaient de faciliter en France l'accès aux soins et à la prévention, avec une approche globale et coordonnée. Leur organisation diffère largement, ainsi que leurs moyens, lesquels ne permettent pas toujours de remplir les missions premières des PASS.

Discrimination

44979

FASCICULE

BOUVIER (G.), NIEL (X.)

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

FRA

Les discriminations liées au handicap et à la santé.

INSEE PREMIERE

2010/07; n° 1308 : Pages : 4p., 2 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1308/ip1308.pdf>

Inégalités sociales de santé

44939

ARTICLE

JUSOT (F.), CASES (C.)

Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Les inégalités sociales de santé.

Inégalités sociales de santé.

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2010/1; Vol : 21 : n°: 1 : Pages : 2-4

Cote Irdes : Bulletin français

http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

Des différences d'état de santé entre groupes sociaux existent aujourd'hui dans l'ensemble des pays européens (van Doorslaer et Koolman, 2004 ; Cambois et Jusot, 2007 ; Leclerc et al., 2008 ; Mackenbach et al., 2008). Dans son rapport, la commission des déterminants sociaux de l'OMS (2008) lançait un appel urgent à mettre en place des politiques pour « réduire les inégalités de santé » car il s'agit d'« un impératif éthique » puisque ces « différences systématiques d'état de santé » sont tout bonnement injustes ». La mise en place de telles politiques nécessite donc de faire le point sur l'état des connaissances sur les inégalités sociales de santé et les leviers d'action possibles.

44825

FASCICULE

Discours croisés sur les inégalités sociales de santé.

REVUE SOCIOLOGIE SANTE

2008/06; n°: 28 : Pages : 376p., tabl., graph.

Cote Irdes : A4074

<http://revuesociologiesante.free.fr/spip.php?article82>

Sans être exhaustif, les regards croisés qui composent ce dossier consacré aux inégalités sociales de santé font suite à la tenue d'un colloque international qui s'est déroulé à Lille en janvier 2007. Trois parties composent ce dossier. La première se centre sur la question des rapports entre inégalités sociales de santé et territoires. La seconde partie se préoccupe de prévention et d'actions en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. La troisième

interroge la place particulière du cancer face aux inégalités sociales de santé.

44908

FASCICULE

BRICARD (D.), JUSOT (F.), TUBEUF (S.)

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

Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE
(IRDES)

2010/05; n° 154 : Pages : 1-6

Cote Irdes : QES 154

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

Plusieurs études récentes ont mis en évidence l'existence d'inégalités de santé en France liées au milieu d'origine. Afin de mieux comprendre l'effet à long terme des conditions de vie dans l'enfance, des questions spécifiques ont été introduites dans l'Enquête santé et protection sociale 2006 de l'Irdes. Les résultats montrent l'importance des inégalités des chances en santé en France : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte. Les comportements à risque adoptés par les parents, le niveau d'éducation de la mère et les conditions matérielles de vie difficiles pendant l'enfance conditionnent les modes de vie adoptés par les enfants qui influencent à leur tour la santé à long terme. Cet effet indirect du milieu d'origine s'ajoute aux effets mieux connus de reproduction sociale et aux effets directs des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte. En dehors d'interventions visant à améliorer l'égalité des chances à l'école et ou plus globalement les conditions de vie, des politiques de prévention et de promotion de la santé ciblées vers les populations les plus modestes sont des pistes possibles pour réduire les inégalités des chances en santé.

Migrants

45368

ARTICLE

Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés. (G.I.S.T.I.). Paris. FRA

Santé des étrangers : l'autre double peine.

PLEIN DROIT : LA REVUE DU GISTI

2010/10; n°: 86 : Pages : 1-20

Cote Irdes : B6935

<http://www.gisti.org/spip.php?article2072>

Quels impacts les discriminations ont-elles sur la santé ? Les études révèlent que les personnes en situation de précarité sont particulièrement vulnérables et leurs difficultés d'accès aux soins bien réelles. Parmi elles, les étrangers, parce qu'ils cumulent certains « facteurs à risque » sont en première ligne en matière d'inégalité sanitaire. Leurs difficultés d'accès au logement les conduisent parfois à vivre dans des logements insalubres, non adaptés, surpeuplés. Or le mal-logement et a fortiori l'absence de logement affectent directement leur état de santé. Les conditions de travail des étrangers, particulièrement pénibles, et leur exposition aux risques liés au travail – accidents, cancers, troubles musculo-squelettiques – particulièrement forte, ne peuvent qu'aggraver les choses. Si on ajoute un environnement social dégradé et une précarité administrative qui rendent plus difficile leur accès aux soins, on peut se demander si en matière de santé aussi, les populations étrangères ne sont pas victimes de la double peine (Résumé de l'éditeur).

44937

FASCICULE

GROGNET (F.), DAKIN (D.), KAL (K.) et al.

Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux.

HOMMES & MIGRATIONS

2009/11-12; n°: 1282 : Pages : 210p.

Cote Irdes : A4083

Les articles de ce dossier montrent comment le corps malade ou souffrant des migrants peut leur permettre de revendiquer des droits en bénéficiant de la législation française en matière d'immigration et d'asile. Ils décrivent

également comment les professionnels de santé interviennent aux côtés des réseaux associatifs dans la protection des droits des étrangers et l'accès aux soins.

ARTICLE

ANTON (J.I.), MUNOZ DE BUSTILLO (R.)

Health care utilisation and immigration in Spain.

Recours aux soins des immigrés en Espagne.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2010 : vol. 11 : n° 5 : 487-498.

Cote Irdes : P151

The aim of this work was to analyse the use of health care services by immigrants in Spain. Using a nationally representative health survey from 2006-2007 and negative binomial and hurdle models, it was found that there is no statistically significant difference in the patterns of visits to general practitioners and hospital stays between migrants and natives in Spain. However, immigrants have a lower access to specialists and visit emergency rooms with a higher frequency than nationals.

Pauvreté

45262

ARTICLE

Précarité et accès aux soins : expérience de la consultation d'orientation du réseau de santé ARÈS 92 à la Maison de la Solidarité de Gennevilliers.

REVUE PRESCRIRE

2010; Vol : 30 : n°: 324 : Pages : 786

Cote Irdes : P80

Cet article reprend la présentation donnée sous forme de poster du réseau de santé ARÈS 92 de Gennevilliers, qui prend en charge des populations défavorisées : sans-abri, sans-papiers et immigrés. Il décrit les objectifs, les moyens et les activités 2008 de ce réseau.

44653

FASCICULE
OLM (C.)

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

**Les phénomènes émergents en matière
de pauvreté et d'exclusion sociale.**

LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DE LA
PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE
(LA)

2010; n°: 2 : Pages : 1-6, fig.

Cote Irdes : c, en ligne

[http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/031LETTRE
EOnpesmai2010.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/031LETTRE
EOnpesmai2010.pdf)

Ce fascicule présente les résultats d'un travail
réalisé par le Credoc en 2009, qui porte sur la
mise en place d'indicateurs d'alerte sur les
phénomènes émergents en matière de
pauvreté et d'exclusion sociale. A partir de ce
premier travail, un panel d'acteurs sera
interrogé périodiquement par la Drees. Un
premier questionnaire devrait être administré
fin 2010.

GEOGRAPHIE DE LA SANTE

Effets de voisinage

ARTICLE

FINCH (B.K.), PHUONG (D.D.), HERON (M.),
BIRD (C.), SEEMAN (T.), LURIE (N.)

**Neighborhood effects on health: Con-
centrated advantage and disadvantage.**

*Effets de voisinage sur la santé : concen-
tration des avantages et désavantages.*

HEALTH & PLACE

2010 ; vol. 16 : n° 5 : 1058-1060.

Cote Irdes : P118

We investigate an alternative conceptualiza-
tion of neighborhood context and its associa-
tion with health. Using an index that meas-
ures a continuum of concentrated advantage
and disadvantage, we examine whether the
relationship between neighborhood condi-
tions and health varies by socio-economic

status. Using NHANES III data geocoded to
census tracts, we find that while largely un-
educated neighborhoods are universally dele-
terious, individuals with more education bene-
fit from living in highly educated neighbor-
hoods to a greater degree than individuals
with lower levels of education.

ARTICLE

SCHAEFER-McDANIEL (N.), DUNN (J.R.),
MINIAN (N.), KATZ (D.)

**Rethinking measurement of neighbor-
hood in the context of health research.**

*Repenser la mesure des effets de voisi-
nage dans le contexte de la recherche en
santé.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010 ; vol. 71 : n° 4 : 651-656.

Cote Irdes : P103

Systematic social observations have been
gaining increasing recognition in neighbor-
hood and health research as a way of mea-
suring neighborhood attributes hypothesized
to affect residents' well-being. Despite the
growing popularity of this methodology, there
has not been a critical discussion of potential
shortcomings of this approach. This paper re-
views some of the challenges and limitations
in the systematic social observations metho-
dology. We especially differentiate between
limitations related to the methodology itself
and challenges the approach presents for re-
searchers in the field. We conclude by offer-
ing directions for future research utilizing this
technique.

44960

ARTICLE

MOIZEAU (F.), TROPEANO (J.P.),
VERGNAUD (J.C.)

**Effets de voisinage et localisation : la
ségrégation urbaine est-elle
inéluçtable ?**

REVUE ECONOMIQUE

2010/07; Vol: 61 : n°: 4 : Pages : 723-750, 7
graph.

Cote Irdes : P57

Cet article développe un modèle théorique
d'économie urbaine qui étudie les
conséquences d'effets de voisinage
informationnels sur l'organisation de la ville. Il

s'agit, en particulier, d'examiner l'impact de tels effets de voisinage sur le processus de ségrégation urbaine. Pour ce faire, nous développons un modèle à générations imbriquées avec choix individuel d'éducation et de localisation. Lorsqu'il est jeune, un individu décide du niveau d'effort d'éducation. L'hypothèse centrale est de dire que les jeunes évaluent les rendements de l'investissement scolaire en observant les résultats obtenus par la génération précédente du quartier. Lorsqu'il atteint l'âge adulte, un individu doit décider du lieu de résidence de la famille. À la différence des résultats obtenus dans la littérature, nous montrons que, sous certaines conditions, deux types de ville existent et sont stables. (i) Une ville intégrée peut émerger dans laquelle les quartiers sont composés d'une population hétérogène et présentent les mêmes incitations à l'éducation. (ii) Une ville ségréguée est possible qui comporte un ghetto de pauvres avec une mauvaise information sur l'intérêt de l'éducation et un taux d'éducation faible. Enfin, l'analyse normative n'aboutit pas toujours au même classement des deux équilibres.

Planification sanitaire

44764

ARTICLE
COLDEFY (M.), LUCAS-GABRIELLI (V.)

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/01-03; n°: 1: Pages : 73-80, carte, graph.

Cote Irdes : C, R1787, P25

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) couvrant la période 2006-2011 sont profondément rénovés. La carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. L'objectif est de montrer comment les régions ont dessiné ce

nouveau territoire : avec quels concepts (distance, temps, flux, découpages administratifs) et quelles méthodes ? Quels sont les découpages réalisés au final ?

44669

ARTICLE
BOURGUEIL (Y.)
Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Territorialisation et soins de premiers recours : un cadre à remplir, une dynamique professionnelle à prendre en compte.

LETTRE DU COLLEGE (LA)
2009/12; n°: 4 : Pages : 3-5
Cote Irdes : R1801, Bulletin français
http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_4-2009.pdf

Après l'hôpital, engagé depuis de nombreuses années dans un processus de territorialisation, il est désormais question de définir des territoires de premiers recours dans une visée planificatrice globale au travers de schémas régionaux d'organisation sanitaires ambulatoires (SROS).

Territoires gérontologiques

44702

FASCICULE

"Territoires gérontologiques" : contraintes, défis et controverses.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03; n° 132 : Pages : 242p.

Cote Irdes : C, P8

Ce numéro se divise en trois parties. La session I permet de réaliser une cartographie sémantique du concept de territoire relié au phénomène du vieillissement et au champ de la gérontologie à partir de l'identification du sens que les experts issus de différentes disciplines lui attribuent. A partir d'une approche historique, la session II permet de porter un regard critique et constructif sur les dispositifs gérontologiques existants, selon une perspective humaniste, européenne et internationale, ceci à partir du partage d'expériences vécues par des experts et professionnels de terrain en France, mais

également dans d'autres pays de l'Union européenne et au Canada. La session III permet de discuter de l'usage de l'expression « territoires gérontologiques » dans une dynamique analytique et critique vers une démarche compréhensive des réalités que vivent les décideurs, les élus et les professionnels de terrain (Extraits de l'éditorial).

44722

ARTICLE
VERMOREL (M.), RUMEAU (E.)

Les inter-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion de territoire.

In "Territoires gérontologiques" : contraintes, défis et controverses.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03; n°: 132 : Pages : 213-221
Cote Irdes : C, P8

Le concept de « Territoire gérontologique » doit s'appuyer sur une définition des attentes de la personne âgée centrée sur la qualité du service rendu. La territorialisation devra prendre en compte la dimension sociale et environnementale nécessaire à son « mieux être » pour une intégration dans une vie sociale sans ségrégation. Un découpage infra-départemental et sectoriel assis sur la notion de bassins de vie prenant en compte les acteurs gérontologiques et sanitaires de premiers recours intégrés dans une filière est ainsi défini. Cette approche fonctionnelle permet une réponse médico-sociale et sanitaire pour le maintien de la personne à domicile et pour une entrée adaptée à son état dans le dispositif médico-social et/ou sanitaire. (extrait du résumé d'auteur.).

44718

ARTICLE
BALARD (F.)

Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ?

In "Territoires gérontologiques" : contraintes, défis et controverses.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03; n° 132 Pages : 177-186
Cote Irdes : C, P8

Les entretiens menés avec des personnes âgées fragiles montrent que celles-ci intègrent une représentation du territoire dans leurs modes de vie et logiques d'action qui leur est propre. L'avancée en âge va de pair avec une restriction de la mobilité qui concourt à la survalorisation de certains lieux à commencer par le « chez soi ». L'ailleurs, l'extérieur deviennent chaque jour un peu moins familiers, un peu moins intégrés dans les habitudes corporelles. Confrontées à leur fragilité sociale, culturelle et identitaire, les personnes âgées se construisent un univers dont les fondements sont les habitudes de vie et certaines formes de ritualisation et des croyances qui les rassurent et concourent à leur empowerment. La mise en place d'un dispositif structurant de l'offre gérontologique aussi rationalisé soit-il comporte le risque de ne pas faire sens pour les usagers âgés et ainsi d'être ignoré voire rejeté s'il est vécu comme un obstacle à la satisfaction de leurs besoins (Extrait du résumé d'auteur).

44705

ARTICLE
DUMONT (G.F.)

La géographie des territoires gérontologiques.

In "Territoires gérontologiques" : contraintes, défis et controverses.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03; n° 132 Pages : 47-62, graph., tabl.
Cote Irdes : C, P8

Tant l'évolution actuelle que les projections géodémographiques montrent que les dynamiques du vieillissement et de la gérontocroissance présentent une double caractéristique géographique : d'une part, considérant par exemple un territoire départemental, leur rythme d'évolution n'est absolument pas semblable et peut même parfois diverger, d'autre part, selon les territoires, les projections indiquent des évolutions extrêmement dissemblables tant pour le vieillissement que pour la gérontocroissance. L'analyse géodémographique enseigne en conséquence l'importance d'adapter les politiques gérontologiques à des changements géodémographiques à la fois

inédits et extrêmement différents selon les territoires. (Extrait du résumé d'auteur).

44704

ARTICLE
TONNELIER (F.)

***Bassins de santé et territoires
gériatologiques : limites et frontières.***

*In "Territoires gériatologiques" :
contraintes, défis et controverses.*
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2010/03; n° 132 : Pages : 35-45, cartes
Cote Irdes : C, P8

Cet article aborde quelques questions posées par la définition et la construction des « bassins de santé » ou territoires gériatologiques. Ces questions concernent la connaissance de la population couverte et surtout les besoins, car le but poursuivi est toujours l'équité spatiale. Pour les territoires, il est facile de s'accorder sur des pôles d'attraction (centres urbains, bourgs ruraux) mais la délimitation des frontières reste parfois floue. Il faut aussi prendre en compte la distance « culturelle », c'est-à-dire la connaissance de filières ou de réseaux de soins efficaces ou au contraire le retard à l'accès, qui sont déterminants pour la qualité des soins. Enfin, la frontière financière demeure un frein à l'accès aux soins et aux services avec un système complexe de remboursements et de prise en charge. (Extrait du résumé d'auteur).

SOINS DE SANTE PRIMAIRES

CAPI

45369

ARTICLE

***Contrat d'amélioration des pratiques
individuelles (CAPI) : un tournant de
l'exercice médical en France ?***

REVUE PRESCRIRE
2010 ; Vol : 30 : n°: 325 :
Pages : 854-856

Cote Irdes : P80

Des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie se sont succédées en France depuis 1993. Le contrat d'amélioration des pratiques professionnelles (CAPI) créé en 2009 à l'initiative de l'assurance maladie s'inscrit dans cette succession de mesures maîtrise médicalisée, mais avec un important changement de nature : une rémunération sur objectif individuel lié à des indicateurs non négociés collectivement avec les libéraux conventionnés. Après une présentation du CAPI, cet article présente une analyse de fond de 9 des 16 objectifs du CAPI, ainsi qu'une mise en perspective de la maîtrise des dépenses médicalisées en France.

45072

ARTICLE
POUZAUD (F.)

***Un bilan des CAPI nuancé pour
l'officine.***

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2010/09/25; n° 2847 : Pages : 6
Cote Irdes : c, P44

D'après le bilan dressé par la Cnamts, le 16 septembre 2010, 5 355 médecins généralistes français ont adhéré au CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles), et, deux tiers d'entre eux ont réalisé 45 pour cent des objectifs fixés sur trois ans, ce qui leur donne droit à une rémunération allant de 3100 € en moyenne jusqu'à 5168 € pour les plus performants. Mais l'impact n'est pas que bénéfique sur le marché de l'officine. Par exemple, l'optimisation des prescriptions avec la hiérarchisation des traitements ciblés fait du tort au chiffre d'affaires des officines.

Coopération interprofessionnelle

44923

ARTICLE
BOURGUEIL (Y.)

Coopérations entre professionnels : les grandes lignes d'une réforme.

Evolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels : dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2010/03; n° 70 : Pages : 14-15

Cote Irdes : c, R1796, P49

Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de coopération interprofessionnelle ? Quels sont les enjeux soulevés par l'évolution des métiers de la santé ? Que peuvent nous apprendre les expériences des autres pays ? Que sait-on des pratiques réelles ? Pourquoi de expérimentations en France ? Quelles en sont les enseignements ? Quelles sont les perspectives d'évolution ? Autant de questions qui seront explorés dans ce dossier.

44921

ARTICLE
BOURGUEIL (Y.)

Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification.

Evolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels : dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2010/03; n°: 70 Pages : 30-32

Cote Irdes : c, R1795, P49

Ce texte reprend en grande partie les éléments développés dans le rapport établi, en septembre 2007, sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la Haute autorité de santé.

44922

ARTICLE
BOURGUEIL (Y.)

Le processus d'expérimentation et ses conclusions – La reconnaissance des pratiques informelles pour une nouvelle régulation des professions de santé ?

Evolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels : dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2010/03; n° 70 : Pages : 36-38

Cote Irdes : c, R1794, P49

Les expérimentations menées par l'Observatoire national de la démographie médicale visaient à tester une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. Elles ont abouti à des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé et un processus de généralisation par la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire).

Démographie médicale

45287

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

Localisation des professionnels de santé libéraux.

Comptes nationaux de la santé 2009.

Dossiers

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2010/09; n° 149 : tome 2 : Pages : 27-56, tabl., cartes

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat149_partie2.pdf

La présente étude s'intéresse à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi

qu'à certains des médecins spécialistes en accès direct (en pédiatrie, en ophtalmologie, en gynécologie) en France métropolitaine en 2008. À l'échelle des bassins de vie, les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population. Ainsi, même s'il peut exister localement des problèmes d'accès géographique à ces professionnels, ce résultat suggère que ce phénomène est globalement limité. Les autres professionnels de premier recours sont un peu moins bien répartis que les médecins généralistes libéraux. Enfin, les médecins spécialistes présentent l'adéquation avec la population la plus faible des professions étudiées. L'étude distingue pour les médecins généralistes les médecins de moins de 40 ans. Ces derniers ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères au regard de la répartition de la population. L'étude des situations de colocalisation (présence simultanée dans une même zone géographique) montre que les autres professionnels de santé et, en particulier les médecins spécialistes, tout en étant moins bien répartis sur le territoire que leurs confrères généralistes, sont plus fréquemment présents parmi les équipements ou services à proximité des médecins généralistes libéraux que sur l'ensemble du territoire. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont, quant à eux, plutôt installés à proximité d'un de leurs jeunes confrères.

44577

FASCICULE
BURDILLAT (M.)

Avons-nous trop de médecins en France ?

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE
2010/06; n° 9: Pages : 4p.
Cote Irdes : C, Bulletin français
http://www.iresp.net/imgs/publications/100528173517_qspn-9-demographie-m.pdf

Alors que les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui, la « crise de la démographie médicale » retient l'attention publique. Deux raisons principales peuvent

expliquer ce paradoxe. Tout d'abord, la densité médicale amorce une décroissance qui devrait se prolonger pendant une dizaine d'années. La forte densité médicale actuelle masque ensuite des disparités criantes, entre les territoires et entre les différents métiers médicaux. En outre, ces perspectives s'annoncent dans un contexte qui voit s'affirmer la question des inégalités d'accès aux soins, en particulier dans leur dimension financière.

44610

ARTICLE
CHABROL (A.)

Démographie médicale : les chiffres par région.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION
DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2010/05-06; n° 11 : Pages : 22-27, cartes.
Cote Irdes : P69

La publication des vingt-trois atlas régionaux de la démographie médicale par le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en pleine lumière, au-delà d'une situation globalement alarmante, l'existence d'énormes disparités dans l'offre de soins sur le territoire national. Ces données ont permis à la mission du Dr Legmann de bâtir ses propositions pour refonder la médecine libérale.

Filières de soins

ARTICLE
DIXON (A.), ROBERTSON (R.), BAL (R.)

The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England.

Expérimentation d'un système de rendez-vous tenant compte du choix des patients : une comparaison entre les Pays-Bas et l'Angleterre.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2010 ; vol. 5 : n° 3 : 295-317.
Cote Irdes : P197

The implementation of choice for patients over where and when they are seen by spe-

cialists in hospital outpatient clinics has been supported by electronic referral systems in England and the Netherlands. This paper compares the implementation of 'Choose and Book' in England and 'ZorgDomein' in a region of the Netherlands. For England the analysis draws on national data and published studies on 'Choose and Book', national patient surveys, and qualitative data based on general practitioner (GP) focus groups. For the Netherlands the analysis draws on qualitative data collected during observational study as well as survey data among patients, GPs and medical specialists. We find that despite significant differences in the genesis and design of the policy, similar challenges have been faced. The electronic referral systems have forced changes to the process of care at the interface between primary and secondary care and standardisation between practices. Although these changes have the potential to generate improvements and benefits, for example, convenience, certainty and choice for patients and efficiency gains through for example reduced do not attend rates, repeat consultations and duplicative diagnostic tests; they have also generated problems during implementation including GP resistance. Policy ambitions for patient choice may not be realised if the implementation of the booking system is not carefully designed and evaluated.

Maisons de santé

44594

FASCICULE
DURAND (J.P.), FROMENTIN (R.),
BOURGUEIL (Y.), TONNELIER (F.) et al.

Le tumultueux dossier de la médecine de proximité.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2010/05-06; n° 32 : Pages : 65p.
Cote Irdes : P204

Ce numéro spécial consacré aux maisons pluridisciplinaires de santé en France a été réalisé avec la collaboration du Groupe Galilée et rassemble, sous forme d'entretiens, les points de vue de différents spécialistes de la santé. Il aborde la

médecine de proximité sous différents aspects : historique, réglementation, organisation de l'offre de soins.

Médecine de groupe

45237

FASCICULE
BAUDIER (F.), BOURGUEIL (Y.), EVRARD (I.), GAUTIER (A.), LE FUR (P.), MOUSQUES (J.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2010/09; n°157 : Pages : 6p.
Cote Irdes : QES 157
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>

À partir des enquêtes Baromètre santé médecins généralistes de 1998, 2003 et 2009, l'Inpes et l'Irdes analysent ici, sur la base d'échantillons représentatifs au plan national, l'exercice en groupe des généralistes libéraux, ses caractéristiques et son évolution. L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe. Les médecins généralistes exerçant en groupe travaillent pour les trois quarts d'entre eux dans des cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes. Ces cabinets rassemblent en majorité deux ou trois praticiens. Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine : les généralistes exerçant en groupe déclarent en effet travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. La pratique de groupe est

également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique (Résumé d'auteur).

Médecine générale

44668

ARTICLE
BOURGUEIL (Y.)

La médecine générale dans tous ses états.

Entretien avec Yann Bourgueil : Dossier spécial médecine de proximité.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2010/05-06; n° 32 : Pages : 13-16
Cote Irdes : c, R1799, P204

Remy Fromentin recueille les propos de Yann Bourgueil qui propose un état des lieux de la médecine générale : les problèmes, la loi, le territoire.

Modes de rémunération

ARTICLE
HELMCHEN (L.A.), LO SASSO (A.T.)

How sensitive is physician performance to alternative compensation schedules? Evidence from a large network of primary care clinics.

Quel est le degré de sensibilité de la performance des médecins à un barème de compensation alternatif ? Evidence à partir d'un vaste réseau de médecins de soins de premier recours.

HEALTH ECONOMICS
2010 : vol. 19 : n° 11 : 1300-1317.
Cote Irdes : P173

Despite its centrality for the provision of health care, physician compensation remains understudied, and existing studies either fail to control for time trends, cover small samples from highly particular settings, or examine empirically negligible changes in reward levels. Using a four-year sample of

59 physicians and 1.1 million encounters, we study how physicians at a network of primary care clinics responded when their salaried compensation plan was replaced with a lower salary plus substantial piece rates for encounters and select procedures. Although patient characteristics remained unchanged, physicians increased encounters by 11 to 61%, both by increasing encounters per day and days worked at the network, and increased procedures to the maximum reimbursable level.

ARTICLE
ZUVEKAS (S.H), COHEN (J.W.).

Paying physicians by capitation: is the past now prologue?

Rémunération des médecins par capitation : est-ce le passé d'un nouveau prologue ?

HEALTH AFFAIRS
2010 : vol. 29 : n° 9 : 1661-1666.
Cote Irdes : P95

In the 1980s and 1990s, physician capitation in which participating physicians received a fixed sum for each insured patient regardless of how much care the patient received was widely touted as a way to restrain costs and encourage more-efficient care. Capitation remained prevalent in markets with a substantial health maintenance organization (HMO) presence but virtually disappeared elsewhere as HMO enrollment declined. By 2007, only 7 percent of all physician office visits were covered under capitation arrangements. Given this history, markets that now lack infrastructure to handle physician risk sharing will probably be challenged by current proposals for payment reform, many of which incorporate components of capitation.

Organisation des soins

ARTICLE

CONTINELLI (T.), MCGINNIS (S.), HOLMES (T.)

The effect of local primary care physician supply on the utilization of preventive health services in the United States.

Les effets de l'offre régionale de soins de santé primaires sur le recours aux services de soins préventifs aux Etats-Unis.

HEALTH & PLACE

2010 : vol. 16 : n° 5 : 942-951.

Cote Irdes : P118

Little research has examined the effect of physician supply on health-related measures at the individual and community level simultaneously. Using telephone survey data from six counties in upstate New York, a commuting radius was constructed between the zip codes of respondents and their primary care physicians. The relationships between local physician supply, the probability of having a primary care physician, and receiving preventive health care checks were analyzed. Both logistic regression and multilevel modeling results indicated the local supply of primary care physicians affects the probability of having a primary care physician, which in turn affects preventive healthcare service utilization.

ARTICLE

BORKAN (J.), EATON (C.B.), NOVILLO-ORTIZ (D.), RIVERO (C.P.), JADAD (A.R.)

Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system.

Renouveler les soins primaires : quelles sont les leçons à tirer du système de santé espagnol ?

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 8 : 1432-1441.

Cote Irdes : P95

From 1978 on, Spain rapidly expanded and strengthened its primary health care system, offering a lesson in how to improve health outcomes in a cost-effective manner. The nation moved to a tax-based system of universal access for the entire population and, at the local level, instituted primary care teams coordinating prevention, health promotion, treatment, and community care. Gains in-

cluded increases in life expectancy and reductions in infant mortality, with outcomes superior to those in the United States. In 2007 Spain spent \$2,671 per person, or 8.5 percent of its gross domestic product on health care, versus 16 percent in the United States. Despite concerns familiar to Americans--about future shortages of primary care physicians and relatively low status and pay for these physicians--the principles underlying the Spanish reforms offer lessons for the United States.

Pratique médicale

45082

ARTICLE

General Practitioners and Patients with Psychological Stress at Work.

Pratique des médecins généralistes dans la prise en charge des malades pour stress professionnel.

JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION

2009/05; Vol 19 : Pages : 256-263, 4 tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

Identifying patients with psychological stress at work (PSW) and managing them are complex tasks. This article studied the frequency of PSW as perceived by general practitioners (GPs), their practices in such situations, and the factors associated with these perceptions and practices, especially drug prescription. Cross-sectional telephone study of GPs in southeastern France with a questionnaire about knowledge, attitudes, behavior, and practices in occupational health. It explored the management of PSW with a case-vignette of a 45-year-old supermarket cashier consulting for psychological stress that he or she attributes to the job. In all, 391 GPs participated; 87.2% reported that they encountered PSW often in their practice. GPs reported that they would treat the case-vignette patient by prescribing anxiolytics (66.5%) or sick leaves (65.7%) or referral to an occupational physician (80.3%) or a mental health specialist (44.8%). A multiple logistic regression showed that GPs reported prescribing an anxiolytic most

frequently for the vignette-patient when they saw a high number of patients daily, asked patients about working conditions, suggested a sick leave or a referral to a specialist to the case-vignette patient and perceived more obstacles to reporting an occupational disease. Its study suggests that PSW is perceived by GPs as one of the principal work-related health problems and that in such situations, most GPs say they would prescribe drugs and sick leave and refer the patient to an occupational physician. Initial and continuing education programs and good practice guidelines would be useful to help them deal with these problems.

45364

ARTICLE
LE GALL (A.)

Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010; Vol : 6 : n°: 7: Pages : 326-330
Cote Irdes : P198
http://www.jle.com/e-docs/00/04/5D/FA/vers_alt/VersionPDF.pdf

Environ une hospitalisation après passage aux urgences sur cinq serait « médicalement inappropriée » alors que 80 % d'entre elles se font sur demande du médecin traitant. Objectif. Évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour programmer des hospitalisations dans les services de médecine d'un centre hospitalier. Méthode : Questionnaires auprès de 143 médecins généralistes de la région Mâconnaise et de 25 médecins des services de médecine du Centre Hospitalier de Mâcon. Résultats : Le fort taux de réponses (72 % pour les généralistes, 80 % pour les hospitaliers) et les nombreux commentaires libres joints ont témoigné de l'intérêt porté par ces professionnels au sujet. L'enquête a permis d'établir un état des lieux des programmations d'hospitalisation dans les services de médecine et d'en appréhender les principaux obstacles. Il s'agit surtout d'impossibilité d'obtenir des places dans un délai raisonnable, d'accessibilité limitée aux consultations spécialisées, de difficultés à joindre les personnes responsables des admissions. La transmission des demandes

de programmation via un standard téléphonique spécialisé et le développement du dossier médical en ligne sécurisé, accessible au médecin généraliste, permettraient un réel décloisonnement ville/hôpital. Conclusion : Ces propositions s'intègrent dans une réflexion sur l'organisation de la médecine de ville, de la médecine hospitalière et des filières de soins post hospitalières.

44755

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

Les associations d'actes CCAM en 2008.

POINTS DE REPÈRE (CNAMTS)
2010/03; n°: 2 : Pages : 8p., tabl.
Cote Irdes : C, S36
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_29_-_Association_actes_CCAM_2008.pdf

A partir des données du codage de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), il est possible de mettre en évidence les actes techniques les plus souvent associés avec un ou plusieurs autres actes. Ainsi, 41 millions d'actes techniques sur les 91 millions facturés en 2008 au titre du Régime général sont concernés. Ils génèrent 1,8 milliard d'euros d'honoraires, hors dépassement. Les actes de diagnostic sont majoritaires : radiographies, échographies, examens ophtalmologiques courants et électrocardiogrammes.

45063

FASCICULE
CLERC (P.), LE BRETON (J.), MOUSQUES (J.), HEBBRECHT (G.), POUVOURVILLE (G. DE)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2010/07-08; n°: 156 : Pages : 6p.

Cote Irdes : QES 156

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes156.pdf>

Dans un contexte où les maladies chroniques sont en augmentation constante, les risques associés au traitement médicamenteux de patients atteints de multiples pathologies restent mal documentés. Or, si certains effets indésirables sont inévitables car inhérents à l'usage du médicament, d'autres sont évitables car résultant d'une utilisation non conforme aux indications et recommandations. L'étude expérimentale Polychrome apporte un éclairage sur la question. Elle montre d'une part que la polypathologie occupe une place majeure dans l'activité des généralistes et s'accompagne inévitablement d'un phénomène de polyprescription ; et, d'autre part, que cette polyprescription n'est pas dénuée de risque iatrogénique. Toutefois, les effets indésirables graves sont relativement rares. Plus généralement, l'étude montre que la qualité des ordonnances peut être améliorée, les modifications les plus nombreuses concernant l'imprécision de la prescription ou un dosage inadéquat, et les autres modifications visant à réduire le nombre de médicaments prescrits. Si l'étude Polychrome reste expérimentale, elle met toutefois en évidence les difficultés pour les généralistes de la prise en charge de ces patients polypathologiques, et offre des perspectives intéressantes pour favoriser le bon usage du médicament et son utilisation en association avec d'autres moyens thérapeutiques non médicamenteux (Résumé d'auteur).

44692

FASCICULE
MICHEAU (J.), MOLIERE (E.)

L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail.

DOSSIER SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2010; n° 15 : Pages : 15p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, S19

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>

Parler de l'activité, du temps de travail et des modes d'organisation des médecins libéraux

nécessite de combiner une double approche. La première, objective, tend à décrire comment le temps est découpé et séquencé, avec des formes et des intensités d'activités distinctes. Elle permet aussi de saisir les rythmes de travail des médecins libéraux, d'éclairer les modes d'organisation choisis et leurs contraintes. La seconde est plus subjective et plus analytique puisqu'elle repose sur les représentations que les médecins ont de leur temps de travail et de leurs pratiques professionnelles, puis tente d'en analyser les modalités. La manière dont les médecins libéraux parlent de leur temps nous aide à mieux comprendre leurs postures et leurs manières de vivre leurs activités professionnelles. Fondée sur des entretiens auprès d'une cinquantaine de praticiens généralistes ou spécialistes, cette analyse décrit l'extrême diversité des formes d'emploi du temps des praticiens. Une majorité d'entre eux ont de longues journées de travail et ils sont nombreux à travailler le samedi.

Relation médecins-malades

44938

ARTICLE
BROUCHAUD (V.)

La toile redessine la relation médecins-patients.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION
DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2010/07-08; n°12 : Pages : 22-25, cartes.

Cote Irdes : P69

http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/dossier_2010-07.pdf

Selon un sondage Ipsos révélé par le Conseil national de l'Ordre des médecins lors de ce débat sur la rôle de l'internet dans l'information des malades, pas moins de sept personnes sur dix consultent Internet pour obtenir des informations de santé . Il faut dire que l'offre ne cesse de croître. Aux fameux sites du type doctissimo.fr ou eureka-sante.fr, gérés par des maisons d'édition ou des médias, se sont ajoutés des sites créés par des établissements de santé, des médecins, des industriels, des associations de patients... Tout ce qui concourt à l'éducation à la santé est une excellente chose, mais

Internet présente des dérives, il ne faut pas se le cacher. Outre la vente de médicaments contrefaits, la Toile est aussi le lieu de tous les dangers pour les patients en état de vulnérabilité psychologique. On y voit éclore des sites dédiés à la nutrition, au bien-être, à la lutte contre le vieillissement, qui sont parfois reliés à des thérapeutiques alternatives non validées, voire à des mouvances sectaires... Or il n'existe pas de « gendarme ? » de la santé sur la Toile. » Il faut donc assurer la fiabilité des informations sur les sites destinés à la santé, estime le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom chargé des systèmes d'information en santé. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est d'ailleurs associé, avec l'Académie de médecine, au comité de suivi de la certification HON-HAS [Health on the Net-Haute Autorité de santé].

44817

ARTICLE

Mieux informer les patients : sur les examens complémentaires aussi.

REVUE PRESCRIRE

2010/07; Vol. n° 221 : Pages : 541

Cote Irdes : P80

Dans une enquête réalisée en France et publiée en 2009, un patient sur cinq a déclaré ne pas avoir reçu d'informations de la part des soignants sur l'examen qu'il subissait. Les patients les plus satisfaits sont ceux qui ont reçu des réponses à leurs questions et une information concordant avec ce qu'ils ont vécu pendant l'examen.

44852

ARTICLE

GALLOIS (P.), VALLEE (J.P.), LE NOC (Y.)

La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2010; Vol. 6 : n° 5 : Pages : 221-227

Cote Irdes : P198

La consultation médicale - ce n'est pas spécifique à la consultation du généraliste - est d'abord la rencontre de deux personnes. Le patient y est souvent, mais pas

exclusivement quand il s'agit de soins primaires, en souffrance et demandeur ; le médecin en position d'expertise par rapport à cette demande. C'est entre ces deux postures que se noue la relation, à différents niveaux possibles selon les consultations, les moments et les pathologies. Ce qui est sans doute la première particularité de la consultation de médecine générale, c'est que la première rencontre est habituellement, si le lien se noue convenablement, le début d'une longue histoire, qui se prolonge parfois sur plusieurs générations. La consultation, comme dans toute discipline médicale, répond bien entendu à des demandes relevant généralement du domaine de la santé, donc des données scientifiques sur lesquelles le médecin doit s'appuyer pour y répondre. Elle s'appuie aussi, comme l'a montré si remarquablement Balint, sur le vécu et les représentations des deux protagonistes, le patient comme le médecin. En ce sens, la consultation pour une pharyngite ou une vaccination n'est pas si différente de l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou le suivi d'une maladie grave... Ce dossier est consacré à différents aspects de ce qui est au coeur même du métier de généraliste.

HOPITAL

Accréditation

ARTICLE

SHAW (C.D.), BRUNEAU (C.), KUTRYBA (B.), DE JONGH (G.), SUNOL (R.).

Towards hospital standardization in Europe.

Vers une standardisation des hôpitaux en Europe.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2010 : vol. 22 : n° 4 : 244-249.

Cote Irdes : P194

QUALITY PROBLEM: There is no simple tool to assess compliance with common national and European directives, guidance and pro-

fessional advice on the management of healthcare institutions. Despite evidence of unacceptable variations in the protection of patient and staff safety little attention has been given to harmonizing the way services are organized and managed. INITIAL ASSESSMENT: Existing systems which define organizational standards, or assess compliance with them, are not in a position to extend this activity into or across national borders in Europe. Certification, accreditation and licensing programmes are too variable to provide a common basis for consistent assessment. Consensual standards would inevitably be minimal if they were to achieve acceptance by all or a majority of member state governments; they would not be standards for excellence or help the majority of organizations to improve performance. PROPOSED SOLUTION: This paper proposes the development of a framework and measurement tool, initially for hospitals, which could be used for self-assessment or peer review to demonstrate compliance with European legislation, guidance and public expectations without infringing national responsibilities. A common code of management practice could be developed through a process similar to that adopted for clinical practice guidelines by the European commission-funded project on appraisal of guidelines research and evaluation. CONCLUSIONS: In practice, the legal relationships between member states and intergovernmental organizations inhibit the harmonization of management practice across-borders. Faster progress to higher levels of performance would be achieved by voluntary, non-regulatory cooperation of enthusiasts to define, measure and improve the quality of healthcare in European hospitals.

Activité hospitalière

44765

ARTICLE
MIDY (F.), HAMON (M.), METRAL (P.)

Pose de stents coronariens en France et estimation du risque de réintervention, à partir des bases nationales PMSI 2005-2007.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/01-03; n°1:Pages : 81-88

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101_Stents_coronariens_et_risque_de_re-intervention.pdf

Cette contribution dresse un bilan de l'activité hospitalière liée à la pose d'endoprothèses coronaires (ou stents) en 2007, avec les évolutions constatées depuis 2006 par secteur et par type de stents. Les séjours avec stent sont identifiés dans la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Des fréquences de réintervention sont estimées, avec un suivi des hospitalisations des patients opérés une première fois entre janvier 2005 et juin 2007.

Coût de l'hospitalisation

45022

ARTICLE
VITIKAINEN (K.), LINNA (M.), STREET (A.)

Substituting inpatient for outpatient care: what is the impact on hospital costs and efficiency?

Substituer les consultations externes aux hospitalisations : quel est son impact en termes de coût et d'efficience à l'hôpital ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2010/08; Vol. 11 : n° 4 : Pages : 395-404, 4 tabl.

Cote Irdes : P151

Substitution of inpatient for outpatient care is seen as a means to increase patient throughput and control costs. The purpose of this study was to assess the impact of increased outpatient care on hospital costs and efficiency using Finnish specialty-level data from years 2003–2006 to which we applied stochastic frontier analysis. The results reveal that outpatient services have a smaller impact on total costs than inpatient services. At the same time, increased outpatient activity appears to have an adverse effect on estimated cost efficiency. This counterintuitive finding is probably due to the low weight given to outpatient activities by the Diagnosis Related Groups (DRG) system.

A common weighting for inpatient and outpatient services is required in order to assess accurately the impact of outpatient care on efficiency.

Efficiency

44688

FASCICULE
GERBER (S.L.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris.
FRA

Y a-t-il des marges d'efficacité à l'hôpital ?

NOTE DE VEILLE (LA)
2010/06 ; vol. : n° 181 : 12p., fig.
Cote Irdes : En ligne
http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille181_hopital.pdf

Le chef de l'État a fixé à tous les hôpitaux publics un objectif de retour à l'équilibre financier d'ici à 2012. Cette perspective impose une forte contrainte d'efficacité aux établissements hospitaliers, en particulier aux grands centres comme ceux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette contrainte sera exacerbée par la nécessité de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population (vieillesse, augmentation des pathologies chroniques, démographie médicale en baisse). Le plan Hôpital 2012 lancé en 2007 ainsi que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 s'inscrivent déjà dans cette recherche d'efficacité accrue. On est fondé à penser qu'ils ne seront pas suffisants au vu des contraintes qui pèsent sur les hôpitaux. Des travaux sur les évolutions françaises passées et des expériences menées à l'étranger dessinent cependant des pistes. La redéfinition du périmètre de l'hôpital et l'évitement des hospitalisations non pertinentes (développement des alternatives à l'hospitalisation, du secteur médico-social, meilleure régulation des urgences) ainsi qu'une conduite raisonnée des recompositions hospitalières permettraient de conjuguer qualité des soins et économies. Ces éléments mériteraient d'être confortés par des études et données complémentaires. Sur le plan organisationnel, même s'il est encore tôt pour identifier l'im-

pact des réformes récemment engagées sur l'efficacité, on pourrait : déterminer le mode de développement souhaité pour la chirurgie ambulatoire ; améliorer la permanence des soins (par exemple en encourageant la pratique de l'exercice regroupé des professionnels de santé) afin de désengorger les urgences hospitalières ; mettre en place des outils de pilotage des recompositions hospitalières ; conditionner la conduite des fusions hospitalières à l'existence d'un projet médical fort et explicite ; préciser les conditions de coordinations entre les Agences régionales de santé (ARS) et les Conseils généraux dans le domaine médico-social ; encourager le développement à l'hôpital de modes d'organisation accueillants pour les personnes âgées.

44599

ARTICLE
LUDWIG (M.), VAN MERODE (F.)

Entente mandant-mandataire et l'efficacité à l'hôpital.

Principal agent relationships and the efficiency of hospitals.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)
2010/06; Vol. 11 : n° 3 :
Pages : 291-304
Cote Irdes : P151

The efficiency of hospitals is an important political issue and has been the subject of a number of studies. Most studies find evidence for inefficiency but provide no theoretical explanations for differences in efficiency. This study used principal agent theory to explain differences in efficiency between hospitals. Two agency issues are examined: (1) quality of care in the relationship between hospital and patient, and (2) internal organisation, i.e. the relationship between the hospital and its main departments. It was found that efficiency and quality go together. This implies that the potential harmful information asymmetry between hospitals and patients does not appear to be a major problem, because increasing efficiency does not seem to reduce quality. Further, we find no relationship between the efficiency of departments and the efficiency of the entire hospital. The interest of hospital departments

is currently not in line with the interests of the entire hospital.

Hospitalisation à domicile

44790

ARTICLE
HAGENMULLER (J.B.)

Quel modèle économique pour l'HAD ?

Spécial Hôpital Expo 2010. Tarification et pilotage économique. Dossier.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/03-04; n° 533 : Pages : 26-29
Cote Irdes : C, P22

Les bénéfices pour les patients d'une hospitalisation à domicile (HAD) sont connus. Mais que sait-on de l'intérêt économique à créer ou développer ce mode de prise en charge ? Alors que le nouveau guide méthodologique de codage de la T2A en HAD est entré en vigueur le 1er mars 2010, quels choix stratégiques opérer ? Cet article présente les facteurs d'aide à la décision : gestion des files actives, choix des professionnels, d'environnement territorial et, in fine, stratégie de développement. La plus grande partie des HAD récemment créées, y compris celles dont l'hôpital public est opérateur (unique ou principal), privilégie le recours à des professionnels libéraux.

Investissement hospitalier

44529

FASCICULE
RECHEL (B.), WRIGHT (S.), DOWDESWELL (B.), MCKEE (M.)

Even in tough times : investing in hospitals of the future.

Même en période difficile : investir dans les hôpitaux du futur.

EURO OBSERVER - HEALTH POLICY
BULLETIN OF THE EUROPEAN
OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS
AND POLICIES
2010; Vol. 12 : n° 1 : Pages : 12p., tabl.,
graph.

Cote Irdes : Bulletin étranger
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/80327/EuroObserver_Spring2010.pdf

This article is based on a two-part study undertaken in 2006–2009. The first part was a series of case studies from across Europe, illustrating innovative approaches to hospital planning and design. The issues that emerged included flexible design, a focus on clinical pathways, integrated regional planning and integration of models of care into design.

Listes d'attente

ARTICLE
HARRISON (A.J.), APPLEBY (J.)

Optimising waiting: a view from the English National Health Service.

Optimiser l'attente : un point de vue à partir du système de santé anglais.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2010 : vol. 5 : n° 4 : 397-409.
Cote Irdes : P197

Recent authors have proposed that waiting times for elective treatment should be reduced to the point where the costs of doing so exceed the benefits. This paper considers how this criterion could be put into effect. Taking benefits first it argues that these could be estimated in three different ways - social cost benefit, clinical and user valuation - that would not necessarily produce consistent results and hence a choice has to be made between them. It then considers the costs of reducing waits and argues, citing relevant evidence, that these may range widely according to whether or not reductions can be achieved through simple management measures or whether more long-term capacity is required. It concludes therefore that the apparently simple criterion proposed for defining the point where waiting times are optimal is hard to establish. Choice of criterion must be made in the light of the overall values that a given health care system is intended to promote.

Performance

44872

ARTICLE, INTERNET
MAYNARD (A.), BLOOR (K.)

Will financial incentives and penalties improve hospital care ?

Les incitations financières et les pénalités amélioreront-elles les soins hospitaliers ?

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2010/02/06; Vol. 340 : Pages : 297-298
Cote Irdes : c, En ligne

Policy makers around the world are seeking to increase the productivity of health services and there is enthusiasm for using financial incentives to improve clinical and organisational behaviour. In England, the NHS quality and outcomes framework in primary care quickly reduced variation in practice activities. Following on from this a new commissioning for quality and innovation payment framework (CQUIN) is being introduced to improve the quality of care in hospitals and other healthcare organisations. Its not yet clear, however, whether incentive schemes, particularly those aimed at improving the processes of care, will result in improved patient outcomes and so justify the cost of implementing them (introd.)

45248

ARTICLE
MAYLE (F.), VINCENT (J.)

Hôpitaux : le palmarès 2010.

LE POINT
2010/09/23; n° 1984 : Pages : 134-173
Cote Irdes : Dossier de presse : Hôpital public

Cette édition 2010 du palmarès des hôpitaux publics en France constitue le quatorzième palmarès du genre. Il établit ainsi un classement des cinquante meilleurs établissements.

45255

ARTICLE
BARBIER (C.), BENHAIM (A.), FALGA (P.)

Vaincre le cancer : le palmarès des meilleurs hôpitaux et cliniques par pathologie.

L'EXPRESS
2010/09/22; n° 122 : Pages : 84-110, tabl.
Cote Irdes : Dossier de presse : Hôpital public

Ce dossier présente le premier palmarès des établissements hospitaliers français qui traitent le cancer. Les établissements sont classés selon leur performance et par types de cancer soignés. L'enquête a été réalisée avec le partenariat de Swiss Life et Carte blanche.

Sécurité des soins

ARTICLE
WEISER (T.G.), HAYNES (A.B.),
LASHOHER (A.), DZIEKAN (G.), BOORMAN
(D.J.), BERRY (W.R.), GAWANDE (A.A.)

Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist.

Perspectives sur la qualité : modélisation de la checklist élaborée par l'OMS sur la sécurité en chirurgie.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY
IN HEALTH CARE
2010 : vol. 22 : n° 5 : 365-370.
Cote Irdes : P194

The World Health Organization's Patient Safety Programme created an initiative to improve the safety of surgery around the world. In order to accomplish this goal the programme team developed a checklist with items that could and, if at all possible, should be practised in all settings where surgery takes place. There is little guidance in the literature regarding methods for creating a medical checklist. The airline industry, however, has more than 70 years of experience in developing and using checklists. The authors of the WHO Surgical Safety Checklist drew lessons from the aviation experience to create a safety tool that supports essential clinical practice. In order to inform the methodology for development of future checklists in health care, we review how we applied lessons

learned from the aviation experience in checklist development to the development of the Surgical Safety Checklist and also discuss the differences that exist between aviation and medicine that impact the use of checklists in health care.

2010; Vol. 13 : n° 3 : Pages : 1-12, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[Http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/121743/EuroObserver_Autumn2010.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/121743/EuroObserver_Autumn2010.pdf)

Tarification hospitalière

44775

ARTICLE

GAUBERT (Y.), LE BAYON (G.)

Tarification SSR. Éléments de cadrage.

Spécial Hôpital Expo 2010. Tarification et pilotage économique.

Dossier.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2010/03-04; n°: 533 : Pages : 30-31

Cote Irdes : C, P22

Fort de ses 1 700 établissements, le champ d'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) représente un volume important d'activité, avec 13 % des dépenses hospitalière. A l'hétérogénéité des structures qui peuvent être mixtes ou exclusivement SSR, s'ajoute une extrême diversité des activités. Dès lors, ces établissements disposent de manière très variable de plateaux techniques spécialisés. Ces facteurs constituent autant de contraintes à intégrer. Encore peu investigué par les analystes du système de santé, le secteur des soins de suite et de réadaptation devrait bientôt figurer parmi les maillons clés de la prise en charge. Ses activités sont valorisées par la réforme de la tarification, et ses enjeux nombreux.

Spending on hospital services has historically been one of the largest shares of total health care expenditures for the majority of countries in Europe and the developed world. According to the OECD, hospital spending on average accounted for approximately one third of total current expenditure on health care in European OECD countries in 2008, ranging from 26.7% in Slovakia to 46.9% in Sweden. In some countries in the WHO European region, particularly in CIS countries, inpatient expenditures as a share of total health care expenditures has at times been over 70%.² As hospitals continue to consume a considerable share of health care resources, policymakers have looked to new payment strategies to ensure that care is delivered efficiently. Hospital financiers are faced with the difficult task of designing systems aligning patient needs and provider incentives in order to obtain the best possible value for money; The financial incentives underlying hospital payment systems ultimately affect providers' organizational structure and treatment patterns. In the past, most European countries paid for hospital care through payment systems such as global fixed budgets, fixed rates per admission or per diem rates based on the number of bed days. Each of these systems encourages different approaches to providing hospital care. This issue talks about: The challenges of hospital payment systems; DRG-type hospital payment in Germany; - Structural reforms and hospital payment in the Netherlands; Financing of hospital care in Finland.

45309

FASCICULE, INTERNET

CYLUS (J.), IRWIN (R.)

The challenges of Hospital payment systems in Europe.

Le challenge des modes de financement des hôpitaux en Europe.

EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS

45299

ARTICLE

LE GOZ (P.)

L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital.

Enjeux éthiques en économie de la santé.

REVUE DE PHILOSOPHIE ECONOMIQUE 2009; Vol. 10 : n°1 : Pages : 35-53

Cote Irdes : A4097

<http://www.cairn.info/revue-de-philosophie-economique-2009-1.htm>

La difficulté des acteurs de santé à intégrer le critère éthique de l'équité dans leur décision est en partie liée aux émotions déclenchées par la perception sensible des patients. Le souci d'une distribution rationnelle des ressources sanitaires en fonction des besoins de la collectivité n'a pas l'intensité émotionnelle de la compassion. L'intégration progressive de la tarification à l'activité dans les établissements de soin offre l'avantage de relativiser l'influence des émotions spontanées dans la décision médicale. Cependant, elle présente l'inconvénient de favoriser la rentabilité plutôt que l'équité.

ARTICLE

HAFSTEINSDOTTIR (E.J.), SICILIANI (L.)

DRG prospective payment systems: re-fine or not refine?

Systèmes de paiement prospectif par groupes homogènes de maladies : à perfectionner ou non ?

HEALTH ECONOMICS

2010 : vol. 19 : n° 10 : 1226-1239.

Cote Irdes : P173

We present a model of contracting between a purchaser of health services and a provider (a hospital). We assume that hospitals provide two alternative treatments for a given diagnosis: a less intensive one (for example, a medical treatment) and a more intensive one (a surgical treatment). We assume that prices are set equal to the average cost reported by the providers, as observed in many OECD countries (yardstick competition). The purchaser has two options: (1) to set one tariff based on the diagnosis only and (2) to differentiate the tariff between the surgical and the medical treatment (i.e. to refine the tariff). We show that when tariffs are refined, the provider has always an incentive to overprovide the surgical treatment. If the tariff is not refined, the hospital underprovides the surgical treatment (and overprovides the medical treatment) if the degree of altruism is sufficiently low compared with the opportunity cost of public funds. Our main result is that price refinement might not be optimal.

PROFESSIONS DE SANTE

Infirmiers

45427

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

Démographie des infirmiers libéraux : des résultats positifs pour l'accord conventionnel d'avril 2009.

Paris : CNAMTS

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/10/21; Pages : 1-8

Cote Irdes : En ligne

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

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un thème majeur pour l'accès aux soins des patients, l'exercice des professionnels concernés et les contours de l'offre de soins pour les années à venir. Dans le cadre des négociations conventionnelles nationales, les représentants des infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie ont signé, en avril 2009, un accord innovant (Avenant n°1 à la Convention) pour améliorer l'accès aux soins et rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions. Expérimenté sur une durée de 2 ans, le dispositif mis en place s'appuie sur une incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées au travers d'une aide financière de l'Assurance Maladie et, en parallèle, une régulation des installations dans les zones sur-dotées.

Kinésithérapeutes

44943

ARTICLE

DELAUNEY (E.)

Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010; Vol. 6 : n° 6 : Pages : 277-281
Cote Irdes : P198

Le débat à propos d'équipes interprofessionnelles et de prises en charge multidisciplinaires est d'actualité. Hypothèse : Médecins et kinésithérapeutes communiquent peu et l'évolution réglementaire qui a eu lieu depuis 2000, peu respectée, n'a pas changé la situation. Méthode : Enquête qualitative par focus group auprès de 10 kinésithérapeutes libéraux. Résultats : Les relations kinés-généralistes sont généralement qualifiées de « bonnes », avec des variantes selon les personnes et les conditions locales, les côtés les plus négatifs concernant le manque de temps et de formation des médecins. Discussion : Les mêmes problèmes existent entre infirmières et médecins. La situation pourrait s'améliorer avec un effort de communication de la part des médecins, une meilleure formation des médecins sur la kinésithérapie, des formations communes, une amélioration de l'image de la kinésithérapie, la création de maisons de santé et peut-être le développement de relations conviviales extraprofessionnelles. Conclusion : les pathologies prises en charge par les kinésithérapeutes sont fréquemment rencontrées en médecine générale. Une médecine réellement collaborative ne sera possible que si chaque acteur y prête attention.

Planification

44965

FASCICULE

Specialist human resources for health in Europe : are we ready ?

Gestion des ressources humaines spécialisées en santé en Europe: sommes nous prêts?

EURO OBSERVER - HEALTH POLICY
BULLETIN OF THE EUROPEAN
OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS
AND POLICIES
2010; Vol. 12 : n° 2 : Pages : 15p., tab.,
graph., carte

Cote Irdes : Bulletin étranger
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/117314/EuroObserver12_2.pdf

The European Commission's 2008 green paper and 2009 report, as well as recent reports by the WHO and OECD signal the increasing international community's interest in human resources for health. Planning of the workforce has emerged as a critical issue in this field. In the open consultation on the Green Paper, support to health systems on workforce planning was welcomed by 80% of the replies. In this paper, four major arguments are proposed for assessing how many health workers European countries will need in future years, of what type, and with what competencies and responsibilities, particularly in Germany, Sweden, Romania and Greece.

MEDICAMENTS

Consommation pharmaceutique

44844

ARTICLE
FAGNANI (F.)

Consommation et prescription pharmaceutique : une exception française ?

L'expertise

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010; n° 27 : Pages : 119-128, tabl.
Cote Irdes : P168

Les comparaisons internationales sur la consommation de médicaments sont souvent évoquées dans les médias et font l'objet de nouveaux travaux. Dans la plupart de ces analyses, la situation de la France apparaît particulière, avec une dépense moyenne par habitant la situant au premier rang européen. Cette spécificité ne manque pas de susciter des interrogations sur l'efficacité de l'usage du médicament en France et elle est presque toujours interprétée de façon négative en terme de surconsommation susceptible de présenter des conséquences sanitaires et

économiques néfastes. On propose ici de discuter différentes questions méthodologiques posées par ces comparaisons et de soulever les problèmes d'interprétation associés (Résumé de l'éditeur).

costs and insufficient information systems, may limit their long-term impact. Future studies regarding experiences and outcomes of implemented schemes are necessary.

Dispositifs de remboursement

ARTICLE
CARLSON (J.J.), SULLIVAN (S.D.),
GARRISON (L.P.), NEUMANN (P.J.),
VEENSTRA (D.L.).

Linking payment to health outcomes: a taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers.

Relier le financement à l'évaluation des résultats en santé : une taxonomie et un examen de la performance basés sur des dispositifs de remboursement entre les payeurs et les fabricants.

HEALTH POLICY
2010 : vol. 96 : n° 3 : 179-190.
Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: To identify, categorize and examine performance-based health outcomes reimbursement schemes for medical technology. **METHODS:** We performed a review of performance-based health outcomes reimbursement schemes over the past 10 years (7/98-01/09) using publicly available databases, web and grey literature searches, and input from healthcare reimbursement experts. We developed a taxonomy of scheme types by inductively organizing the schemes identified according to the timing, execution, and health outcomes measured in the schemes. **RESULTS:** Our search yielded 34 coverage with evidence development schemes, 10 conditional treatment continuation schemes, and 14 performance-linked reimbursement schemes. The majority of schemes are in Europe and Australia, with an increasing number in Canada and the U.S. **CONCLUSION:** These schemes have the potential to alter the reimbursement and pricing landscape for medical technology, but significant challenges, including high transaction

Dossier pharmaceutique

45373

ARTICLE

Le DP au service des patients et des pharmaciens.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES) :
BULLETIN DE L'ORDRE DES
PHARMACIENS
2010/10/28; n° 409 : Pages : 5
Cote Irdes : P29/2

Plus de 10 millions de personnes disposent d'un Dossier pharmaceutique en France, accessible dans plus de 17 000 officines. En complément de cette coordination de la dispensation au service des patients, le réseau informatique du DP permet de diffuser des informations sanitaires urgentes sur les postes de travail des officines. Cette nouvelle application devrait prendre de plus en plus d'importance dans les années à venir.

Industrie pharmaceutique

45306

ARTICLE
LAFON (G.)

La pharma va refigurer son approche.

PHARMACEUTIQUES
2010/06-07; n° 178 : Supplément : Pages : 9
Cote Irdes : P28

Cet article décrit l'impact possible de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) et de la création des Agences régionales de santé (ARS) sur l'industrie pharmaceutique.

44530

ARTICLE

Recherche, santé et protection sociale : bilan des propositions du rapport Attali.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2010/05/27; n° 703 : Pages : 6-13

Cote Irdes : P72

En janvier 2008, la commission pour la libération de la croissance française, présidé par Jacques Attali, remettait à Nicolas Sarkozy ses 300 décisions pour changer la France. 36 propositions concernaient l'industrie pharmaceutique. Cet article présente le bilan de leurs mises en œuvre sur la base du rapport d'information publié par l'Assemblée nationale.

Innovation médicale

44815

ARTICLE

GUIGNOT (C.), NOUSSENBAUM (G.), REUILLON (C.)

Une révolution en vingt médicaments : spécial 20 ans.

DECISION SANTE

2010/06-07; n° 266 : Pages : 6-15

Cote Irdes : c, P165

En vingt ans, l'industrie du médicament a connu de nombreuses mutations. De l'ère des blockbusters à la stratégie de niche, de la croissance à deux chiffres à celle proche de zéro, de la chimie à la biologie, les adaptations ont parfois été douloureuses. Pour autant, le progrès au cours de ces années s'est traduit par de nombreuses avancées, notamment dans le champ de l'oncologie et des maladies orphelines. Cet article fait un retour sur deux décennies où tout a changé ou presque (Résumé d'auteur).

Marché du médicament

44809

FASCICULE

Marchés 2009 : au ralenti.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2010/07/03; n° 2838-2839 :

suppl. - cahier 2 : Pages : 98p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P44

Ce spécial marché fait le point sur les principaux chiffres des produits de santé en France : médicaments remboursables, génériques, médicament familial, homéopathie, cosmétique, etc. Il est basé sur des informations économiques communiquées par IMS Health. Le secteur des médicaments a continué une période de crise en 2009.

Médicaments génériques

44986

ARTICLE

GODMAN (B.), SHRANK (W.H.), WETTERMARK (B.), ANDERSEN (M.), BISHOP (I.), BURKHARDT (T.), GARUOLIENE (K.), KALABA (M.), LAIUS (O.), JOPPI (R.), SERMET (C.), SCHWABE (U.), TEIXEIRA (I.), TULUNAY (C.), WENDYKOWSKA (K.), ZARA (C.), GUSTAFSSON (L.L.)

Use of generics — A critical cost containment measure for all healthcare professionals in Europe ?

PHARMACEUTICALS

2010; Vol. 3 : n° 2 : Pages : 2470-2474

Cote Irdes : C, R 1805

<http://www.mdpi.com/1424-8247/3/8/2470/pdf>

Pharmaceutical expenditures in ambulatory care rose rapidly in Europe in the 1990s and early 2000s. This was typically faster than other components of healthcare spending, leading to reforms to moderate future growth. A number of these centered on generic medicines with measures to lower reimbursed prices as well as enhance their prescribing and dispensing. The principal objective of this paper is to review additional measures that

some European countries can adopt to further reduce reimbursed prices for generics. Secondly, potential approaches to address concerns with generics when they arise to maximize savings. Measures to enhance the prescribing of generics will also briefly be discussed. A narrative review of the extensive number of publications and associated references from the co-authors was conducted supplemented with known internal or webbased articles.

ARTICLE
SHRANK (W.H.), CHOUDRY (N.K.),
AGNEW-BLAIS (J.), FEDERMAN (A.D.),
LIBERMAN (J.N.), LIU (J.), KESSELHEIM
(A.S.), BROOKHART (M.A.), FISCHER
(M.A.)

State generic substitution laws can lower drug outlays under Medicaid?

Les lois de substitution des médicaments par un générique, mises en place dans les Etats, peuvent-elles réduire les dépenses du Medicaid ?

HEALTH AFFAIRS
2010 : vol. 29 : n° 7 : 1383-1390.
Cote Irdes : P95

To stem the rising costs of medications provided to patients enrolled in Medicaid, states have implemented varying policies about generic substitution. These policies differ in the extent to which pharmacists or patients can influence which medications they choose. Using national Medicaid data, we evaluated the relationship between different generic substitution policies and the use of generic simvastatin, a cholesterol-lowering drug, after the patent for the brand-name equivalent, Zocor, expired. States that implemented policies requiring patients' consent prior to generic substitution experienced rates of substitution that were 25 percent lower than those of states that did not require patient consent. By eliminating patient consent requirements, state Medicaid programs could expect to save more than \$100 million in coverage for three top-selling medications that are nearing patent expiration. Although these consent requirements are probably intended to increase patient autonomy, policy makers should consider the sizable opportunity costs.

Médicaments orphelins

ARTICLE
OROFINO (J.), SOTO (J.), CASADO (M.A.),
OYAGUEZ (I.)

Global spending on orphan drugs in France, Germany, the UK, Italy and Spain during 2007.

Dépenses globales de médicaments orphelins en France, Allemagne, Royaume-Uni, Italie et Espagne pour l'année 2007.

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND
HEALTH CARE
2010 : vol. 8 : n° 5 : 301-315.
Cote Irdes : P181

BACKGROUND: Orphan drugs are indicated for the treatment of rare diseases which, in the EU, are defined as those with a prevalence of <5 per 10000 inhabitants. Characteristically, these diseases negatively affect health-related quality of life and may be life threatening. The EU has passed legislation to encourage pharmaceutical companies to invest in research programmes into rare diseases, with the aim of developing new, safe and effective orphan drugs. OBJECTIVES: To describe the status of orphan drugs in five countries in the EU (France, Germany, the UK, Italy and Spain), estimate the mean annual cost per patient and indication of these orphan drugs, and determine the associated cost of these drugs in comparison with overall spending on drugs in each country (year 2007 values). METHODS: The analysis was limited solely to costs of orphan drugs with sales data available for 2007. The mean annual cost per patient was estimated using recommended regimens for maintenance dose and duration from the summary of product characteristics. Likewise, the ratio between annual costs per patient for treatment of each disease and its prevalence was calculated. Sales data were available for at least one of the countries studied for 38 of the 44 orphan drugs authorized by the European Medicines Agency. Only 21 products had data available for all five countries studied. RESULTS: Germany was the country with access to the largest number of orphan drugs (36), followed by the UK (34), Spain (28), France (27) and Italy (25). The mean annual cost per patient and indication of the

38 orphan drugs on the market ranged widely from euro331 to euro337,501. It appears that orphan drugs indicated to treat diseases with a prevalence of <2 per 10000 inhabitants have higher annual per-patient costs than those indicated to treat diseases with a higher prevalence. The percentage of total drug spending accounted for by orphan drugs in 2007 was 1.7% in France, 2.1% in Germany, 1.0% in the UK, 1.5% in Italy and 2.0% in Spain, with an average overall percentage of 1.7% for these five countries. CONCLUSIONS: In 2007, spending on orphan drugs in five European countries was acceptable in terms of the percentage of these countries' overall drug expenditure. Mean annual costs per patient of orphan drugs varied widely, with costs being related to the prevalence of the disease for which the product is indicated.

ARTICLE

DENIS (A.), MERGAERT (L.), FOSTIER (C.), CLEEMPUT (I.), SIMOENS (S.)

Issues surrounding orphan disease and orphan drug policies in Europe.

Survol des politiques européennes dans le domaine des maladies orphelines et des médicaments orphelins.

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH CARE

2010 : vol. 8 : n° 5 : 343-350.

Cote Irdes : P181

An orphan disease is a disease with a very low prevalence. Although there are 5000-7000 orphan diseases, only 50 orphan drugs (i.e. drugs developed to treat orphan diseases) were marketed in the EU by the end of 2008. In 2000, the EU implemented policies specifically designed to stimulate the development of orphan drugs. While decisions on orphan designation and the marketing authorization of orphan drugs are made at the EU level, decisions on drug reimbursement are made at the member state level. The specific features of orphan diseases and orphan drugs make them a high-priority issue for policy makers. The aim of this article is to identify and discuss several issues surrounding orphan disease and drug policies in Europe. The present system of orphan designation allows for drugs for non-orphan diseases to be

designated as orphan drugs. The economic factors underlying orphan designation can be questioned in some cases, as a low prevalence of a certain indication does not equal a low return on investment for the drug across its indications. High-quality evidence about the clinical added value of orphan drugs is rarely available at the time of marketing authorization, due to the low number of patients. A balance must be struck between ethical and economic concerns. To this effect, there is a need to initiate a societal dialogue on this issue, to clarify what society wants and accepts in terms of ethical and economic consequences. The growing budgetary impact of orphan drugs puts pressure on drug expenditure. Indications can be extended for an orphan drug and the total prevalence across indications is not considered. Finally, cooperation needs to be fostered in the EU, particularly through a standardized approach to the creation and use of registries. These issues require further attention from researchers, policy makers, health professionals, patients, pharmaceutical companies and other stakeholders with a view to optimizing orphan disease and drug policies in Europe.

Pharmacie hospitalière

45308

ARTICLE

MOULLE (V.)

Il faut économiser sur le médicament : entretien avec Jean-Marc Aubert.

PHARMACEUTIQUES

2010/06-07; n° 178 : Pages : 28-29

Cote Irdes : P28

Pour Jean-Marc Aubert, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnamts, la pression de plus en plus forte sur l'Ondam accroît la pression sur le médicament à l'hôpital. Les prescriptions d'origine hospitalière vont faire l'objet d'un plus grand contrôle.

45307

ARTICLE
MOULLE (V.)

Médicament à l'hôpital : A l'heure du ralentissement.

PHARMACEUTIQUES
2010/06-07; n° 178 : Pages : 26-27, graph.
Cote Irdes : P28

Alors que les médicaments hors GHS (Groupes homogènes de séjour) affichaient ces dernières années, en France, des taux de croissance insolents, l'année 2009 marque un tournant. Le marché hospitalier marque le pas, avec sorties de liste, baisses des prix, génériques, contrôles accrus des médicaments.

44598

ARTICLE
 TSAI (Y.W.), WEN (Y.W.), HUANG (W.F.) et al.

Pharmaceutical penetration of new drug and pharmaceutical market structure in Taiwan : hospital-level prescription of thiazolidinediones for diabetes.

Diffusion des nouveaux médicaments et structure du marché pharmaceutique à Taiwan : prescription à l'hôpital des thiazolidinediones pour le diabète.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2010/06; Vol. 11 : n° 3 : Pages : 279-290, 4 tabl.
Cote Irdes : P151

This study used Taiwan's National Health Insurance claim database (years 2000–2005) to examine how thiazolidinediones (TZD), a new class of drugs for diabetes, penetrated into Taiwan's hospitals, and its association with the concentration of all diabetes drugs at the hospital level. We collected 72 monthly summaries of diabetes prescriptions from all hospitals in Taiwan. Hospital level pharmaceutical concentration was measured by penetration of TZD, defined as monthly market share of TZD in each hospital. Concentration of diabetes drugs was measured by Herfindahl–Hirschman indices. We found a negative association (coefficient = -0.3610) between TZD penetration and concentration of diabetes drug but a positive

association between penetration of TZD and the volume of prescribed diabetes drugs (coefficient = 0.4088). In conclusion, hospital characteristics and volume of services determined the concentration of pharmaceuticals at the institution level, reflecting the heterogeneous competition between pharmaceutical companies within each hospital. Institution-level pharmaceutical concentration influences the adoption and penetration of new drugs.

Pharmacovigilance

45417

ARTICLE, INTERNET
ORRIOLS (L.), DELORME (D.),
GADEGBEKU (B.)

Prescription Medicines and the Risk of Road Traffic Crashes: A French Registry-Based Study.

Prescription de médicaments et risques d'accidents de la circulation : une étude française

PLOS MEDICINE
2010; Vol. 7 : n° 11 : Pages : 10p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000366>

Background: In recent decades, increased attention has been focused on the impact of disabilities and medicinal drug use on road safety. The aim of our study was to investigate the association between prescription medicines and the risk of road traffic crashes, and estimate the attributable fraction. Methods and Findings: We extracted and matched data from three French nationwide databases: the national health care insurance database, police reports, and the national police database of injurious crashes. Drivers identified by their national health care number involved in an injurious crash in France, between July 2005 and May 2008, were included in the study. Medicines were grouped according to the four risk levels of the French classification system (from 0 [no risk] to 3 [high risk]). We included 72,685 drivers involved in injurious crashes. Users of level 2 (odds ratio [OR] =

1.31 [1.24–1.40]) and level 3 (OR = 1.25 [1.12–1.40]) prescription medicines were at higher risk of being responsible for a crash. The association remained after adjustment for the presence of a long-term chronic disease. The fraction of road traffic crashes attributable to levels 2 and 3 medications was 3.3% [2.7%–3.9%]. A within-person case-crossover analysis showed that drivers were more likely to be exposed to level 3 medications on the crash day than on a control day, 30 days earlier (OR = 1.15 [1.05–1.27]). Conclusion: The use of prescription medicines is associated with a substantial number of road traffic crashes in France. In light of the results, warning messages appear to be relevant for level 2 and 3 medications and questionable for level 1 medications. A follow-up study is needed to evaluate the impact of the warning labeling system on road traffic crash prevention.

Politique du médicament

45375

ARTICLE

Les avenants à l'accord-cadre CEPS-Leem : décryptages.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE
2010/10/28; n° 718 : Pages : 6-11
Cote Irdes : P72

Le 7 octobre 2010, le Comité économique des produits de santé (CEPS) et le Leem ont signé un avenant à l'accord-cadre fusionnant les marchés de ville et de l'hôpital et cinquième du nom depuis le premier accord-cadre signé en 1994 avec Jean Marmot. Cet avenant est le deuxième du genre après celui entériné le 26 octobre 2009 relatif au façonnage des médicaments génériques. Cette fiche présente et commente ces deux avenants.

45061

FASCICULE
GREE (C.J.), MACLURE (M.), FORTIN (P.M.), RAMSAY (C.R.), AASERUD (M.), BARDAL (S.)
The Cochrane Library. Oxford. GBR

Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement : review.

Les politiques du médicament : les effets des restrictions sur les remboursements : revue.

COCHRANE LIBRARY (THE)
2010; n° 8 : Pages : 90p.
Cote Irdes : c, COCH16

Public policymakers and benefit plan managers need to restrain rising pharmaceutical drug costs while preserving access and optimizing health benefits. To determine the effects of a pharmaceutical policy restricting the reimbursement of selected medications on drug use, health care utilization, health outcomes and costs (expenditures). We searched the 14 major bibliographic databases and websites (to January 2009). Included were studies of pharmaceutical policies that restrict coverage and reimbursement of selected drugs or drug classes, often using additional patient specific information related to health status or need. We included randomised controlled trials, non-randomised controlled trials, interrupted time series (ITS) analyses, repeated measures studies and controlled before-after studies set in large care systems or jurisdictions. Two authors independently extracted data and assessed study limitations. Quantitative re-analysis of time series data was undertaken for studies with sufficient data. We included 29 ITS analyses (12 were controlled) investigating policies targeting 11 drug classes for restriction. Participants were most often senior citizens or low income adult populations, or both, in publically subsidized or administered pharmaceutical benefit plans. Impact of policies varied by drug class and whether restrictions were implemented or relaxed. When policies targeted gastric-acid suppressant and non-steroidal anti-inflammatory drug classes, decreased drug use and substantial savings on drugs occurred immediately and for up to two years afterwards, with no increase in the use of other health services (6 studies). Targeting second generation antipsychotic drugs increased treatment discontinuity and the use of other health services without reducing overall drug expenditures (2 studies). Relaxing restrictions for reimbursement of

antihypertensives and statins increased appropriate use and decreased overall drug expenditures. Two studies which measured health outcomes directly were inconclusive. Implementing restrictions to coverage and reimbursement of selected medications can decrease third-party drug spending without increasing the use of other health services (6 studies). Relaxing reimbursement rules for drugs used for secondary prevention can also remove barriers to access. Policy design, however, needs to be based on research quantifying the harm and benefit profiles of target and alternative drugs to avoid unwanted health system and health effects. Health impact evaluation should be conducted where drugs are not interchangeable. Impacts on health equity, relating to the fair and just distribution of health benefits in society (sustainable access to publically financed drug benefits for seniors and low income populations, for example), also require explicit measurement.

Prescription

44683

ARTICLE

Incitations à la prescription dans le répertoire : une comparaison européenne de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/06/24; n° 707 : Pages : 6-10

Cote Irdes : P72

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201006.pdf>

Dans son rapport de juin 2010, la Commission des comptes de la Sécurité sociale présente une fiche éclairage portant sur une comparaison européenne des incitations à la prescription dans le répertoire des médicaments génériques. Cet article analyse les points essentiels contenus dans ce document.

Prix

45098

ARTICLE

Fixation des prix des médicaments : les nouveautés du CEPS.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/09/23; n° 713 : Pages : 6-7

Cote Irdes : P72

Les méthodes de négociation et de fixation des prix des médicaments conduites par le Comité économique des produits de santé (CEPS) n'ont, en pratique, pas connues d'évolution significative depuis que leur exposé figure, sans modification, en annexe de ses rapports d'activité depuis 2003. La fixation des prix des « me-too » et de ceux des médicaments qualifiés de « contre génériques » a été intégrée dans l'annexe de ses rapports 2008 et 2009. Dans son rapport 2009, et sans toutefois l'intégrer dans l'annexe ad hoc, le CEPS a été amené à préciser ses raisonnements sur trois points : la valorisation des nouvelles alternatives sans ASMR (Amélioration du service médical rendu), la limitation de la dépense des ASMR dans les classes chères et les « contrats de partage des risques ». Cet article publie ce nouvel éclairage contenu dans le rapport d'activité 2009.

44597

ARTICLE

STARGARDT (T.)

L'impact du prix de référence sur le changement de comportement et le recours aux soins : le cas des statines en Allemagne.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/06; Vol. 11 : n° 3 : Pages : 267-277, 5
tabl.

Cote Irdes : P151

This paper analyses (1) the impact of the inclusion of statins in the German reference pricing scheme in 2005 on the statin market, and (2) the effect of switching behaviour subsequent to the policy change on healthcare utilisation and costs. Patients with prescriptions for statins in 2004 were

observed for 1 year before and 1 year after the policy change, which went into effect on 1 January 2005. Data on outpatient and inpatient visits, pharmaceutical consumption, and cost to the sickness fund were collected from a sickness fund with more than 5.8 million insured members in 2005. Compared to patients who were not affected by the policy change, patients treated previously with atorvastatin experienced higher non-adherence and increased discontinuation of treatment ($P < 0.0001$). Compared to patients who continued treatment with atorvastatin (non-switchers), patients who switched to another statin were hospitalised more often ($P = 0.0439$). However, difference-in-differences in hospitalisation due to coronary heart disease ($P = 0.8751$) and emergency visits ($P = 0.5624$) did not differ significantly between the two groups. Patients who switched more than once experienced a significant increase in hospital visits ($P = 0.0061$) and hospital visits due to cardiovascular disease ($P = 0.0096$) compared to non-switchers. Difference-in-differences in outpatient healthcare utilisation did not differ between nonswitchers and switchers. Total savings resulting from the policy change ranged from € 94.4 million to € 108.7 million. Although manufacturers usually comply with reference pricing by reducing their retail prices to the reference price, regulators have to be aware of the consequences in cases where manufacturers react as in this situation.

44540

ARTICLE

ADAMSKI (J.), GODMAN (B.), OFIERSKA-SUJKOWSKA (G.), OSINSKA (B.), HERHOLZL (H.), WENDYKOWSKA (K.), LAIUS (O.), JAN (S.), SERMET (C.), ZARA (C.), KALABA (M.), GUSTAFSSON (R.), GARUOLIENE (K.), HAYCOX (A.), GARATTINI (S.), GUSTAFSSON (L.L.)

Risk sharing arrangements for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payers.

Les agreements de partage des risques pour les médicaments: considérations potentielles et recommandations pour les financiers européens.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2010/06; Vol. 10 : n° 153 :

Pages : 1-29

Cote Irdes : R1798

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-153.pdf>

Pharmacie d'officine

44528

ARTICLE

LLUCH (M.)

Are regulations of community pharmacies in Europe questioning our pro-competitive policies ?

Les dispositifs de régulation des pharmacies communautaires en Europe questionnent-ils nos politiques pro-compétitives ?

EUROHEALTH

2009; Vol. 15 : n° 4 : Pages : 26-27

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/83990/Eurohealth15_4.pdf

Drawing on a recent European Court of Justice ruling against the freedom of establishment of community pharmacies in Germany, this article addresses the tensions in European health care systems that arise between regulating community pharmacies and striving for competition in order to stimulate better quality services. It spans the different types of policies that are currently applied to community pharmacies – restrictions on ownership; restrictions on establishment; registration and licensing; restricting distribution to pharmacy outlets; limiting opening hours; and incentives (pricing and reimbursement) – and provides experiences on the impact of (de)regulation in different Member States. The author concludes by raising some of the trade-offs when (de)regulating community pharmacies in general and advocates for liberalising ownership, in particular.

Publicité

45068

ARTICLE

Europe : Publicité grand public pour les médicaments de prescription - un automne 2010 crucial.

REVUE PRESCRIRE

2010/09; n° 323 : Pages : 700-701

Cote Irdes : P80

Les députés européens doivent se prononcer, cet automne 2010, sur la proposition de la Communauté européenne de permettre la publicité grand public pour les médicaments de prescription. Ils ont la possibilité de transformer ces propositions dangereuses pour la santé publique en progrès pour les patients, s'ils votent les amendements qui visent à fermer les portes à la publicité et à favoriser l'accès à une information indépendante, fiable et comparative, notamment en renforçant la transparence des agences européennes et nationales du médicament. Les députés doivent notamment refuser que les firmes aient le droit de mettre à disposition du public des informations dérivées de l'information officielle.

TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MEDICALES

Imagerie médicale

45302

ARTICLE

DHORDAIN (A.)

Equipements lourds en radiologie : le retard français.

PHARMACEUTIQUES

2010/06-07; n° 178 : Pages : 38-39, graph.

Cote Irdes : c, P28

Alors que l'imagerie médicale est aujourd'hui au cœur de la prise en charge des patients,

la spécialité souffre toujours dans l'hexagone d'un sous-équipement chronique. Cet article fait le point sur le taux d'équipement par régions françaises.

Innovation technologique

44882

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. (S.N.I.T.E.M.). Courbevoie. FRA

Technologies médicales. Bilan et enjeux dans un contexte marqué par la crise.

Courbevoie : Snitem

2010; Pages : 3p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.snitem.fr/documents/presse/89_10_06_23_CP_SNITEM_bilan_23juin2010.pdf

A l'occasion de son assemblée générale annuelle et après une année 2009 marquée par la crise, le SNITEM (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales) présente une analyse comparative des données de marché tirée de son observatoire, sur les quatre dernières années. Elle révèle une croissance quasi-« flat » pour l'année 2009. Par ailleurs, le Syndicat souligne les atouts pour la France que représente cette industrie qui contribue à la croissance. Il rappelle que le dispositif médical (DM), produit de santé au service des patients et des professionnels de santé, joue également un rôle structurant en matière d'organisation des soins. Il appelle enfin à lever les obstacles qui freinent encore la diffusion de l'innovation médico-chirurgicale.

Télémedecine

44734

ARTICLE
SIMON (P.), MICHEL (R.)

Tic et Territoires. Télémedecine et aménagement du territoire sanitaire.

GESTIONS HOSPITALIERES
2010/04; n° 495 : Pages : 219-221
Cote Irdes : C, P67

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) autorise de nouvelles organisations de soins et de nouvelles pratiques professionnelles. Cet article porte sur le développement de la télémedecine, acte médical à distance, aujourd'hui autorisée et préconisée par la loi. Il revient sur les actes concernés par la télémedecine, les responsabilités médicales mises en jeu et les conséquences sur l'aménagement du territoire de santé. Un aménagement au service du parcours de soins et notamment du soin à domicile. La télémedecine se définit ainsi comme un enjeu de développement sanitaire et médico-social pour les territoires.

SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS

Allemagne

44600

ARTICLE
SCHREYOGG (J.), GRABKA (M.)

Copayments for ambulatory care in Germany : a natural experiment using a difference-in-difference approach.

Système de copaiement des soins ambulatoires en Allemagne : une expérimentation naturelle par la méthode en double différence.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2010/06; Vol. 11 : n° 3 : Pages : 331-341, 3 fig., 3 tabl.

Cote Irdes : P151

In response to increasing health expenditures and a high number of physician visits, the German government introduced a copayment for ambulatory care in 2004 for individuals with statutory health insurance (SHI). Because persons with private insurance were exempt from the copayments, this health-care reform can be regarded as a natural experiment. We used a difference-in-difference approach to examine whether the new copayment effectively reduced the overall demand for physician visits and to explore whether it acted as a deterrent to vulnerable groups, such as those with low income or chronic conditions. We found that there was no significant reduction in the number of physician visits among SHI members compared to our control group. At the same time, we did not observe a deterrent effect among vulnerable individuals. Thus, the copayment has failed to reduce the demand for physician visits. It is likely that this result is due to the design of the copayment scheme, as the copayment is low and is paid only for the first physician.

Belgique

44964

ARTICLE
MASUY (A.J.)

Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique : un développement typiquement belge.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE
2010; Vol. 52 : n° 1 : Pages : 59-80
Cote Irdes : P196

http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2010/btsz_01_2010_fr.pdf

Ces dernières décennies, le vieillissement de la population s'est imposé comme l'un des défis majeurs du 21ème siècle en Europe. En Belgique, comme dans d'autres pays ayant initié un processus de désinstitutionalisation des soins de santé, la question de la faisabilité du maintien à domicile des personnes âgées s'est rapidement posée. La présence et l'aide des proches sont apparues comme des éléments clés de la prise en charge des personnes dépendantes. Dès

lors, « l'aidant proche » (ou 'mantelzorger' en néerlandais) est devenu objet d'études scientifiques et de mesures politiques. Qui sont les aidants ? Comment combinent-ils ce rôle avec leurs autres obligations professionnelles et familiales ? Quelles sont les limites de cette aide informelle et quelles sont les mesures politiques développées en vue de les aider à maintenir leur engagement ? Le but de cet article n'est pas de dresser l'inventaire des actions existantes, ni même de retracer l'historique de l'aide à domicile en Belgique. Il s'agit, plus particulièrement, de tracer les grandes lignes de l'émergence, de la réalité actuelle et des perspectives d'avenir de l'aide aux aidants des personnes âgées (1) en Belgique. L'article est divisé en cinq parties. La première situe le cadre socio-démographique actuel du pays, la deuxième explicite quelques caractéristiques clés du développement des politiques sociales en Belgique et montre comment elles s'expriment dans le domaine de l'aide aux aidants. La troisième partie explique comment l'assurance dépendance - qui aurait dû être fédérale - ne s'est mise en place qu'en Régions flamande et bruxelloise. La quatrième partie présente les grandes catégories de mesures ou actions existantes actuellement. La dernière partie porte sur les débats actuels et les perspectives d'avenir de l'aide aux aidants en Belgique.

44962

ARTICLE
KARAKAYA (G.)

L'assurance-dépendance en Belgique.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE
2010; Vol. 52 : n° 1 : Pages : 35-58
Cote Irdes : P196

http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2010/btsz_01_2010_fr.pdf

Le présent article décrit le système d'assurance-dépendance (appelée aussi "assurance- soins de santé flamande") actuellement en vigueur dans la Communauté flamande. Cette assurance sociale est obligatoire pour toute personne habitant la Région flamande, alors qu'elle est optionnelle pour les habitants de la Région

bilingue de Bruxelles-Capitale. La Région wallonne n'a pas encore, à ce jour, instauré un quelconque système pour couvrir la dépendance aux soins. Nous tenterons également d'élucider les facteurs clés qui expliquent l'augmentation des dépenses dans le domaine de la dépendance, les ajustements et les changements successifs de l'assurance-dépendance et la présence ou non d'un problème de sélection adverse résultant du caractère optionnel de la 'Vlaamse Zorgverzekering' pour les habitants de Bruxelles (Orsini, 2004, Vansteenkiste, 2004 et Ruz Torres, 2004). L'article se structure comme suit. En premier lieu, il passe en revue la portée, les allocations, le financement et le fonctionnement de l'assurance-dépendance flamande ('Vlaamse Zorgverzekering'). En deuxième lieu, il présente les statistiques relatives au nombre de personnes affiliées à la 'Vlaamse Zorgverzekering' ainsi que le nombre et le pourcentage des demandes approuvées. Ensuite, il décrit la méthode de calcul et de distribution d'allocations accordées par le Gouvernement flamand. Enfin, nous présentons les recettes et les dépenses/coûts en relation avec l'assurance-dépendance flamande et il formule une conclusion.

Etats-Unis

45137

ARTICLE, INTERNET
SISKO (A.M.), TRUFFER (C.J.), KEEHAM (S.P.) et al.

National Health Spending Projections: The Estimated Impact Of Reform Through 2019.

Projections des dépenses nationales de santé : Evaluation de l'impact de la réforme à l'horizon 2019.

HEALTH AFFAIRS
2010/10; Vol. 29 : n° 10 : Pages : 1933-1941
Cote Irdes : En ligne

This paper presents updated national health spending projections for 2009–2019 that take into account recent comprehensive health reform legislation and other relevant changes

in law and regulations. Relative to our February 2010 projections under prior law, average annual growth in national health spending over the projection period is estimated to be 0.2 percentage point higher than our previous estimate. The health care share of gross domestic product (GDP) is expected to be 0.3 percentage point higher in 2019. Within these net overall impacts are larger differences for trends in spending and spending growth by payer, attributable to reform's many major changes to health care coverage and financing. Aux États-Unis, une étude gouvernementale, publiée sur le site Internet de la revue Health Affairs, montre que la réforme du système de soins n'aura aucun impact au niveau de la maîtrise des dépenses de santé jusqu'à au moins 2019. A cette date, les États-Unis dépenseront annuellement 4 600 milliards de \$ pour leur santé contre environ 2 600 milliards en 2010. Sans l'adoption de la réforme au printemps dernier, le total des dépenses de santé en 2019 s'élèverait à 4 500 milliards de \$, estiment les auteurs de l'étude. Une hausse d'autant plus modérée que la réforme doit permettre d'assurer d'ici à 2019 une couverture santé à 92,7% de la population contre 84% actuellement.

44685

ARTICLE
SAUVIAT (C.), SOMMEILLER (E.)

Une réforme de la santé en demi-teinte.

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES
2010/05; n° 124 : Pages : 1-13
Cote Irdes : P177

En mars 2010, Barack Obama a marqué l'histoire de son pays en promulguant la loi sur la réforme de la santé aux Etats-Unis (Patient Protection and Affordable Care Act). Avant lui, sept autres présidents avaient échoué et il aura fallu pour parvenir à cette réforme un an de débat public. Cette réforme marque le principal changement législatif de la protection sociale américaine depuis 1965, année qui avait vu l'instauration de deux programmes fédéraux d'assurance maladie : Medicare et Medicaid. Cette réforme poursuit un triple objectif : parvenir à une couverture santé universelle, maîtriser les dépenses de santé et améliorer la qualité des soins.

ARTICLE
RICET (T.), HANOCH (Y.), CUMMINGS (J.).

What factors influence seniors' desire for choice among health insurance options? Survey results on the Medicare prescription drug benefit.

Quels sont les facteurs qui influencent les seniors à choisir les options d'une assurance maladie ? Résultats d'une enquête du Medicare sur les bénéficiaires de la prescription du médicament.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2010 : vol. 5 : n° 4 : 437-457.
Cote Irdes : P197

Questions about the design of the new US Medicare prescription drug benefit were raised even before its passage, where one of the most heated issues has been the number of plans offered to beneficiaries. Whether beneficiaries believe that there should be extensive or limited choice is still an open question. To study this issue, we analyzed data from the Kaiser Family Foundation/Harvard School of Public Health Survey, which included 718 individuals aged 65 years and above. The survey asked these older adults (i) whether they prefer having dozens of plans or for Medicare to offer a restricted number of plans and (ii) whether they think there are too many, too few or the right amount of plans. Our findings show that the majority of beneficiaries (69%) preferred that Medicare offer a limited number of options while only 29% wanted to see dozens of plans on the market. We also examine the effect of education level, income, political affiliation, race and health status on the desire for more or fewer plans. One surprising finding is that seniors with higher education appear to prefer fewer, not more, plan choices. Overall, our results question the merit of offering so many prescription drugs plan choices to Medicare beneficiaries.

ARTICLE
McCARTHY (I.M.), TCHERNIS (R.)

Search costs and Medicare plan choice.

Coûts de recherche et choix d'un plan de santé du Medicare.

HEALTH ECONOMICS
2010 : vol. 19 : n° 10 : 1142-1165.
Cote Irdes : P173

There is increasing evidence suggesting that Medicare beneficiaries do not make fully informed decisions when choosing among alternative Medicare health plans. To the extent that deciphering the intricacies of alternative plans consumes time and money; the Medicare health plan market is one in which search costs may play an important role. To account for this, we split beneficiaries into two groups - those who are informed and those who are uninformed. If uninformed, beneficiaries only use a subset of covariates to compute their maximum utilities, and if informed, they use the full set of variables considered. In a Bayesian framework with Markov Chain Monte Carlo (MCMC) methods, we estimate search cost coefficients based on the minimum and maximum statistics of the search cost distribution, incorporating both horizontal differentiation and information heterogeneities across eligibles. Our results suggest that, conditional on being uninformed, older, higher income beneficiaries with lower self-reported health status are more likely to utilize easier access to information.

ARTICLE

ALLEN (H.), BAICKER (K.), FINKELSTEIN (A.), TAUBMAN (S.), WRIGHT (B.J.).

What the Oregon health study can tell us about expanding medicaid.

Que peut nous dire l'étude de la santé en Oregon sur les dépenses de santé du Medicaid ?

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 8 : 1498-1506.

Cote Irdes : P95

The recently enacted Patient Protection and Affordable Care Act includes a major expansion of Medicaid to low-income adults in 2014. This paper describes the Oregon Health Study, a randomized controlled trial that will be able to shed some light on the likely effects of such expansions. In 2008, Oregon randomly drew names from a waiting list for its previously closed public insurance program. Our analysis of enrollment into this program found that people who signed up for the waiting list and enrolled in the Oregon Medicaid program were likely to have worse health than those who did not. However, actual enrollment was fairly low, partly because

many applicants did not meet eligibility standards.

Europe

ARTICLE

SHAW (C.D.), KUTRYBA (B.), BRAITHWAITE (J.), BEDLICKI (M.), WARUNEK (A.)

Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009.

Accréditation pour des systèmes de santé soutenables : messages en provenance de l'Europe pour l'année 2009.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2010 : vol. 22 : n° 5 : 341-350.

Cote Irdes : P194

BACKGROUND: Healthcare accreditation has grown rapidly since the 1980s but critics question the value of accreditation rather than certification or inspection. Research has focused more on evidence of impact on provider institutions than on health systems; little has been published on the determinants of growth or decline of accreditation organizations and programmes. **OBJECTIVE:** To describe the development of national accreditation organizations in Europe in relation to incentives, funding and market position in 2009; to identify trends over time using data from previous surveys. **METHODS:** Contacts in 24 countries, identified by previous surveys, were invited to complete a web-based questionnaire comprising 183 items seeking numerical data or posing multiple choice options. Preliminary results were verified with respondents and agreed for publication. **MAIN OUTCOME MEASURES:** National healthcare environment, incentives, government policy, legislation, regulation; programme governance, development, funding. **RESULTS:** The survey identified 18 active national accreditation organizations in Europe. Older ones tend to be independent, profession-dominated and self-financing; they have shown little growth in activity and coverage of the potential market. Newer ones have broad stakeholder governance, support from government policy and growth sustained by

legal or financial incentives-giving wide coverage across the healthcare system. The traditional collegial model of accreditation is moving towards a semi-regulatory model of external assessment which could integrate minimal standards of licensing, public safety and accountability with aspirational standards for organizational development and improvement. CONCLUSIONS: The principal challenges to sustainable accreditation appear to be market size, consistency of policy support, programme funding and financial incentives for participation.

Irlande

44601

ARTICLE
SMITH (S.)

The Irish "health basket" : a basket case ?

Le panier de soins irlandais : un exemple de panier de soins ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)
2010/06; Vol. 11 : n° 3 :
Pages : 343-350, 2 fig., 1 tabl.
Cote Irdes : P151

The Irish health care system is typically described as complex and inequitable and yet the source of the complexity is difficult to identify. This paper examines and documents the way in which the structure of the Irish system is complicated when compared with other countries. Analysis is conducted in the context of the 'health basket' framework. A health basket describes which health care services, and which individuals, are covered by public funding, and to what extent. The Irish health basket is outlined along three dimensions of breadth, depth, and height, and compared with the health baskets of the United Kingdom, Canada, Australia, Sweden and France. Results indicate that it is in the combination of breadth and height that distinguishes the Irish basket from others. The majority of Irish health care services are run on a cost sharing basis; user fees are higher than in other countries particularly in primary care; and the structure of entitlement

restrictions are complex. It is difficult to identify other countries in which all these factors operate within one system. In addition, the way in which the Irish health basket is delivered in practice introduces further complexities into the breadth and height of coverage.

Portugal

45020

ARTICLE
REGO (G.), NUNES (R.), COSTA (J.)

The challenge of corporatisation : the experience of Portuguese public hospitals.

Le défi du corporatisme : expérience des hôpitaux publics portugais.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)
2010/08; Vol. 11 : n° 4 : Pages : 367-381, 9
tabl.
Cote Irdes : P151

The inability of traditional state organisations to respond to new economic, technological and social challenges and the associated emerging problems has made it necessary to adopt new methods of health management. As a result, new directions have emerged in the reform of Public Administration together with the introduction of innovative models. The aim is to achieve a type of management that focusses on results as well as on effort and efficiency. We intend to analyse to what extent the adoption of business management models by hospital healthcare units can improve their performance, mainly in terms of standards of efficiency. Data envelopment analysis (DEA) was used to investigate the efficiency of a set of public Portuguese hospitals. The aim was to evaluate the impact of business management in Portuguese public hospitals with regards to efficiency, specifically taking into account the fact that lack of resources and increased health care needs are a present and future reality. From a total of 83 public hospitals, a sample of 59 hospitals was chosen, of which 21 are state-owned hospital enterprises (SA) and 38 are traditional public administration sector

hospitals (SPA). This study evaluates hospital performance by calculating two efficiency measures associated with two categories of inputs. The first efficiency measures the costs associated with hospital production lines and the number of beds (representing fixed capacity) as inputs. The annual costs generated by the hospitals in the consumption of capital and work (direct and indirect costs) are used. A second measure of efficiency is calculated separately. This measure includes in the inputs the number of beds as well as the human resources available (number of doctors, number of nurses and other personnel) in each hospital. With regard to output, the variables that best reflect the hospital services rendered were considered: number of inpatient days, patients discharged, outpatient visits, emergencies services, sessions in hospital day care services and the number of surgeries. The results seem to suggest that the introduction of market processes and changes in organisational structure—such as managerial autonomy and corporatisation of public hospitals—have had a positive impact on Portuguese public hospitals. This positive evolution was particularly evident in SA hospitals, but further studies are needed to confirm these preliminary results.

Royaume-Uni

45005

ARTICLE
STUCKLER (D.), BASU (S.), MCKEE (M.)

Budget crises, health, and social welfare programmes.

Crises budgétaires, santé et programmes de protection sociale

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2010; n° 340 : Pages : c3311
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c3311.fu>
||

The recession of 2008 has had profound economic consequences for many countries. How and when to reduce budget deficits was a major focus in the recent general election in the United Kingdom and continues to make

headlines around the world. The new government has already begun to make large cuts in public expenditure, even though the UK's projected underlying debt, as a share of gross domestic product (GDP), is less than that of other industrialized countries, it has longer than many other countries before it is required to refinance loans, and the actual deficit in 2009-10 was considerably less than expected. Leading economists have widely divergent views about whether the cuts will aid or hinder economic recovery, but have paid scant attention to the potential effects of reductions in health and social expenditure on population health. We examine historical data for insights into how lower levels of public spending might affect health.

PREVISION - EVALUATION

Evaluation des politiques publiques

44950

FASCICULE, CONGRES

Numéro spécial sur l'évaluation économétrique des politiques publiques : méthodes et applications.

Special issue on econometric evaluation of public policies : methods and applications.

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE
2008/07-12; n° 91-92 : Pages : 451p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : P41
http://annales.ensae.fr/nouvelle_page_4.htm

Ce numéro spécial d'Annales d'économie et de statistique contient une sélection de communications présentée lors du colloque de l'Association pour le développement et la recherche en économie et statistique (ADRES), tenu à Paris les 14-16 décembre 2005. Le thème de ce colloque portait sur les méthodes économétriques appliquées à l'évaluation des politiques publiques, incluant les champs suivants : emploi, secteur social, fiscalité, éducation et environnement. La première partie de ce

fascicule rassemble les contributions théoriques portant sur la définition, la mise en place et les propriétés statistiques de certains estimateurs les plus fréquemment utilisés dans la littérature de l'évaluation (matching...). La deuxième partie présente les applications empiriques des méthodes d'évaluation.

Cote Irdes : c, P49

METHODOLOGIE - STATISTIQUE

Evaluation économique

44841

ARTICLE
TUBEUF (S.)

Evaluation économique des technologies de santé du NICE : un regard expert.

L'expertise

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010; n° 27 : Pages : 79-90
Cote Irdes : P168

Au moment de sa création en 1999, le NICE était le premier institut d'évaluation économique au niveau international. Sa méthode, basée sur une évaluation de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité des interventions pour élaborer des recommandations est un standard de pratique médicale pour de nombreux pays. Cet article décrit le processus d'évaluation des technologies de santé mis en place par le NICE et notamment les évolutions récentes, puis fait le point sur les aspects de ce processus qui font débat (Résumé de l'éditeur).

Programmes régionaux de santé

44523

ARTICLE
MARIA (F. de), GREMY (I.)

L'évaluation au niveau régional : les démarches d'évaluation des plans régionaux de santé publique.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE
PUBLIQUE
2010/03; n° 70 : Pages : 8-12

Dépenses de santé

44539

ARTICLE
ALBOUY (V.), DAVEZIES (L.), DEBRAND (T.)

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

Health expenditure models : a comparison using panel data.

ECONOMIC MODELLING
2010/07; Vol. 27 : n° 4 : Pages : 791-803
Cote Irdes : R1797

Diffusion de l'innovation

45034

ARTICLE, INTERNET
CARLFJORD (S.), LINDBERG (M.),
BENDTSEN (P.) et al.

Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory.

Facteurs clés qui influencent l'adoption d'une innovation dans les soins de santé primaire : une étude qualitative basée sur la théorie de l'implémentation.

BMC FAMILY PRACTICE
2010/09; Vol. 11 : n° 60 : Pages : 11p., fig.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-11-60.pdf>

Bridging the knowledge-to-practice gap in health care is an important issue that has gained interest in recent years. Implementing new methods, guidelines or tools into routine care, however, is a slow and unpredictable process, and the factors that play a role in the change process are not yet fully understood.

There is a number of theories concerned with factors predicting successful implementation in various settings, however, this issue is insufficiently studied in primary health care (PHC). The objective of this article was to apply implementation theory to identify key factors influencing the adoption of an innovation being introduced in PHC in Sweden. A qualitative study was carried out with staff at six PHC units in Sweden where a computer-based test for lifestyle intervention had been implemented. Two different implementation strategies, implicit or explicit, were used. Sixteen focus group interviews and two individual interviews were performed. In the analysis a theoretical framework based on studies of implementation in health service organizations, was applied to identify key factors influencing adoption. The theoretical framework proved to be relevant for studies in PHC. Adoption was positively influenced by positive expectations at the unit, perceptions of the innovation being compatible with existing routines and perceived advantages. An explicit implementation strategy and positive opinions on change and innovation were also associated with adoption. Organizational changes and staff shortages coinciding with implementation seemed to be obstacles for the adoption process. When implementation theory obtained from studies in other areas was applied in PHC it proved to be relevant for this particular setting. Based on our results, factors to be taken into account in the planning of the implementation of a new tool in PHC should include assessment of staff expectations, assessment of the perceived need for the innovation to be implemented, and of its potential compatibility with existing routines. Regarding context, we suggest that implementation concurrent with other major organizational changes should be avoided. The choice of implementation strategy should be given thorough consideration.

Inégalités de santé

44976

ARTICLE, INTERNET
TUGWELL (P.), PETTICREW (M.),
KRISTJANSSON (E.)

Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health.

Evaluation de l'équité dans les revues systématiques : réaliser les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2010; Vol. 341 : Pages : non paginé
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4739.full?paper=papetoc>

The Commission on Social Determinants for Health has recommended assessment of health equity effects of public policy decisions. This article provides guidance on assessing equity for users and authors of systematic reviews of interventions. Particular challenges occur in seven components of such reviews: (1) developing a logic model, (2) defining disadvantage and for whom interventions are intended, (3) deciding on appropriate study design(s), (4) identifying outcomes of interest, (5) process evaluation and understanding context, (6) analysing and presenting data, and (7) judging applicability of results. Greater focus on health equity in systematic reviews may improve their relevance for both clinical practice and public policy making

44940

ARTICLE
TUBEUF (S.)
Collège des Economistes de la Santé.
(C.E.S.). Paris. FRA

Mesure des inégalités sociales de santé : la méthodologie "Ecuity" appliquée à la France.

Inégalités sociales de santé.
LETTRE DU COLLEGE (LA)
2010/1; Vol. 21 : n° 1 : Pages : 5-6
Cote Irdes : Bulletin français
http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

Au-delà du constat de leur existence, les inégalités sociales de santé se construisent selon des mécanismes qu'il convient de comprendre et d'identifier. A la classe sociale déjà mise en cause pour expliquer les différences de mortalité dans les travaux démographiques, les épidémiologistes ont défini et étudié des déterminants sociaux de la santé d'origine et de nature très diverses. En économie, à l'échelle internationale, le champ de l'explication des inégalités sociales de santé a été investi grâce à la méthode de décomposition de l'inégalité en facteurs déterminants introduite par le projet européen ECuity. L'originalité de cette approche est de s'inscrire dans un cadre économique de mesure des inégalités sociales de santé et de mener une réflexion sur la mesure de l'état de santé individuel.

Mesure de la santé

44596

ARTICLE
ZHONG (H.)

The impact of missing data in the estimation of concentration index : a potential source of bias.

L'impact des données manquantes dans l'estimation de l'index de concentration : une source potentielle de biais.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2010/06; Vol. 11 : n° 3 : Pages : 255-266, 6 tabl.
Cote Irdes : P151

The purpose of this paper is to raise awareness of missing data when concentration indices are used to evaluate health-related inequality. Concentration indices are most commonly calculated using individual-level survey data. Incomplete data is a pervasive problem faced by most applied researchers who use survey data. The default analysis method in most statistical software packages is complete-case analysis. This excludes any cases where any variables are missing. If the missing variables in question are not completely random, the calculated concentration indices are likely to be biased,

which may lead to inappropriate policy recommendations. In this paper, I use both a case study and a simulation study to show how complete-case analysis may lead to biases in the estimation of concentration indices. A possible solution to correct such biases is proposed.

DEMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Alimentation

45236

FASCICULE
TAVOULARIS (G.), MATHE (T.)
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.
(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Le modèle alimentaire français contribue à limiter le risque d'obésité.

Paris : Credoc
CONSOMMATION ET MODES DE VIE
2010/09; n°: 232 : Pages : 1-4
Cote Irdes : P81/1
<http://www.credoc.fr/pdf/4p/232.pdf>

La prise de poids est souvent mise en relation avec de mauvaises habitudes alimentaires et la faiblesse de l'activité physique. Pourtant, plusieurs enquêtes sur les comportements alimentaires effectuées en France par le Crédoc montrent que notre relation à l'alimentation évolue très lentement. Le modèle alimentaire français reste une véritable institution malgré les contraintes liées au monde du travail, à la crise du modèle familial traditionnel et à la simplification des repas constatée depuis de nombreuses années. Ce modèle (repas structurés pris à des heures régulières et comportant plusieurs plats) s'oppose notamment au modèle en cours aux États-Unis, un pays où l'alimentation hors repas est privilégiée et où la proportion de personnes obèses est nettement plus élevée : elle atteint 26,9 % de la population adulte contre 14,5 % en France. Donner davantage d'importance au modèle alimentaire et à la tradition culinaire ne serait-il pas un moyen

de se préserver de l'obésité ? Les comparaisons réalisées par le Crédoc entre les consommateurs français, européens et américains permettent de le penser (Résumé d'auteur).

ensemble dans le respect des libertés de choix de vie de chacun (Résumé d'auteur).

Conditions de vie

44894

FASCICULE
BIGOT (R.)

Centre de Recherche pour l'Etude et
l'Observation des Conditions de vie.
(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

***L'opinion défend à la fois la liberté
individuelle et la cohésion sociale.***

CONSOMMATION ET MODES DE VIE
2010/07; n°: 231 : Pages : 1-4

Cote Irdes : P81/1

<http://www.credoc.fr/pdf/4p/231.pdf>

Individualistes, conservateurs, éternels insatisfaits, voire râleurs : les qualificatifs peu flatteurs ne manquent pas pour caractériser l'état d'esprit des Français. Certains de ces clichés mériteraient d'être relativisés. Une récente recherche du Crédoc, portant sur l'évolution des modes de vie et des opinions de nos concitoyens, révèle des facettes de la société beaucoup plus équilibrées. L'enquête « Conditions de vie et aspirations », réalisée chaque année depuis la fin des années 1970, offre un point d'observation privilégié des changements récents. Elle met en lumière des attitudes en matière de mœurs beaucoup moins conservatrices qu'on pouvait le penser et une forte envie de concilier liberté individuelle et cohésion sociale. Sur ces thèmes, les différences entre les villes et le monde rural ont tendance à disparaître. Par exemple, l'idée de l'homoparentalité, qui a longtemps divisé le corps social, a fait son chemin dans les esprits : 61 % de la population considère aujourd'hui que deux personnes de même sexe devraient pouvoir s'unir civilement à la mairie et près de la moitié estime qu'elles devraient pouvoir adopter un enfant. L'étude révèle aussi un réel attachement de nos concitoyens aux valeurs de solidarité, à l'État Providence et à l'aide en faveur des plus démunis. Autant de résultats qui traduisent la volonté de mieux vivre

Indicateurs démographiques

45398

FASCICULE
BLANPAIN (N.)

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

***15 000 centenaires en 2010 en France,
200 000 en 2060 ?***

INSEE PREMIERE

2010/10; n°:1319 : Pages : 4p., 4 graph.
Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1319/ip1319.pdf>

Au 1er janvier 2010, 15 000 centenaires vivent en France métropolitaine : c'est treize fois plus qu'en 1970. Neuf centenaires sur dix sont des femmes et parmi les personnes de 110 ans et plus, qu'on appelle les « supercentenaires », il n'y a quasiment que des femmes. Un centenaire sur deux vit à domicile, qu'il soit seul, en couple, ou avec une autre personne que son conjoint. La part des centenaires qui vivent en solo ou en couple s'accroît. Les hommes sont plus fréquemment à leur domicile que les femmes. Dans cinquante ans, la France pourrait compter 200 000 centenaires, soit treize fois plus qu'aujourd'hui. Si les conditions d'espérance de vie sont meilleures que prévu, ils pourraient être 380 000 en 2060, contre 120 000 dans le cas contraire.

45399

FASCICULE

BLANPAIN (N.), CHARDON (O.)

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

***Projections de population à l'horizon
2060. Un tiers de la population âgé de
plus de 60 ans.***

INSEE PREMIERE

2010/10; n° 1320 : Pages : 4p., 4 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans. Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité. Cette forte augmentation est transitoire et correspond au passage à ces âges des générations du baby-boom. Après 2035, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître, mais à un rythme plus sensible aux différentes hypothèses sur les évolutions démographiques.

45429

FASCICULE, INTERNET
BEAUMEL (C.), PLA (A.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

Statistiques d'état civil sur les décès en 2009.

INSEE RESULTATS : SOCIETE
2010/10; n° 11 : Pages : 138p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=sd20093>

Ce numéro présente les données sur les décès extraites de l'exploitation des fichiers d'état civil. Le nombre de décès augmente en France pour la troisième année consécutive. 548 541 personnes sont décédées en 2009, dont 538 116 en France métropolitaine (+ 1,1 % par rapport à 2008). Le nombre de décès avait atteint un pic en 2003 : la canicule avait alors été à l'origine de 15 000 décès supplémentaires, notamment de personnes en état de grande fragilité. Les mesures de prévention mises en place ensuite avaient permis d'éviter des décès en 2004 ; le nombre de décès enregistré cette année-là était le plus faible depuis 1962.

45401

FASCICULE
NIEL (X.), BEAUMEL (C.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi.

INSEE PREMIERE
2010/10; n°1318 : Pages : 4p., 4 graph.
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1318/ip1318.pdf>

Le nombre de décès augmente depuis 2006. Cette hausse résulte du vieillissement de la population vivant en France. En effet, les générations sont de tailles inégales et les plus anciennes deviennent plus nombreuses ; le nombre de décès et le taux global de mortalité augmentent logiquement. Cependant, pris séparément, les taux de mortalité à chaque âge baissent presque tous. La mortalité infantile fait exception : elle ne baisse plus depuis 2005 et augmente en 2009. Au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est ainsi passée du 5e rang européen en 1999 au 14e en 2008. L'espérance de vie augmente toutefois régulièrement et atteint 84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes en France métropolitaine. Depuis le milieu des années 1980, les personnes âgées décèdent de plus en plus en maison de retraite. La saisonnalité des décès varie en fonction de l'âge : les personnes âgées décèdent davantage en hiver, les moins de 35 ans surtout en juillet et en août. Dans les départements d'outre-mer (DOM), la mortalité infantile est deux fois et demie plus élevée qu'en métropole. L'espérance de vie y est de deux années plus courte pour les femmes et d'une année pour les hommes.

44919

FASCICULE, INTERNET
BEAUMEL (C.), PLA (A.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

**Statistiques d'état civil sur les
naissances en 2009.**

INSEE RESULTATS : SOCIETE
2010/07; n° 110 :Pages : 138p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.insee.fr/fr/themes/document.aspx?ref_id=sd20091

En 2009, 793 420 bébés sont nés en France métropolitaine et 31 221 dans les départements d'outre-mer, soit un total de 824 641. Le nombre de naissances a diminué de 3 800 par rapport à 2008. La moitié de cette baisse s'explique mécaniquement par le fait que 2008 était une année bissextile. Le nombre de naissances hors mariage poursuit sa progression. Devenues majoritaires en 2006, elles représentent 53,7 % en 2009, contre 52,5 % en 2008 et 37,2 % en 1994. Au cours de la dernière décennie, la part des enfants nés de deux parents étrangers a peu évolué : 7,0 % en 2008, contre 6,6 % en 1999 (tableau 37 France). Sur la même période, la part des enfants nés de couples mixtes est passée de 8,4 % à 13,1 %.

44691

FASCICULE, INTERNET
BEAUMEL (C.), PLA (A.), VATAN (M.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

La situation démographique en 2008.

INSEE RESULTATS : SOCIETE
2010/07; n°: 109 : Pages : 252p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.insee.fr/fr/themes/document.aspx?ref_id=sd2008

Au 1er janvier 2009, la population de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer est estimée à 64,3 millions de personnes. Cette estimation de population tient compte du recensement de population qui fixe la population légale au 1er janvier 2007. L'indicateur conjoncturel de fécondité atteint en 2008 son plus haut

niveau depuis 1974 et dépasse le seuil de 2,0 enfants par femme. La France reste ainsi le deuxième pays le plus fécond de l'Union européenne derrière l'Irlande. C'est surtout aux âges relativement élevés, 30 ans et plus, que la fécondité progresse. L'espérance de vie continue de progresser régulièrement pour les hommes (77,6 ans en 2008) mais marque une pause pour les femmes (83,6 ans en 2008).

Logement

44641

FASCICULE
OLM (C.)
Centre de Recherche pour l'Etude et
l'Observation des Conditions de vie.
(C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

**Les jeunes, les personnes âgées et les
difficultés de logement : trois priorités
pour l'action sociale.**

Paris : Credoc
CONSOMMATION ET MODES DE VIE
2010/06; n°: 230 : Pages : 1-4
Cote Irdes : P81/1
<http://www.credoc.fr/pdf/4p/230.pdf>

En France métropolitaine, 8 millions de personnes, soit 13,4 % de la population, sont en situation de pauvreté monétaire en 2007. 3,6 millions de ménages, soit 14 % d'entre eux, vivaient en 2006 dans des conditions de logement dégradées. Début 2009, plus de 3,5 millions de personnes, soit plus de 5,5 % de la population, appartenaient à un ménage allocataire du RMI. Ces différents constats alertent sur la persistance de situations préoccupantes, mais ne suffisent pas à rendre compte de la croissance de l'exclusion et de l'émergence de nouvelles formes de précarité. Dans le cadre des travaux menés par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), le Crédoc a interrogé 1 000 intervenants en contact direct avec des personnes pauvres, ou proches de la pauvreté et de l'exclusion. Cette approche a vocation à s'inscrire dans un système pérenne d'observation des phénomènes émergents en matière de pauvreté. Les réponses des acteurs interrogés ne révèlent

pas de formes nouvelles de précarité. Elles traduisent en revanche une forte inquiétude face à une augmentation du nombre de personnes en situation très difficile, notamment parmi les jeunes et les personnes âgées. Les problèmes d'accès ou de maintien dans le logement sont eux aussi plus fréquents et exposent souvent à la précarité (Résumé d'auteur).

ECONOMIE GENERALE

Emploi

45418

ARTICLE
MEURS (D.), PAILHE (A.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

***Position sur le marché du travail des
descendants directs d'immigrés en
France : les femmes doublement
désavantagées ?***

*Emploi, formation et qualification
professionnelle.*

ECONOMIE ET STATISTIQUE
2010/10; n°: 431-432 : Pages : 129-151
Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES431H.pdf

Les descendants directs d'immigrés maghrébins, aussi bien les femmes que les hommes, sont toutes choses égales par ailleurs, plus exposés au risque de chômage que les personnes nées françaises de deux parents français de naissance ou les descendants d'Europe du Sud. Outre ce sur-chômage, les hommes et femmes issus de l'immigration maghrébine sont plus souvent inactifs. À caractéristiques observables semblables, les obstacles à franchir pour obtenir un emploi semblent plus nombreux pour les descendants directs de migrants du Maghreb. Les différences observées ne sont pas réductibles à des inégalités dues à la reproduction sociale et à la ségrégation spatiale ; s'y ajoute un effet spécifique lié à l'origine. Les femmes issues de l'immigration

maghrébine cumulent les inégalités sociales, d'origine et de genre. Comparées à celles des hommes nés français de deux parents français de naissance, elles ont les plus faibles chances d'être en emploi. Elles présentent également le plus fort risque d'inactivité. Toutefois, être une femme est tout aussi pénalisant pour accéder à l'emploi que l'on soit issue ou non de l'immigration. Face à ces difficultés sur le marché du travail, il semble qu'une stratégie adoptée par les hommes, mais surtout par les femmes d'origine maghrébine, soit la poursuite des études. On peut y voir à la fois une volonté d'ascension sociale par rapport à leurs parents et une stratégie d'investissement en capital humain pour contrebalancer les effets négatifs liés à la seule origine (Résumé d'auteur).

45405

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

***L'enquête Formation et Qualification
Professionnelle : une source
inépuisable pour la recherche en
sciences sociales.***

*Emploi, formation et qualification
professionnelle.*

ECONOMIE ET STATISTIQUE
2010/10; n°: 431-432 : Pages : 3-11
Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES431A.pdf

La toute première enquête sur la formation et la qualification professionnelle (FQP), en 1964, fut conçue pour améliorer les prévisions d'emploi, dans le cadre de la préparation du Ve Plan. Son objectif principal était de fournir des mesures aussi objectives que possible de l'insertion des diplômés dans l'emploi et de la mobilité professionnelle en cours de carrière, de façon à aider les planificateurs à évaluer les besoins de formation du système productif (Affichard, 1987). Ce numéro spécial d'Économie et Statistique, consacré à l'édition 2003 de l'enquête, renoue en partie avec ses origines : quatre des sept articles proposés analysent différents aspects de la mobilité et des carrières professionnelles.

Viennent compléter ce numéro spécial un article sur la discrimination à laquelle les fils et filles d'immigrés font face sur le marché du travail, un article sur les inégalités d'accès à la formation continue selon la densité d'entreprises au niveau local, ainsi qu'un article retraçant l'histoire des principaux thèmes abordés par l'enquête FQP depuis son origine (Résumé d'auteur).

45338

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

50 ans de mutations de l'emploi.

INSEE PREMIERE
2010/09; n°: 1312 : Pages : 4p.
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1312/ip1312.pdf>

Au début des années 1960, la main-d'œuvre est très majoritairement masculine, plutôt ouvrière et peu qualifiée. Souvent, seul le chef de ménage exerce une activité hors du domicile. C'est le règne de la grande entreprise industrielle marquée par une organisation du travail de type fordiste ou taylorien, avec essentiellement des contrats de travail à durée indéterminée et à temps plein. Aujourd'hui, l'emploi apparaît plus « éclaté », qu'il s'agisse des statuts et des situations d'activité entre l'emploi et le chômage, des durées et rythmes de travail, des modes de rémunération ou des unités productives. Au cours de ces cinquante dernières années, l'emploi s'est féminisé, tertiarié et urbanisé, il est devenu plus qualifié mais aussi moins jeune. Les contraintes associées au travail ont progressivement changé de nature avec la montée des flexibilités : moins de fatigue physique mais davantage de stress au travail. Les recensements de la population permettent de préciser certaines de ces grandes évolutions (Résumé d'auteur).

45283

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

Le domaine d'études est déterminant pour les débuts de carrière.

INSEE PREMIERE
2010/10; n°: 1313 : Pages : 1-4
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1313/ip1313.pdf>

Dans cette étude, les débuts de carrière sont décrits par l'intermédiaire de quatre indicateurs : le taux de chômage, la proportion d'emplois à temps partiel, la catégorie sociale de l'emploi et le salaire. À partir de ces indicateurs, les diplômes et spécialités ont été classés en trois grands groupes : les formations qui débouchent sur un début de vie active difficile, celles qui permettent des débuts plus corrects et celles qui amorcent des parcours professionnels favorables. En effet, le devenir professionnel des jeunes est lié à leur niveau de diplôme mais dépend aussi beaucoup de leur spécialité de formation. Ainsi, les jeunes titulaires de CAP et de BEP de la production s'insèrent mieux que certains diplômés du supérieur. De même, les titulaires de DUT-BTS industriels ont souvent des débuts de carrière plus favorables que les titulaires de masters en lettres et sciences humaines. Pour les niveaux de diplôme allant des CAP-BEP aux DUT-BTS, les spécialités des services débouchent souvent sur des segments saturés du marché du travail, alors que les formations en mécanique, électricité ou informatique sont très prisées par les entreprises.

45012

ARTICLE

SIMONNET (V.), TERRACOL (A.)

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

***Coût du travail et flux d'emploi : l'impact
de la réforme de 2003.***

Bas salaires et marché du travail.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2010/08; n°: 429-430/2009 : Pages : 107-128

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES429E%20.pdf

La loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi instaure, à compter du 1er juillet 2003, un dispositif de convergence entre le Smic et les différentes garanties mensuelles de rémunération (GMR) qui existaient jusqu'alors. Elle a abouti le 1er juillet 2005 à une rémunération minimale unique. Cette loi modifie également le dispositif d'allègement de cotisations patronales sur les bas salaires. Il s'agissait de compenser la hausse du coût du travail due au mouvement de convergence et d'aboutir en juillet 2005 à un dispositif uniformisé pour toutes les entreprises, quelle que soit leur durée collective de travail. Durant la période transitoire, 2003-2005, les allègements de charge diffèrent toujours selon que l'entreprise est signataire ou non d'un accord de réduction à 35 h de la durée du travail avant 2003. Le coût d'embauche a évolué dès lors différemment selon les entreprises ; nous avons donc comparé l'évolution des transitions du chômage vers l'emploi selon que le chômeur transite vers une entreprise signataire ou non. Un appariement des données de l'enquête Emploi (2001-2007) et des fichiers Cerfa, met en évidence un ralentissement des sorties du chômage vers les entreprises passées à 35 heures. Les baisses de cotisations patronales associées à la réforme de 2003 semblent avoir été insuffisantes dans le cas des entreprises signataires mais ont permis de compenser la hausse du coût du travail chez les non-signataires. Enfin, la mise en place de cette réforme n'a pas modifié les sorties du chômage des personnes les plus diplômées mais elle a

ralenti celles des moins diplômées, plus susceptibles d'être rémunérées à un niveau proche du salaire minimum et donc d'être affectées par l'harmonisation à la hausse des salaires minimaux (Résumé d'auteur).

45011

ARTICLE

BUNEL (M.), GILLES (F.), L'HORTY (Y.)

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

***Les effets des allègements de
cotisations sociales sur l'emploi et les
salaires : une évaluation de la réforme
de 2003.***

Bas salaires et marché du travail.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2010/08; n°: 429-430/2009 : Pages : 77-106

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES429D%20.pdf

La réforme du 17 janvier 2003 a unifié les dispositifs d'exonération de cotisations sociales entre les entreprises à 35 heures et celles à 39 heures tout en réalisant sur une période de trois ans, de 2003 à 2005, la convergence entre le Smic horaire et les différentes garanties mensuelles de rémunération qui coexistaient jusque-là. Nous évaluons les effets de cette réforme sur l'emploi et les salaires au moyen d'un appariement de données issues des fichiers de l'Urssaf et de l'Insee. Ces données permettent, pour la première fois, d'appréhender les baisses de cotisations sociales effectivement perçues par les entreprises (Résumé d'auteur).

44679

FASCICULE, INTERNET
MINNI (C.)

Ministère du Travail - des Relations Sociales
et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de
l'Animation et de la Recherche des Etudes et
des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

Emploi et chômage des 50-64 ans en 2009.

DARES Analyses - DARES Indicateurs
2010/06; n°: 039; Pages : 16p., tabl., graph.
Cote Irdes : c, En ligne

[http://www.travail-
solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-039-3.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-039-3.pdf)

En 2009, 56,9 % des personnes âgées de 50 à 64 ans sont actives, en emploi ou au chômage, en France métropolitaine. Une fois corrigé de l'effet de la structure démographique, le taux d'activité des seniors a progressé continûment depuis 2001. Cette progression a concerné les hommes et les femmes, à tous les âges. Après le succès des départs anticipés à la retraite pour carrière longue de 2004 à 2008, la réduction des entrées dans les dispositifs de cessation anticipée d'activité a soutenu le taux d'activité des 50-64 ans en 2009. Hors effet démographique, celui-ci a progressé de +1,4 point entre le 4e trimestre 2008 et le 4e trimestre 2009. Dans un contexte de très forte dégradation de la situation économique, la progression du taux d'emploi, hors effet démographique, a ralenti (+0,4 point après +1,1 point en 2008) et la proportion de chômeurs a augmenté (+1,0 point après +0,1 point en 2008). Fin 2009, le taux d'emploi et le taux de chômage des 50-64 ans s'élèvent respectivement à 53,2 % et 6,7 %.

44533

ARTICLE
MICHAUD (F.)

Choc démographique, politiques d'emploi et sortie de crise.

PROBLEMES ECONOMIQUES
2010/05/12; n°: 2995 : Pages : 25-31
Cote Irdes : P100

La démographie, et plus précisément, le choc démographique, est un facteur essentiel de l'évolution du marché du travail. Ce choc a un caractère mondial et ne concerne pas

seulement les pays développés. En Europe, où l'essentiel du vieillissement de la population sera acquis dès 2020-2025, il y a une grande hétérogénéité de situations. Les pays d'Europe centrale et orientale (PECO), l'Allemagne et l'Europe du Sud seront davantage touchés par le vieillissement que la France ou les pays du Nord. Une des conséquences de ces disparités pourrait résider dans des différentiels de croissance économique, rendant moins attractifs les pays où la démographie est moins dynamique. La France et l'Allemagne pourraient ainsi suivre des sentiers de croissance très différents.

Niveaux de vie

45161

FASCICULE
LOMBARDO (P.), PUJOL (J.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

Les niveaux de vie en 2008.

Paris : INSEE
INSEE PREMIERE
2010/09; n°: 1311 : Pages : 1-4
Cote Irdes : P172
[http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1311/ip1311.
pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1311/ip1311.pdf)

En 2008, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux, le niveau de vie médian s'élève à 19 000 euros annuels en France métropolitaine, soit une progression en euros constants de 1,7 % en un an. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie annuel inférieur à 10 520 euros tandis que pour les 10 % les plus aisées, ce niveau est d'au moins 35 550 euros, soit 3,4 fois plus. 13 % de la population des ménages vit en dessous du seuil de pauvreté en 2008. C'est un peu moins qu'en 2007 en raison notamment du report de la date d'actualisation des ressources des allocataires de la Cnaf de juillet à décembre. Le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 950 euros par mois. La pauvreté touche 30 % des familles monoparentales. Ces familles sont celles dont le niveau de vie

médian est le plus faible. La moitié des personnes pauvres vivant au sein d'une famille monoparentale ont un niveau de vie inférieur à 760 euros par mois (Résumé d'auteur).

Salaires

45282

FASCICULE, INTERNET
DEPIL (S.), GUIGON (C.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

Les salaires dans l'industrie, le commerce et les services en 2008.

Paris : INSEE
INSEE RESULTATS : SOCIETE
2010/10; n°: 111 : Pages : 41p.
Cote Irdes : En ligne
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=dads2008

Cette publication regroupe les statistiques sur les rémunérations perçues en 2008 provenant de l'exploitation exhaustive des déclarations annuelles de données sociales (DADS). En 2008, le salaire brut horaire moyen d'un salarié employé à temps complet est de 17,40 euros, ce qui représente une augmentation en euros constants de 0,2 % par rapport à 2007. Ces salariés à temps complet représentent trois quarts des emplois. De façon structurelle, les salaires horaires les plus élevés, supérieurs à 31 euros, sont perçus par les cadres administratifs et commerciaux, les professions scientifiques, et les ingénieurs et cadres techniques. A l'opposé, les ouvriers non qualifiés, les employés de commerce et les employés des services aux particuliers perçoivent les salaires bruts horaires les plus faibles ; ils sont inférieurs à 12 euros en moyenne. Les disparités de salaires sont liées à la qualification mais également aux caractéristiques de l'entreprise (activité économique, taille de l'établissement et région d'implantation).

Services à la personne

44949

ARTICLE
JANY-CATRICE (F.), PUISSANT (E.)

L'aide à domicile face aux services à la personne et registres d'action contradictoires : des politiques aux organisations.

REVUE DE L'IRES (LA)
2010/01; n°: 64 : Pages : 121-147
Cote Irdes : P178

Malgré une difficulté certaine à les cerner quantitativement, les emplois des services à la personne sont environ en 2008 au nombre de 1,3 million. Mais ce secteur, dont les contours sont définis dans la loi du 26 juillet 2005, est constitué d'activités extrêmement hétérogènes. Cet article cherche à montrer dans quelle mesure ce regroupement, et les dispositifs réglementaires qui l'ont précédé puis accompagné, bousculent plus particulièrement les activités à domicile d'action sociale, telles qu'elles ont été structurées et développées dans les « associations d'aide à domicile ». Ces acteurs historiques, qui représentent une part importante de l'activité des services à la personne, se trouvent aujourd'hui au cœur de multiples registres d'action, entrant parfois en contradiction. Il souligne dans quelles mesures les tensions, aussi bien macro (partie I) que micro socioéconomiques (partie II), se cristallisent sur cet acteur collectif historique. Il montre par ailleurs que ce sont particulièrement les postes de coordination et d'encadrement intermédiaire qui subissent ces tensions (partie III).

Biologie médicale

44800

OUVRAGE

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

Références juridiques - Biologie médicale - Octobre 2009.

Paris : CNAMTS

2009/10; Pages : 224p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/doc
uments/ref-jurid-biologie-medicale-
oct2009.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ref-jurid-biologie-medicale-oct2009.pdf)

Ce guide rassemble et explicite les textes législatifs et réglementaires ainsi que les instructions émanant du ministère et de la Cnamts, qui constituent le fondement juridique de la biologie médicale, sur le plan de l'encadrement de santé publique comme sur celui de l'admission au remboursement des actes de biologie médicale.

Médecins

44592

ARTICLE

PRETOT (X.)

Médecins généralistes et médecins spécialistes : la distinction au regard de l'assurance-maladie.

DROIT SOCIAL

2010/06; n° 6 : Pages : 676-681

Cote Irdes : P109

Plusieurs praticiens de la Drôme, ayant obtenu à la suite de la réforme des études médicales (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002), soit un diplôme d'études spécialisées en médecine libérale, soit la validation de leurs acquis professionnels à ce titre, en ont déduit qu'ils pouvaient revendiquer la qualification de médecins spécialistes, au sens des dispositions qui régissent la tarification et la

prise en charge des soins. La Caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme a refusé cette demande. Cet article revient donc sur cette décision citant les références de jurisprudence et de doctrine.

Médicaments

45257

FASCICULE

Brevets et pharmacie : le régime des interdictions provisoires en France.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/09/30; n° 714 : Pages : 6-9

Cote Irdes : P72

Suite à la transposition d'une directive européenne CE 2004/48 relative au respect des droits de la propriété intellectuelle en droit français des brevets, les critères appliqués par les tribunaux français pour prononcer les mesures d'interdiction provisoire ont évolué. Cet article brosse un état des lieux de la législation en vigueur et ses conséquences industrielles en droit français, en se fondant sur une présentation de deux spécialistes en propriété industrielle du cabinet Germain & Maureau : Nicolas Delorme et Stéphane Agasse.

44801

RAPPORT

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

Références juridiques - Produits de santé - Octobre 2009.

Paris : CNAMTS

2009; Pages : 380p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/doc
uments/ref-jur-produits-sante-2009.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ref-jur-produits-sante-2009.pdf)

Référentiel pratique recensant l'ensemble des textes législatifs et réglementaires ainsi que les instructions émanant du ministère et de la Cnamts relatifs aux règles de prescription, de délivrance et de prise en

charge des produits de santé (médicaments
et produits et prestations de la LPP) en ville
et en établissements de santé.

Index des auteurs

A

AASERUD (M.)	75
ADAMSKI (J.)	76
AGNEW-BLAIS (J.)	71
ALBOUY (V.)	85
ALEXANDERSON (K.)	39
ALLEN (H.)	82
ALLIN (S.)	46
ANDERSEN (M.)	71
ANNE (D.)	21
ANTON (J.I.)	49
APPLEBY (J.)	65
ASSYAG (P.)	18
AUTIER (P.)	36

B

BAICKER (K.)	82
BAL (R.)	56
BALARD (F.)	52
BALTHAZARD (B.)	17
BARBIER (C.)	65
BARDAL (S.)	75
BARLET (M.)	55
BASU (S.)	84
BAUDIER (F.)	56
BAVILLE (E.)	17
BEAUMEL (C.)	89, 90
BEDLICKI (M.)	82
BENDICT (R.)	38
BENDTSEN (P.)	85
BENHAIM (A.)	65
BERRY (W.R.)	66

BIGOT (R.)	88
BIRD (C.)	50
BISHOP (I.)	71
BLANCHET (D.)	25
BLANPAIN (N.)	88
BLASCO (S.)	19
BLOOR (K.)	65
BONIOL (M.)	36
BOORMAN (D.J.)	66
BORKAN (J.)	58
BORRELL (C.)	46
BOTTEN (G.)	44
BOUBTANE (E.)	42
BOUCHET (O.)	15
BOUKOBZA (R.)	18
BOURGUEIL (Y.)	18, 51, 54, 56, 57
BOUVIER (G.)	47
BRACKE (P.)	36
BRAITHWAITE (J.)	82
BRICARD (D.)	48
BROOKHART (M.A.)	71
BROUCHAUD (V.)	61
BRUNEAU (C.)	62
BUNDALO (A.)	18
BUNEL (M.)	93
BURDILLAT (M.)	55
BURKHARDT (T.)	71
BUSCH (S. H.)	37

C

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)	43
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	27, 30, 31, 35, 59, 68, 96
Caisse Nationale des Affaires Familiales. (C.N.A.F.).....	22
CARIA (A.)	15
CARLFJORD (S.)	85
CARLSON (J.J.)	69
CASADO (M.A.).....	72
CASES (C.).....	48
CAZAIN (S.).....	22
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	63
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.).....	87, 88, 90
CHABROL (A.).....	55
CHANTRY (M.)	30
CHARDON (O.)	88
CHARPENTIER (F.)	24
CHOUDRY (N.K.)	71
CLEEMPUT (I.).....	72
CLEMENT (J.M.)	17
CLERC (P.).....	60
COHEN (A.)	18
COHEN (J.W.)	57
COHEN-SOLAL (A.)	18
COHIDON (C.).....	40
COLDEFY (M.)	17, 51
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.)	48, 51, 86
COLLIN (C.).....	55
CONTINELLI (T.)	58
CORRIERI (S.)	33
COSTA (J.)	83
CRISTOFARI (J.J.).....	16
CUMMINGS (J.).....	81
CYLUS (J.).....	66

D

DA ROIT (B.).....	44
DAKIN (D.)	49
DAVEZIES (L.).....	85
DAVIN (B.)	41
DE JONGH (G.)	62
DE PIETRO (C.).....	45
DEBRAND (T.).....	85
DEFRESNE (M.)	42
DELAUNEY (E.).....	68
DELORME (D.)	74
DENIS (A.)	72
DEPIL (S.).....	95
DESPRES (C.).....	21
DETOURNAY (B.).....	30
DHORDAIN (A.)	78
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	28, 31, 32, 33, 55
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	38, 42, 94
DIXON (A.).....	56
DOMENIGHETTI (G.)	45
DORMONT (B.).....	34
DOW (B.)	41
DOWDESWELL (B.)	64
DUCOURNAU (P.).....	16
DUMONT (G.F.).....	53
DUNN (J.R.).....	50
DURAND (J.P.).....	56
D'YVOIRE (A.)	26
DZIEKAN (G.)	66

E

EATON (C.B.)	58
EISINGER (F.)	29
ELBAUM (M.)	34
ESPELT (A.)	46
EUZENAT (D.)	38
EVRRARD (I.)	56

F

FAGNANI (F.)	69
FALGA (P.)	65
FEDERMAN (A.D.)	71
FENINA (A.)	28
FERRIE (J.E.)	39
FINCH (B.K.)	50
FINKELSTEIN (A.)	82
FIORONI (T.)	34
FISCHER (M.A.)	71
FLEURBAEY (M.)	35
FONTAINE (F.)	19
FORTIN (P.M.)	75
FOSTIER (C.)	72
FROMENTIN (R.)	56

G

GADEGBEKU (B.)	74
GADREAU (M.)	35
GALLOIS (P.)	61
GANNON (B.)	41
GARATTINI (S.)	76

GARRIDO-CUMBRERA (M.)	46
GARRISON (L.P.)	69
GARUOLIENE (K.)	71, 76
GAUBERT (Y.)	66
GAUTIER (A.)	56
GAWANDE (A.A.)	66
GEOFFROY-PEREZ (B.)	40
GERBER (S.L.)	63
GHADI (V.)	15
GIANNONI (M.)	45
GILLES (F.)	93
GIOVANNETTI (E.R.)	40
GJEVJON (E.R.)	44
GOBEL (S.)	15
GODMAN (B.)	71, 76
GOLDBERG (M.)	39
GOULD (E.)	24
GOUX (D.)	91
GRABKA (M.)	79
GREE (C.J.)	75
GREMY (I.)	85
GRIGNON (M.)	46
GRIMALDI (A.)	15
GROGNET (F.)	49
Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés. (G.I.S.T.I.)	49
GUIGNOT (C.)	70
GUIGON (C.)	95
GUILLAUME (S.)	23
GUSTAFSSON (L.L.)	71, 76
GUSTAFSSON (R.)	76

H

HACHON (C.)	25
HAFSTEINSDOTTIR (E.J.).....	67
HAGENMULLER (J.B.).....	64
HAMON (M.)	62
HANOCH (Y.)	81
HARRISON (A.J.)	65
HAYCOX (A.).....	76
HAYNES (A.B.).....	66
HEBBRECHT (G.)	60
HEIDER (D.)	33
HELMCHEN (L.A.).....	57
HERHOLZL (H.).....	76
HERON (M.)	50
HOLMES (T.)	58
HOWARD (D H).....	37
HUANG (W.F.).....	73
HULLEGIE (P.)	20

I

IMBERNON (E.).....	40
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)	15, 23, 30, 48, 56, 60
Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.).....	40
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.).....	21, 47, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95
IRWIN (R.)	66

J

JADAD (A.R.).....	58
JAN (S.)	76
JANY-CATRICE (F.)	95
JEANDEL (C.).....	44
JOLIVET (A.).....	42
JOPPI (R.).....	71
JUSOT (F.).....	48

K

KAL (K.)	49
KALABA (M.).....	71, 76
KAMBIA-CHOPIN (B.)	30
KARAKAYA (G.)	80
KATZ (D.).....	50
KEEHAM (S.P.).....	80
KENNY (R.A.)	43
KERMADI (S.).....	38
KESSELHEIM (A.S.).....	71
KjJOS (B.O.)	44
KLEIN (T.J.)	20
KOUBI (M.)	28
KRISTJANSSON (E.).....	86
KRYS (H.)	18
KULLING (G.)	29
KUNST (A.)	46
KUTRYBA (B.)	62, 82

L

LAFFONT (J.Y.).....	15
LAFON (G.).....	70
LAIUS (O.).....	71, 76
LASHOHER (A.).....	66
LAVACHIA (C.).....	36
LAWLOR (B.A.).....	43
LE (F.).....	33
LE BAYON (G.).....	66
LE BIHAN (B.).....	44
LE BRETON (J.).....	60
LE FUR (P.).....	17, 56
LE GALL (A.).....	59
LE GARREC (M.A.).....	28
LE GOZ (P.).....	67
LE GRAND (J.).....	46
LE NOC (Y.).....	61
LE PEN (C.).....	19
LEGAL (R.).....	31, 32
LEHNERT (T.).....	33
LEVECQUE (K.).....	36
L'HORTY (Y.).....	21, 93
LIBERMAN (J.N.).....	71
LINDBERG (M.).....	85
LINNA (M.).....	63
LIU (J.).....	71
LLUCH (M.).....	77
LO SASSO (A.T.).....	57
LOMBARDO (P.).....	94
LUCAS-GABRIELLI (V.).....	17, 51
LUCHINI (S.).....	35
LUDWIG (M.).....	64
LURIE (N.).....	50

M

MACLURE (M.).....	75
MARANGE (V.).....	15
MARCHAND (O.).....	92
MARIA (F. de).....	85
MARIONI (P.).....	42
MARTINELLI (D.).....	92
MASSERIA (C.).....	45
MASUY (A.J.).....	79
MATH (A.).....	21
MATHE (T.).....	87
MATSCHINGER (H.).....	33
MAYLE (F.).....	65
MAYNARD (A.).....	65
McCARTHY (I.M.).....	81
McGINNIS (S.).....	58
MCKEE (M.).....	64, 84
MELCHIOR (M.).....	39
MELIANI (I.).....	38
MERGAERT (L.).....	72
METRAL (P.).....	62
MEURS (D.).....	91
MEYER (C.).....	41
MICHAUD (F.).....	94
MICHEAU (J.).....	60
MICHEL (P.L.).....	18
MICHEL (R.).....	78
MIDY (F.).....	62
MINIAN (N.).....	50
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).....	28, 31, 32, 33, 55
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.).....	38, 42, 94
MINNI (C.).....	94
MOIZEAU (F.).....	51
MOLIERE (E.).....	60
MOULLE (V.).....	73
MOUSQUES (J.).....	17, 56, 60

MUNOZ DE BUSTILLO (R.)	49
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.)	23

N

NAIDITCH (M.)	15
NEUMANN (P.J.)	69
NIEL (X.)	47, 89
NOUSSENBAUM (G.)	70
NOVILLO-ORTIZ (D.)	58
NUNES (R.)	83

O

Observatoire Français des Conjonctures Economiques. (O.F.C.E.)	34
Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.)	50
OFIERSKA-SUJKOWSKA (G.)	76
OLM (C.)	50, 90
OROFINO (J.)	72
ORRIOLS (L.)	74
OSINSKA (B.)	76
OYAGUEZ (I.)	72

P

PACE (P.)	38
PAGAN-RODRIGUEZ (R.)	37
PAILHE (A.)	91

PALENCIA (L.)	46
PASARIN (M.I.)	46
PEIRO (M.J.)	38
PERRONNIN (M.)	30
PETTICREW (M.)	86
PHUONG (D.D.)	50
PLA (A.)	89, 90
POUVOURVILLE (G. DE)	60
POUZAUD (F.)	54
PRETOT (X.)	96
PUISSANT (E.)	95
PUJOL (J.)	94

R

RAMSAY (C.R.)	75
RAYNAUD (D.)	31, 32
RECHEL (B.)	64
Régime Social des Indépendants. (R.S.I.)	26, 27
REGO (G.)	83
RENAUD (T.)	18
REUILLON (C.)	70
RICCI (P.)	30
RICET (T.)	81
RIVERO (C.P.)	58
ROBERTSON (R.)	56
ROCHEREAU (T.)	23
RODRIGUEZ-SANZ (M.)	46
ROMERO-ORTUNO (R.)	43
ROMOREN (T.I.)	44
ROUSSEL (I.)	38
RUMEAU (E.)	52

S

SANTIN (G.)	40
SAOUT (C.)	16
SAUVIAT (C.)	81
SCHAEFER-McDANIEL (N.)	50
SCHREYOGG (J.)	79
SCHWABE (U.)	71
SEBBAN (S.)	18
SEEMAN (T.)	50
SERMET (C.)	43, 71, 76
SHAW (C.D.)	62, 82
SHRANK (W.H.)	71
SICILIANI (L.)	67
SIGURET (I.)	22
SIMOENS (S.)	72
SIMON (P.)	78
SIMONNET (V.)	93
SIRVEN (N.)	43
SISKO (A.M.)	80
SMITH (S.)	82
SOMMEILLER (E.)	81
SOTO (J.)	72
STARGARDT (T.)	76
STEFFEN (M.)	18
STREET (A.)	63
STUCKLER (D.)	84
SULLIVAN (S.D.)	69
SUNOL (R.)	62
Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales. (S.N.I.T.E.M.)	78

T

TALLET (F.)	33
-------------------	----

TAUBMAN (S.)	82
TAVOULARIS (G.)	87
TCHERNIS (R.)	81
TEIXEIRA (I.)	71
TERRACOL (A.)	93
The Cochrane Library	75
THEVENOT (C.)	42
THORPE (K E)	37
TOMADA (A.)	45
TONNELIER (F.)	53, 56
TREMOULINAS (A.)	17
TROPEANO (J.P.)	51
TRUFFER (C.J.)	80
TSAI (Y.W.)	73
TUBEUF (S.)	48, 85, 86
TUGWELL (P.)	86
TULUNAY (C.)	71

U

Unité Mixte de Recherche et de Surveillance Transport Travail Environnement	40
--	----

V

VALLEE (J.P.)	61
VAN (D.V.)	36
VAN MERODE (F.)	64
VATAN (M.)	90
VEENSTRA (D.L.)	69
VERGNAUD (J.C.)	51
VERMOREL (M.)	52
VIAUD (M.)	18
VIDAL (G.)	31, 32

VINCENT (J.).....	65
VINEIS (P.)	45
VITIKAINEN (K.)	63

WENDYKOWSKA (K.).....	71, 76
WETTERMARK (B.).....	71
WILS (J.)	15
WOLFF (J.L.)	40
WRIGHT (B.J.).....	82
WRIGHT (S.).....	64

W

WAGSTAFF (A.).....	20
WALKER (C.).....	39
WALSH (C.D.)	43
WARUNEK (A.).....	82
WEISER (T.G.)	66
WEN (Y.W.)	73

Z

ZARA (C.)	71, 76
ZHONG (H.)	87
ZUVEKAS (S.H.).....	57

Carnet d'adresses des éditeurs

Carnet d'adresses des éditeurs

A

- ▶ **ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE**
Rédaction: HCSP
(Haut Comité Santé Publique)
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49
Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)
- ▶ **AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY**
Diffusion : Oxford University Press
Journals Customer Service Department
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
Tel: + 44 (0)1865 353907
Fax: + 44 (0)1865 353485
- ▶ **APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY**
Diffusion : Adis Online
Email : clientsupport@wolterskluwer.com
<http://adisonline.com/healthconomics/pages/default.aspx>
- ▶ **ARCHIVES OF CARDIOVASCULAR DISEASE**
Diffusion : Elsevier-Masson
Service Abonnements
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy Les Moulineaux cedex

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

- ▶ **ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE**
Rédaction : ADRES
Diffusion : INSEE
18, Bd Adolphe Pinard
75675 Paris Cedex 14 (paiement par CB)
ou Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
<http://www.adres.polytechnique.fr/>

B

- ▶ **BILAN ANNUEL (RSI)**
Caisse nationale RSI
Direction des Etudes et des Placements – Statistiques et Etudes Prospectives
260-264 avenue du Président Wilson
93457 La Plaine Saint-Denis Cedex
- ▶ **BMC GERIATRICS**
Diffusion : BioMed Central
Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB, UK.
Royaume-Uni
<http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/>

▶ **BMC HEALTH SERVICES RESEARCH**
Diffusion : BioMed Central
Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB, UK.
Royaume-Uni
<http://www.biomedcentral.com/bmchealthservices>

▶ **BMC FAMILY PRACTICE**
Diffusion : BioMed Central
Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB, UK.
Royaume-Uni
<http://www.biomedcentral.com/bmcfamilypractice/>

▶ **BMC HEALTH SERVICES RESEARCH**
Diffusion : BioMed Central
Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB, UK.
Royaume-Uni
<http://www.biomedcentral.com/bmchealthservices>

▶ **BMJ : BRITISH MEDICAL JOURNAL**
Fulfillment department
BMJ Publishing Group Ltd.
PO BOX 299
London WC1H 9TD
Royaume-Uni
☎ + 44 (0) 20 7383 6270
<http://www.bmj.com/>

C

▶ **CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES**
Rédaction et diffusion : IRES
(Institut de Recherches Economiques et Sociales)
16, bd du Mont d'Est
93192 Noisy le Grand cedex
☎ 01 48 15 18 90
Fax : 01 48 15 19 18
Email : contact@ires-fr.org

<http://www.ires-fr.org/index.php/publications/la-chronique-internationale>
En ligne depuis le n° 50

▶ **COCHRANE LIBRARY (THE)**
Update Software Ltd
Summertown Pavilion
Middle Way
Oxford OX2 7LG
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 51 3902
Fax : 44 1865 516918
Email : info@update.co.uk
<http://www.cochrane.org/index.htm>

▶ **CONSOMMATION ET MODES DE VIE**
Rédaction et diffusion : CREDOC
(Centre de Recherche, d'Etudes sur l'Observation des Conditions de Vie)
142, rue du Chevaleret
75013 Paris
☎ 01 40 77 85 01
<http://www.credoc.fr/>

D

▶ **DARES**
Diffusion : La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers
☎ 01.40.15.70.00
Fax : 01.40.15.68.00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

▶ **DEBAT (LE)**
Diffusion : Éditions Gallimard
5, rue Sébastien-Bottin
75328 Paris cedex 07
☎ : 01.49.54.42.00
Fax : 01.45.44.94.03

DECISION SANTE

Rédaction : Décision et Stratégie Santé
21 rue Camille Desmoulins
92789 Issy Les Moulineaux Cedex 9
☎ 01 73 28 15 90
<http://www.decision-sante.com/>

DROIT SOCIAL

Rédaction : Jean-Jacques Dupeyroux
Diffusion : Editions techniques et économiques
3, rue Soufflot
75005 Paris
☎ 01 55 42 61 30
Fax : 01 55 42 61 39
Email : editecom@starnet.fr
<http://www.editecom.com>

E

ECONOMIC MODELLING

Diffusion : Elsevier
Journals Customer Service
The Boulevard, Langford Lane
Kidlington OX5 1GB, United Kingdom
Tel: + 44 1865 843434
Fax: + 44 1865 843912
Email:
JournalsCustomerServiceEMEA@elsevier.com

ECONOMIE ET STATISTIQUE

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ : 01 41 17 66 11
Fax : 01 53 17 89 77
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm> => Economie et statistique (articles en ligne à partir du numéro 321)

ESPACE - POPULATIONS - SOCIETES

Rédaction et diffusion : Université des Sciences et Techniques de Lille-Artois-Flandres
UFR de géographie
59655 Villeneuve d'Ascq Cedex
☎ 03 20 43 65 52
Fax : 03 20 43 65 52
<http://eps.revues.org/>

E-SSENTIEL (L')

Diffusion : CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales)
DSER (Direction des statistiques, des études et des recherches)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
Email : lucienne.hontarrede@cnaf.fr
<http://www.cnaf.fr> => Publications => l'Essentiel (en ligne depuis le 1er numéro de juin 2002)

ESPRI T

Revue Esprit,
212 rue Saint-Martin, 75003 Paris
☎01 48 04 92 90
<http://www.esprit.presse.fr/index.php>

EUROHEALTH

Rédaction et diffusion :
LSE Health and Social Care
London School of Economics and Political Science
Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx>

EURO OBSERVER : NEWSLETTER OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES

European Observatory on Health Systems and Policies
WHO European Centre for Health Policy
Rue de l'Autonomie, 4
B - 1070 Brussels
Belgique
☎32 2 525 09 35

Fax: +32 2 525 0936
Email: info@obs.euro.who.int
<http://www.euro.who.int/observatory>

G

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

Rédaction : Springer Verlag
Katharina Tolkmitt
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg
Allemagne
☎ 00 49 6221 487 929
Fax : 00 49 6221 487 461
Email : tolkmitt@springer.de
<http://springerlink.metapress.com> =>
Search HEPAC in publications
Diffusion : Springer Customer Service
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ 00 49 6221 345 247
Fax : 00 49 6221 345 200
Email : orders@springer.de
<http://www.springerlink.com/home/main.mpx>

L' EXPRESS

Service Abonnements
29 rue de Chateaudun
75009 Paris
☎ 01 55 56 71 04
abonnements@lexpress.fr

F

FUTURIBLES

Rédaction et diffusion : Futuribles
47 rue de Babylone
75007 Paris
☎ 01 53 63 37 70
Fax : 01 42 22 65 54
Email : diffusion@futuribles.com

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

Rédaction et diffusion : FNG
(Fondation Nationale de Gérontologie)
49, rue Mirabeau
75016 Paris
☎ 01 55 74 67 02
Fax : 01 55 74 67 01
Email : fondation@fng.fr
http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_societe/index.htm

GESTIONS HOSPITALIERES

Rédaction et diffusion :
Gestions Hospitalières
44, rue Jules-Ferry
94784 Vitry sur Seine cedex
☎ 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15
<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>

H

HEALTH AFFAIRS

Diffusion : Health Affairs
7500 Old Georgetown Road
Suite 600
Bethesda, MD 20814-6133
Etats-Unis
☎ 00 1 301 347 3900
Fax : 00 1 301 654 2845
<http://www.healthaffairs.org>

HEALTH & PLACE

Diffusion : Elsevier science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 3757
Fax: 00 31 20 485 3432
Email : ninfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/30519/description#description

▶ **HEALTH ECONOMICS**

Rédaction et diffusion : CHE
(Centre for Health Economics)
Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd
Journals Administration Department
1 Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex, PO22 9SA
Royaume-Uni
☎ 00 44 1243 779 777
Fax : 00 44 1243 843 232
<http://www.interscience.wiley.com>
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749>

▶ **HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW**

Diffusion : Cambridge University Press
The Edinburgh Building
Shaftesbury Road
Cambridge CB2 2RU
Royaume-Uni
<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=HEP>

▶ **HOMMES & MIGRATIONS**

Diffusion : Gip Adri
4, rue Villermé
75011 Paris
☎ 01 40 09 69 19
Fax : 01 43 48 25 17
<http://www.hommes-et-migrations.fr/>

▶ **INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO**

Rédaction et diffusion : Altédia
5, rue de Milan
75319 Paris cedex 09
☎ 01 44 91 50 16
Fax : 01 44 91 10 01
<http://www.altedia.fr/>

▶ **INFORMATIONS SOCIALES**

Diffusion : CNAF
(Caisse nationale des allocations familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13

☎ 01 45 65 52 52
<http://www.cnaf.fr/> > Publications

▶ **INSEE PREMIERE**

Rédaction : INSEE
(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ : 01 41 17 66 11
Fax : 01 53 17 88 09
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm> (téléchargement possible des numéros depuis 1996)

▶ **INSEE RESULTATS**

Rédaction : INSEE
(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ : 01 41 17 66 11
Fax : 01 53 17 88 09
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>
<http://www.insee.fr/fr/ppp/catalogue.htm> (pour retrouver les numéros sur le catalogue)

▶ **INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH**

Edition et diffusion : BioMed Central
Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB
Royaume-Uni
<http://www.equityhealthj.com/>

▶ **INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES**

Diffusion : Baywood Publishing Company, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis
<http://baywood.com>

J

▶ JOURNAL OF HEALTH POLITICS, POLICY AND LAW

Diffusion : Duke University Press
Box 90660
Durham NC 27708-0660
Etats-Unis
☎ 00 1 919 687 3653

▶ JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION

Springer Heidelberg
Customer Service Journals
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ 49-6221-345-4304
Fax: ++ 49-6221-345-4229
Email: subscriptions@springer.com

L

▶ LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (LA)

DREES - ONPES
14, avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
Adresse physique :
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75 014 Paris
Tél. 01 40 56 82 29
Email : drees-onpes@sante.gouv.fr
<http://www.onpes.gouv.fr/La-Lettre-de-l-ONPES.html>

▶ LETTRE DE L'OFCE

Rédaction : OFCE
(Observatoire Français des Conjonctures Economiques)
Diffusé par : Presses de Sciences Po
44, rue du Four
75006 Paris
☎ 01 44 39 39 60

Fax : 01 45 48 04 41
<http://www.ofce.sciences-po.fr>

▶ LETTRE DU COLLEGE

Rédaction et diffusion : Collège des Economistes de la Santé
7, rue de Citeaux
75012 Paris
☎ 01 43 45 75 65
Fax : 01 43 45 75 67
<http://www.ces-asso.org/>

M

▶ MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

Ordre des médecins
180, bd Haussmann,
75389 Paris Cedex 08
☎ 01 53 89 32 00
<http://bulletin.conseil-national.medecin.fr>

▶ MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unaformec (Union nationale des associations de formation médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex
☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unaformec@wanadoo.fr
<http://www.unaformec.org>
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

▶ MILBANK QUARTELY (THE)

Rédaction : Milbank Memorial Fund
Diffusion : Blackwell Publishers
9600 Garsington Road
Oxford, OX4 2DQ
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 776 868
Fax: 00 44 1865 714 591
Email : subscrip@blackwell.pu.com
<http://www.milbank.org/quarterly.html>

MONITEUR DES PHARMACIES ET
DES LABORATOIRES (LE)

Rédaction et diffusion : Wolters Kluwer
France

Service Abonnement Santé

Case postale 815

1, rue Eugène et Armand Peugeot

TSA 84001

92856 Rueil Malmaison cedex

Librairie

☎ 01 41 29 77 42

Fax : 01 41 29 77 35

http://www.wkpharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html (recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

N

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES
(LES)

Rédaction et diffusion : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

4, avenue Ruysdaël

75008 Paris

☎ 01 56 21 34 34

Fax : 01 56 21 34 99

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

O

OES MENSUEL DE
L'OBSERVATOIRE ECONOMIQUE
ET SOCIAL : SYNTHÈSE

Rédaction et diffusion : CCMSA

(Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)

Direction des Statistiques et des
Etudes Economiques et Financières

Les Mercuriales

40, rue Jean-Jaurès

93547 Bagnolet

☎ 01 41 63 80 02

P

POINT (LE)

Diffusion :

Service abonnement

BP 600

60732 Ste-Geneviève cedex

☎ 03 44 62 52 20

<http://www.lepoint.fr>

PHARMACEUTICALS

Diffusion : MDPI AG

Pharmaceuticals Editorial Office

Postfach, CH-4005 Basel,

Suisse

☎ +41 61 683 77 34

Fax: +41 61 302 89 18

Mail: pharmaceuticals@mdpi.com

<http://www.mdpi.com/journal/pharmaceuticals/>

PHARMACEUTIQUES

Rédaction et diffusion : PR Editions

22, av. d'Eylau

75116 Paris

☎ 01 44 05 83 00

Fax : 01 44 05 83 24

Email : redaction@pharmaceutiques.com

<http://www.pharmaceutiques.com>

PLEIN DROIT : LA REVUE DU
GISTI

GISTI, Formation

3 villa Marcès

75011 Paris

☎ 01 43 14 84 84

Email : formations@gisti.org

<http://www.gisti.org/spip.php?rubrique38>

PLOS MEDICINE

U.K./European Office

Public Library of Science

7 Portugal Place

Cambridge CB5 8AF

Royaume-Uni

☎ : +44(0)1223 463 330

<http://medicine.plosjournals.org/>

POINT DE REPERE (CNAMTS)
Rédaction et diffusion : CNAMTS
(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
Département Etudes et Statistiques
26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
Rédaction et diffusion : CNAMTS
(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX
Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-politiques-sociaux/index.shtml>

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE
52, rue Gallieni
92240 Malakoff
☎ 01 46 57 85 85
Fax : 01 46 57 08 60
Email : revuepratiques@free.fr
<http://www.pratiques.fr/>

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
Rédaction : DSES / CNAMTS
50 avenue Professeur André Lemierre
75986 Paris Cedex 20
Diffusion : Société française de santé publique
BP 2040
83061 Toulon cedex
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/index.php> (texte intégral)

PRESCRIRE
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)

PROBLEMES ECONOMIQUES
Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
Email : infodoc@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-economiques/index.shtml>
(sommaires des numéros depuis 1999, index des articles par pays et par thème depuis 1993)

Q

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE
Rédaction : IREPS (Institut de Recherche en Santé Publique)
Diffusion : EDK
2, rue Troyon
92316 Sèvres cedex
☎ 01 55 64 13 93
Email : edk@edk.fr
<http://www.iresp.net/index.php>
=>communication (texte intégral)

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE
Diffusion : IRDES
(Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 17

Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr/EspacePresse/index.htm>

QUESTIONNES DE SANTE PUBLIQUE

Rédaction : IREPS (Institut de Recherche en Santé Publique)
Diffusion : EDK
2, rue Troyon
92316 Sèvres cédex
☎ 01 55 64 13 93
Email : edk@edk.fr
<http://www.iresp.net/index.php>
=>communication (texte intégral)

R

RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Diffusion : Editions de santé
49 rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
Email: laetitia.dupas@editionsdesante.fr
http://www.editionsdesante.fr/category.php?id_category=19

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

Rédaction et diffusion : FHF (Fédération Hospitalière de France)
1bis rue Cabanis - CS41402
75993 Paris cedex 14
☎ 01 44 06 84 35
Email : fhf@fhf.fr
<http://editions.fhf.fr/>

RETRAITE & SOCIETE

Rédaction: CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)
Diffusion : la Documentation française
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
Email : commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.cnaf.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique, et de l'Environnement
DG Politique sociale
Service Publications
Rue de la Vierge noire 3c
B-1000 Bruxelles
Belgique
Email : francoise.gossiau@minsoc.fed.be

REVUE DE L'IRES

Rédaction et diffusion : IRES (Institut de Recherches Economiques et Sociales)
16, bd du Mont d'Est
93192 Noisy le Grand cedex
☎ 01 48 15 18 90
Fax : 01 48 15 19 18
Email : info@ires-fr.org
<http://www.ires-fr.org/>

REVUE DE PHILOSOPHIE ECONOMIQUE

Secrétariat de rédaction :
Danièle Durieu
GREQAM
15-19 allée Claude Forbin
13627 Aix en Provence Cedex 1
☎ 04 42 96 80 02
Fax : 04 42 96 80 00
e-mail : revue-philos.eco@univ.u-3mrs.fr
<http://www.revuephilos.com/>

REVUE D'EPIDEMOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
☎ 01 71 16 55 99
<http://www.em-consulte.com/produit/respe>

REVUE DROIT & SANTE

Diffusion : Les Études Hospitalières
253-255 cours du Maréchal-Gallieni
33000 Bordeaux
☎ 05 56 98 85 79
fax 05 56 96 88 79
Email : info@leh.fr
<http://www.leh.fr/edition/la-revue-droit-sante/>

► **REVUE ECONOMIQUE**
Diffusé par : Presses de Sciences Po
117 bd St Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 25
Fax : 01 45 48 83
Email : info.presses@sciences-po.fr

► **REVUE SOCIOLOGIE SANTE**
8, rue du Général Bordas
33400 Talence
☎ 06 85 53 17 19
<http://revuesociologiesante.free.fr/>

S

► **SANTE MENTALE**
Rédaction et diffusion :
Editions Acte Presse
12, rue Dupetit Thouars
75003 Paris
☎ 01 42 77 52 77
Fax : 01 42 77 52 37
Email : santementale@wanadoo.fr
<http://www.santementale.fr/>

► **SANTE PUBLIQUE**
Rédaction et diffusion :
Société Française de Santé Publique
2, Av. du Doyen J. Parisot
BP 7
54501 Vandoeuvre les Nancy
☎ 03 83 44 39 17
Fax : 03 83 44 37 76
Email : pn@sfsp.info
<http://www.sfsp.fr/santepublique/accueil.php>

► **SERIE STATISTIQUES-
DOCUMENTS DE TRAVAIL**
Rédaction et diffusion :
Ministère chargé de la santé
DREES
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.sante-sports.gouv.fr/serie-statistiques,3720.html>

► **SEVE : LES TRIBUNES DE LA
SANTE**
Rédaction et diffusion :
Editions de santé
49, rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14
<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/revues/lestribunesdelasante/>

► **SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE**
Diffusion : Elsevier Science
Customer Service Department
PO Box 211
1001 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 3757
Fax : 00 31 20 485 3432
Email : nlinfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description

► **SNITEM**
Maison de la Mécanique / SNITEM
39/41 rue Louis-Blanc
92400 COURBEVOIE
☎ 01 47 17 63 88
Fax : 01 47 17 63 89
Email : info@snitem.fr

T

► **TABLEAUX DE BORD FINANCIER
(RSI)**
RSI - Régime Social des Indépendants
264 avenue du Président Wilson
93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex
<http://www.le-rsi.fr/publications/index.php>

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en économie de la santé

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

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'Irdes
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Heures d'ouverture :

Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

Directeur de la publication	Yann Bourgueil
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Promotion-diffusion	Sandrine Béquignon - Anne Evans
Suivi de maquette	Franck-Séverin Clérembault
Mise en page	Damien Le Torrec

Le service de documentation de l'IRDES

Le fonds documentaire

- Ensemble des rapports du CREDES (devenu IRDES) publiés depuis 1954
- Plus de 6 000 ouvrages : livres, rapports, thèses, encyclopédies, codes, usuels, atlas...
- 200 collections de périodiques
- Dossiers de presse thématiques
- Une base de données documentaire interne comprenant 40 000 références
- Les logiciels Eco-Santé

Consultation du fonds documentaire

- **Sur place, uniquement sur rendez-vous :**

Tél. : 01 53 93 43 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>