

Quoi de neuf, Doc ?

Janv.-fév. / Jan.-Feb. 2012, n° 1

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qnd/QuoiNeufDoc2012JanvFev.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

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

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, doc ?
janvier-février 2012, n° 1

Table of contents (in English).....7

Présentation ----- 2

Comment lire une notice10

Index des auteurs.....127

Carnet d'adresses des éditeurs.....139

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 13

Agences régionales de santé	13
Education thérapeutique.....	13
Etude d'ensemble	14
Handicap	14
Loi de santé publique	15
Maladies chroniques	15
Politique familiale	16
Psychiatrie	16
Recherche.....	17
Réforme.....	17

► PROTECTION SOCIALE..... 19

Assurance maladie	19
Financement.....	21
Minima sociaux	22
Prestations familiales	24
Prestations handicap.....	24
Régime social des Indépendants	25
Retraite	25
Sécurité sociale.....	26

► PREVENTION 27

Conditions de travail.....	27
Consultation hospitalière	27
Diabète	28
Examens de santé.....	28
Prévention bucco-dentaire	29
Recours aux soins	29

► ECONOMIE DE LA SANTE 30

Affections de longue durée.....	30
Comptes de la santé.....	30
Coûts de la maladie	31
Dépenses de santé.....	33
Dépenses pharmaceutiques	35
Macroéconomie.....	35
Reste à charge	35
Vieillesse.....	36

► PERSONNES AGEES 37

Aidants, soins informels	37
Conditions de vie.....	38
Dépendance.....	39
Etablissements pour personnes âgées .	40
Fragilité	41
Logements	42
Prestations dépendance	43
Soins de longue durée	44
Soutien à domicile.....	45

► INEGALITES DE SANTE 46

Effets contextuels.....	46
Enfants.....	47
Inégalités sociales de santé	47
Migrants.....	52
Recours aux soins	53
Renoncement aux soins	53

► GEOGRAPHIE DE LA SANTE	55	► MEDICAMENTS	87
Accès aux soins	55	Automédication.....	87
Franche-Comté	56	Benzodiazépines.....	87
Mobilité géographique.....	57	Conflits d'intérêt.....	87
Territoires de santé.....	57	Génériques.....	90
Zones urbaines	59	Observance thérapeutique	91
► SOINS DE SANTE PRIMAIRES	61	Politique du médicament	91
Choix des patients	61	Pharmacoéconomie.....	92
Conditions de travail.....	61	Pharmacovigilance	92
Coopération interprofessionnelle	62	Pharmacies d'officines	93
Délégation de soins.....	63	Prescription	93
Gestion de la maladie	64	Prix	94
Performance	64	Recherche pharmaceutique	94
Pratique médicale	65	Remboursement.....	95
Réformes.....	67	Statines.....	96
Relations médecin-malade.....	68	► TECHNOLOGIES MEDICALES	97
Rémunération.....	68	Dossier médical informatisé	97
Réseaux de santé.....	72	Prescription électronique	97
Satisfaction des patients.....	72	Systèmes d'information.....	98
Sociologie de la santé.....	73	Télé santé.....	98
Spécialité médicale.....	73	► SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS	100
► HÔPITAL	75	Allemagne	100
Budget hospitalier	75	Australie.....	100
Chirurgie.....	75	Canada	101
Chirurgie non urgente	76	Etats-Unis.....	102
Chirurgie ambulatoire.....	77	Europe	102
Evénements indésirables	77	Irlande.....	103
Hospitalisation.....	79	Italie.....	103
Hospitalisation à domicile.....	80	Nouvelle-Zélande.....	104
Performance	80	Pays-Bas	105
Qualité des soins	81	Québec	105
Réformes.....	82	Royaume-Uni.....	106
Soins à domicile.....	82	Suède.....	106
Soins de suite et de réadaptation.....	82	► PREVISION-EVALUATION	108
SSIAD.....	83	Performance	108
Tarifcation hospitalière	84	Politique publique.....	108
Temps d'accès	84	Protection sociale.....	109
► PROFESSIONS DE SANTE	85	Qualité des soins.....	109
Auxiliaires de vie	85	Violence conjugale.....	110
Démographie médicale.....	85		
Infirmiers	86		

► METHODOLOGIE-STATISTIQUES	111	► DOCUMENTATION.....	120
Appariement	111	Pratiques documentaires	120
Chaînage.....	111	Revue francophones	120
Pauvreté.....	112	► REGLEMENTATION	121
Qualité des soins	113	Accidents du travail.....	121
Tarification hospitalière.....	113	Assurance	121
► DEMOGRAPHIE-MODES DE VIE.....	115	Droits des malades	122
Espérance de vie	115	Inspection du travail.....	122
Indicateurs démographiques.....	115	Maladies à déclaration obligatoire.....	123
Migrants.....	116	Médecine du travail.....	123
Relations intergénération.....	117	Réglementation pharmaceutique.....	123
► ECONOMIE GENERALE.....	118	Sécurité sociale	124
Emploi.....	118	Soins de santé primaires	124
Niveaux de vie.....	118	Télémédecine	124
Salaire	119		

Prochain numéro : fin avril 2012

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?
January-February 2012, n°1

Presentation	2
Reading a notice	10
Author index	127
Publishers address book.....	139

Bibliographical references

HEALTH POLICY.....	13	HEALTH ECONOMICS.....	30
Regional health agencies	13	Long-term diseases	30
Patient education	13	National health accounts	30
Global study.....	14	Costs of illness	31
Disability	14	Health expenditures.....	33
Public health law	15	Pharmaceutical expenditures.....	35
Chronic diseases	15	Macroeconomy.....	35
Family policy.....	16	Out-of pocket spending.....	35
Psychiatry	16	Ageing.....	36
Research.....	17	ELDERLY	37
Reform.....	17	Informal care	37
SOCIAL PROTECTION	19	Living conditions.....	38
Health insurance.....	19	Dependency.....	39
Financing	21	Home for the aged	40
Minima social benefits	22	Frailty	41
Family benefits.....	24	Housing.....	42
Disability benefits.....	24	Dependency allowances.....	43
National Fund for self-employed workers.....	25	Long-term care	44
Retirement schemes	25	Home care.....	45
Social security	26	HEALTH INEQUALITIES.....	46
PREVENTION	27	Contextual effects	46
Occupational prevention.....	27	Children	47
Hospital consultation	27	Social health inequalities	47
Diabetes	28	Migrants.....	52
Health centres	28	Health services utilisation	53
Oral health	29	Unmet needs	53
Healthcare utilisation.....	29		

► GEOGRAPHY OF HEALTH	55	Conflicts of interests	87
Healthcare accessibility	55	Generic drugs	90
Franche-Comte	56	Patient compliance	91
Geographic mobility	57	Drugs policy	91
Health areas	57	Pharmacoeconomy	92
Urban areas	59	Drug safety	92
► PRIMARY HEALTH CARE	61	Community pharmacies	93
Patient choice	61	Prescription	93
Occupational factors	61	Pricing	94
Interprofessional collaboration	62	Pharmaceutical research	94
Task delegation	63	Reimbursement	95
Disease management	64	Statins	96
Performance	64	► MEDICAL TECHNOLOGIES	97
Medical practice	65	Electronic health records	97
Reforms	67	Electronic prescribing	97
Physician-patient relationships	68	Information systems	98
Payment	68	Tele health	98
Health networks	72	► FOREIGN	
Patient satisfaction	72	HEALTH CARE SYSTEMS	100
Sociology of health	73	Germany	100
Medical speciality	73	Australia	100
► HOSPITAL	75	Canada	101
Hospital budget	75	United States	102
Surgery	75	Europe	102
Elective surgery	76	Ireland	103
Ambulatory surgery	77	Italy	103
Adverse events	77	New-Zealand	104
Hospitalisation	79	The Netherlands	105
Home-based hospital	80	Quebec	105
Performance	80	United Kingdom	106
Quality of health care	81	Sweden	106
Reforms	82	► PREVISION-EVALUATION	108
Home care	82	Performance	108
Follow-up and rehabilitation care	82	Public policy	108
Nurses home care services	83	Social protection	109
Hospital payment system	84	Quality of care	109
Waiting times	84	Conjugal violence	110
► HEALTH PROFESSIONS	85	► METHODOLOGY-STATISTICS	111
Home care providers	85	Matching	111
Medical demography	85	Linkage	111
Nurses	86	Poverty	112
► PHARMACEUTICALS	87	Quality of care	113
Self-medication	87	Hospital payment system	113
Benzodiazepines	87		

<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> DEMOGRAPHY- LIVING CONDITIONS 115 Health expectancy115 Demographic indicators115 Migrants116 Intergenerational relationships117 ECONOMY 118 Employment.....118 Living standards.....118 Salary119 	<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> DOCUMENTATION..... 120 Information practice 120 French journals..... 120 LAW 121 Work injuries 121 Insurance..... 121 Patients rights 122 Labour inspectorate 122 Notifiable diseases 123 Occupational medicine 123 Pharmaceutical law..... 123 Social security 124 Primary healthcare..... 124 Telemedicine 124
---	---

Next issue: End of April 2012

Reading a notice**Comment lire une notice ?**

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

Meaning of abbreviations**Signification des abréviations**

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

Références bibliographiques

Bibliographic notices

Politique de santé/Health policy

Agences régionales de santé Regional health agencies

47073
ARTICLE

BAUDIER (F.)

Médecine générale et agence régionale de santé : des opportunités à saisir ? Première partie : deux postures, trois objectifs...

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/03 ; vol. 7 : n° 3 : Pages : 127-130
Cote Irdes : P198

Créées par la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), les Agences régionales de santé (ARS) se sont vues doter d'un large champ de compétences, traduisant la volonté du législateur de décroquer la santé entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le champ du médico-social. En confiant aux ARS la responsabilité du pilotage de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire, la loi a pour objectif de donner un périmètre d'intervention plus cohérent que celui des structures qu'elles regroupent. Deux rapports récents analysent la situation de la médecine de ville dans ce nouveau contexte et formulent un certain nombre de propositions. Ces deux articles reprennent les préconisations faites par une mission nationale autour des principales postures à adopter, des objectifs prioritaires à mettre en oeuvre et des chantiers prometteurs à explorer par les ARS, avec le concours actif et souhaité des professionnels de santé du champ ambulatoire

46678
ARTICLE
DENIS (J.L.)

Les agences régionales de santé : au-delà des logiques fondatrices, une nouvelle capacité d'action ?

SCIENCES SOCIALES ET SANTE
2011/03 ; vol. 29 : n° 1 : Pages : 29-34
Cote Irdes : P86

Cet article présente un point de vue sur les enjeux entourant la mise en place d'agences régionales de santé dans le système de santé au Québec et au Canada de façon plus générale (Résumé de l'éditeur).

Education thérapeutique Patient education

48357
ARTICLE
PELJAK (D.)

L'éducation thérapeutique du patient : la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne.

SANTE PUBLIQUE
2011/03-04 ; vol. 23 : n° 2 : Pages : 135-141
Cote Irdes : C, P143

L'éducation thérapeutique du patient s'est développée progressivement en France depuis ces vingt dernières années, jusqu'à la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) de juillet 2009 et ses décrets d'application qui lui apportent une reconnaissance législative. Alors qu'aujourd'hui l'éducation thérapeutique est inscrite dans le parcours de soins du patient et a pour objectif de le rendre plus autonome, le développement des maladies chroniques impose une planification plus globale de l'offre des soins et tout particulièrement en ville, une

coordination locale face aux besoins de la population et un mode de fonctionnement pérenne.

Etude d'ensemble
Global study

48698

FASCICULE

KOUCHNER (B.), VEBER (F.), BERNARD (O.)
et al.

***Un quinquennat de santé
(2007-2012).***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 32 : Pages : 23-99

Cote Irdes : P168

Le quinquennat et la législature commencés en 2007 toucheront bientôt à leur terme. L'action publique sur le champ sanitaire aura été confrontée, pendant cette législature, à l'impact sur les finances sociales de la crise économique consécutive au scandale des « subprimés » de 2008 et des menaces sur les dettes souveraines en 2011 mais aussi à la survenue de deux crises sanitaires et politiques majeures - la pandémie de grippe A H1N1 et l'affaire du Mediator. Quant à l'ambition réformatrice, elle restera symbolisée par des mesures emblématiques et controversées comme l'institution des franchises ou la création des agences régionales de santé par la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST). Ce numéro propose un dossier sur la politique de santé et d'assurance maladie esquissant un bilan des années 2007-2011. Avec le souci de mettre en perspective la politique de santé conduite pendant ces années et d'autres pans de la politique gouvernementale, comme l'action menée en matière sécuritaire, sociale ou internationale (4ème de couverture).

Handicap
Disability

48219

ARTICLE

RAVAUD (J.F.)

Politiques du handicap : état des lieux.

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2011/06-07 ; n° 372 : Pages : 8-22, tabl.

Cote Irdes : A4237

Cet article vise à faire le point sur les évolutions des concepts, des pratiques et des politiques qu'a connues le champ du handicap en France depuis 50 ans, en les mettant en perspective avec les changements survenus au plan internationale. Il évoque pour terminer quelques défis auxquels sont confrontées actuellement les politiques du handicap.

48218

FASCICULE

RAVAUD (J.F.), RIBES (P.), BARRAL (C.)
et al.

Handicaps : où en sommes nous ?

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2011/06-07 ; n° 372 : Pages : 8-77, tabl.

Cote Irdes : A4237

Ce dossier se propose de faire le bilan des politiques publiques dans le domaine du handicap en France. L'article introductif de ce dossier fait un bilan sur les évolutions des concepts, pratiques et politique du handicap en France et à l'étranger. Puis ce dossier examine successivement les réformes possibles dans ce domaine, présente les premiers enseignements de l'enquête Handicap-Santé 2008 concernant la participation sociale des personnes handicapées de 20 à 59 ans. Il analyse également les principaux éléments de la prise en charge des personnes handicapées en France. Il propose enfin un éclairage sur les politiques dans le champ du handicap en Europe et aux Etats-Unis.

Loi de santé publique
Public health law

48834

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Loi de santé publique et politique de santé.

SANTE PUBLIQUE

2010/03-04 ; n° 2 : Pages : 253-264

Cote Irdes : C, P143

La loi du 9 août 2004 a marqué une nouvelle étape dans la définition d'une procédure d'élaboration de la politique de santé en France. La loi quinquennale a permis de formaliser des objectifs de santé publique mais elle est restée une loi de programmation sans moyens. En outre, le déferlement législatif qu'a connu le secteur de la santé au cours de ces dernières années en a largement dilué les effets. Il est indispensable de dépasser le cadre ainsi défini pour parvenir à une politique couvrant l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire et à une démarche unifiant les politiques de santé publique et d'assurance maladie. La politique de santé pourrait s'articuler autour de quatre ambitions : l'amélioration des résultats sanitaires, la réduction des inégalités, l'efficacité du système de santé et l'avancée de la démocratie sanitaire.

48825

ARTICLE

BOURDILLON (F.), LOMBRAIL (P.)

Éditorial. Quelle future loi de santé publique ?

SANTE PUBLIQUE

2010/03-04 ; vol. : n° 2 : Pages : 161-163

Cote Irdes : C, P143

La future Loi de santé publique, si elle doit s'inscrire dans la continuité de la Loi de 2004 en tenant compte des éléments de l'évaluation du HCSP (Haut Conseil de la santé publique), doit aussi marquer une rupture et apporter des éléments nouveaux lisibles à la

fois par les professionnels de la santé et par le grand public.

Maladies chroniques
Chronic diseases

48329

ARTICLE

HUARD (P.), SCHALLER (P.)

Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1. La coopération entre partenaires distants.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/04-06 ; vol. : n° 2 : Pages : 111-118

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1102_Cooperation_entre_partenaires_distants.pdf

L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques exige plus de coopération et de coordination de la part des intervenants. De nombreuses initiatives cherchent à faire progresser l'intégration des soins, mais se heurtent aux distances qui séparent les professionnels. L'article s'efforce de définir les différentes formes de distances qui sont à l'origine de ces difficultés. Il s'intéresse ensuite aux mesures susceptibles de les réduire. Il analyse enfin les processus dynamiques permettant aux dispositifs innovants de se développer et de constituer de nouvelles références utiles pour orienter l'évolution du système sanitaire.

48330

ARTICLE

HUARD (P.), SCHALLER (P.)

Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 2. Deux études de cas.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/04-06 ; n° 2 : Pages : 119-126

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/POS1102_Innovation_organisationnelle_etudes_de_cas.pdf

Cet article applique à deux dispositifs innovants de prise en charge, situés à Genève, les principes présentés dans l'article précédent : analyse des processus de développement et mesures susceptibles de renforcer l'intégration des soins.

Politique familiale
Family policy

48593

FASCICULE

ROSENAL (P.A.), CHAUFFAUT (C.), ROSE (R.) et al.
GOTTELY (P.) / préf., GAUTHIER (H.) / éd.

Politiques familiales et fécondité.

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2010 ; n° 2 : Pages : 154p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P174

Le titre de ce numéro soulève une double question : la politique familiale doit-elle soutenir la fécondité ? La fécondité est-elle influencée par la politique familiale ? Ces deux questions ont fait l'objet de controverses au sein de la communauté des démographes et des politiques, et les réponses qui y ont été apportées ont évolué au cours du temps. La France et le Québec constitue à cet égard deux exemples intéressants de politique familiale, mises en place dans le premier cas et renforcées dans le second, en réaction à une

faible fécondité, mais à des périodes différentes de leur histoire (Résumé d'après l'éditorial).

Psychiatrie
Psychiatry

48646

ARTICLE

Soins psychiatriques sans consentement : une réforme contestée.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

2011/09-10 ; n° 19 : Pages : 10-12

Cote Irdes : P69

Entrée en vigueur le 1er août 2011, la loi du 5 juillet 2011 modifie la prise en charge des personnes dont les troubles mentaux rendent impossible le consentement aux soins. Loi opportuniste ou réforme réaliste ? Les avis sont partagés.

48161

ARTICLE

COLDEFY (M.)

L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contratée et inachevée.

SANTE DE L'HOMME (LA)

2011/05-06 ; n° 413 : Pages : 16-17

Cote Irdes : P61, R1844

Le dispositif de prise en charge de la psychiatrie a connu une évolution importante au cours des cinquante dernières années, en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés. A la structure unique d'hôpital psychiatrique d'autrefois s'est substitué un dispositif plus proche des territoires et des populations, visant à favoriser et maintenir l'intégration sociale des patients. Mais cette évolution novatrice demeure inachevée et il reste beaucoup à faire pour améliorer la condition de vie des patients.

Recherche
Research

48694

ARTICLE

CONCEICAO (C.), MCCARTHY (M.)

Public health research systems in the European Union.

Les systèmes de recherche en santé publique au sein de l'Union européenne.

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

2011 ; vol. 9 : n° 38 : Pages : 45p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-9-38.pdf>

Strengthening health research is an important objective for international health organisations, but there has been less attention to support for health research in Europe. This article describes the public health (population and organisational level) research systems in the 27 European Union countries. It developed a typology for describing health research structures based on funding streams and strategies. It drew data from internet sources and asked country informants to review these for consistency and completeness. The structures were described as organigrams and narratives in country profiles for each of the 27 EU member states. National public-health research structures included public and independent funding organisations, 'mixed' institutions (which receive funds, and both use and allocate them) and provider institutions.

Réforme
Reform

49273

FASCICULE

CABANIS (J.N.) / préf.

La loi HPST trente mois après : dossier.

CAHIERS HOSPITALIERS

2011/11 ; n° 283 : Pages : 45p.

Cote Irdes : c, B7092

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires est **le résultat d'un travail collectif considérable**, embrassant de nombreux domaines. Trente mois après le vote de la loi, plusieurs facteurs **militent en faveur d'une reconnaissance du travail accompli, avec d'importantes réserves** cependant qui tiennent aux difficultés constatées sur le terrain, et aux inévitables inégalités de traitement des établissements et **des professionnels. L'objectif de cet article est de faire le bilan de la mise en application de la loi et d'en tirer les enseignements d'usage.**

49021

ARTICLE

BADER (J.P.)

Un regard sur un demi siècle de réformes de notre système de santé.

CONCOURS MEDICAL

2011/09 ; vol. 133 : n° 7 : Pages : 582-585

Cote Irdes : C, P19

Après un bref rappel historique concernant les principales réformes du système de santé, l'auteur ajoute pour chacune d'entre elle un commentaire. Les modifications sont nombreuses et fréquentes, d'abord mineures, puis " paroxystiques " selon Jean Pierre Bader. Il tire des leçons de ce demi-siècle d'histoire concernant l'optimisation de la qualité qui reposerait sur deux outils fondamentaux : le dossier médical informatisé et l'évaluation systématique de ce dossier par un pair qualifié, et le financement du système de santé.

48717

ARTICLE

COURREGES (C.), LOPEZ (A.)

Les ARS, un an après : l'espoir, l'ambition et les vicissitudes de l'action.

DROIT SOCIAL

2011 ; n° 11 ; Pages : 1112-1117

Cote Irdes : P109

La création des ARS – Agences régionales de santé – par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires d'août 2009 est une réforme de l'administration de la santé de grande ampleur. Elle a séparé des services jusqu'alors unis au sein d'une même entité, et en a regroupé d'autres relevant de l'Etat et de l'assurance-maladie. Si tous les acteurs étaient unanimes quant à cette création, la mise en place des ARS ne fut pas chose facile. Un an après cette réforme, cet article revient sur ses objectifs, ses choix et ses résultats, pour déterminer les mesures à prendre afin d'aller au bout du projet.

48705

ARTICLE

LE GUEN (J.M.)

"La loi HPST, une étatisation du système de santé".

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2011/09-10 ; n° 40 ; Pages : 9-11

Cote Irdes : P204

Cet article rapporte le point de vue de Jean-Marie Le Guen, député de Paris, sur la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). Selon lui, cette loi a favorisé une étatisation de la santé avec la création des agences régionales de santé, a négligé l'aspect santé publique et n'a pas répondu à la question cruciale de la désertification médicale.

48570

ARTICLE

COHEN (F.)

De la loi HPST aux Assises Régionales de la Santé

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/09 ; Pages : 43-53

Cote Irdes : B7074

48260

FASCICULE

DUBOUT (A.) / éd.

HPST deux ans après.

PERSPECTIVES SANITAIRES & SOCIALES

2011/08 ; Pages : 66p.

Cote Irdes : c, B7069

Ce fascicule rassemble les communications du 5ème rendez-vous parlementaire du secteur privé non lucratif, organisé par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP). Il fait un bilan à deux ans de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires sous trois angles : amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement (amélioration de l'accessibilité géographique, financière et technique), régulation des missions de service public (coopération, performance...) et mise en place des Agences régionales de santé (ARS).

Protection sociale/Social protection

Assurance maladie Health insurance

49279

FASCICULE

TURQUET (P.)

Institut Européen du Salarial. (I.E.S.).
Nanterre. FRA

L'assurance maladie aux mains du marché. Le cas des Pays-Bas.

NOTES DE L'IES (LES)

2011/12 ; n° 24 : Pages : 4p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.ies->

[salarial.org/IMG/pdf/Notes_IES_24.pdf](http://www.ies-salarial.org/IMG/pdf/Notes_IES_24.pdf)

Nombreux sont ceux qui, en Europe comme aux Etats-Unis, préconisent la création d'un marché de l'assurance maladie. La concurrence entre assureurs serait « organisée » car fortement régulée par l'État. Dans ce modèle, celui-ci doit en effet : définir les soins couverts et les niveaux de remboursement ; obliger tout le monde à s'assurer et obliger les assureurs à accepter d'assurer tout le monde ; et enfin, gérer un système de compensation pour les assureurs couvrant une forte proportion d'assurés à risque. Ainsi, les assureurs devraient réagir en concluant des conventions avec les fournisseurs de soins afin d'en réduire le prix et, partant, le prix de l'assurance. S'appuyant sur l'exemple des Pays-Bas, cet article montre qu'il n'en est rien. Non seulement le nouveau système ne protège pas les assurés à faible revenu du coût excessif de l'assurance, mais les assureurs ne contrôlent pas le coût des soins. La concurrence est d'abord « organisée » pour assurer le recul de l'État social.

49269

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics.

DROIT SOCIAL

2011/12 ; n° 12 : Pages : 1277-1282

Cote Irdes : P169

Cet article dresse un historique des réformes de l'assurance maladie mises en place depuis 1988, dont l'objectif principal était la régulation des dépenses de santé en soulignant les deux principes directeurs : la responsabilisation des acteurs, notamment de l'assuré social et la mise en concurrence du système de santé.

48876

FASCICULE

FRONSTIN (P.)

Employee Benefit Research Institute.
(E.B.R.I.). Education & Research Fund.
Washington DC. USA

Tracking Health Insurance Coverage by Month: Trends in Employment-Based Coverage Among Workers, and Access to Coverage Among Uninsured Workers, 1995-2010.

Suivi mensuel de la couverture santé : tendances , entre 1995 et 2010, de la couverture d'entreprise pour les travailleurs, et de l'accès à la couverture pour les travailleurs non assurés.

EBRI NOTES

2011/10 ; vol. 32 : n° 10 : Pages : 14-19, fig.

Cote Irdes : en ligne

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1947053

There is a strong link between health benefits and employment. As a result, employment-based health benefits are the most common form of health insurance for nonpoor and nonelderly individuals in the United States. In

2010, 58.7 percent of nonelderly individuals (under age 65) were covered by an employment-based health benefits plan, with 68.6 percent of workers covered, 35.3 percent of nonworking adults covered, and 54.8 percent of children covered. Since the 1980s, the percentage of individuals without health insurance coverage has generally been increasing, in large part because rising health benefit costs eroded employment-based coverage. However, for a few years during the late 1990s, the percentage of workers and their families with employment-based coverage increased and the percentage without health insurance declined, in large part due to the strong economy and low unemployment. While the percentage of workers with coverage has ebbed and flowed with the economy and health care costs, trends in the percentage of workers offered coverage and the percentage of workers taking coverage when offered have remained steady. Prior research had shown that the percentage of workers offered health benefits had been increasing, but the take-up rate had been declining. The purpose of this paper is to examine the state of employment-based health benefits. Coverage rates are examined on a monthly basis from December 1995 to April 2010. This analysis updates prior EBRI research that examined trends in coverage on a monthly basis over this time period. Examining these data on a monthly basis allows more accurate identification of changes in trends, and can also more clearly indicate the effects of recessions and unemployment on changes in coverage. Trends in offer rates and reasons for being uninsured among uninsured workers are also examined.

48701

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

***L'assurance maladie dans la
tourmente économique et politique
(2007-2011)***

Un quinquennat de santé (2007-2012).
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 32 : Pages : 77-88
Cote Irdes : P168

Les années 2007-2011 ont été placées, pour l'assurance maladie, sous les signes des crises économiques et financières, mais aussi de réformes menées le plus souvent dans la discrétion de législations techniques. Elles auront été ainsi marquées par l'absence de véritable débat public sur le financement de la protection sociale, malgré la succession de déficits historiques, mais aussi par la priorité donnée au terme de 'responsabilisation' des assurés sociaux et par l'affirmation d'une logique de concurrence dans le système de santé et d'assurance maladie (Résumé de l'éditeur).

48609

ARTICLE

KARACA-MANDIC (P.), ABRAHAM (J.M.),
PHELPS (C.E.)

***How do health insurance loading fees
vary by group size: implications for
healthcare reform.***

*Comment les frais de chargement de
contrats d'assurance santé varient-ils
selon la taille de l'entreprise ? Implications
pour la réforme de soins de santé.*

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH
POLICY

2011/09 ; vol. 11 : n° 3 : Pages : 181-207, 10 tabl.
Cote Irdes : P95

The health insurance loading fee represents the portion of the premium above the expected amount of medical care expenditures paid by the insurance company. The size of the loading fees and how they vary by employer group size have important implications for health policy given the recent passage of the Patient Protection and Affordable Care Act. Despite their policy relevance, there is surprisingly little empirical evidence on the magnitude and the determinants of health insurance loading fees. This paper provides estimates of the loading fees by firm size using data from the confidential Medical Expenditure Panel Survey Household Component-Insurance Component Linked File. Overall, we find an inverse relationship between employer group size and loading fees. Firms of up to 100 employees face similar loading fees of approximately 34%. Loads decline with firm size and are estimated

to be on average 15% for firms with more than 100 employees, but less than 10,000 employees, and 4% for firms with more than 10,000 workers.

48447

ARTICLE, INTERNET

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

La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge.

Comptes nationaux de la santé 2010.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/09 ; n° 161 : Pages : 31-50, tabl., graph., fig.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-redistribution-2.pdf

Cette étude présente, pour l'année 2008, la redistribution opérée par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire entre les classes d'âge. Les mécanismes de financement de l'assurance maladie obligatoire répondent à deux principes : la solidarité des bien portants vis-à-vis des malades et l'accessibilité des soins à tous, quelle que soit leur capacité financière. Ainsi, alors que les remboursements des soins de l'assurance maladie obligatoire dépendent du risque maladie, son financement est lié aux revenus, via notamment les cotisations et les contributions sociales. Du respect de ces principes découlent des transferts inter-générationnels importants, des actifs vers les retraités. Le risque maladie augmentant avec l'âge, ce sont en effet les retraités qui ont les dépenses moyennes de soins les plus élevées alors que leurs contributions sont plus faibles.

48000

ARTICLE

LORENZI (J.H.)

L'importance économique de l'assurance

Assurance et santé
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 31 : Pages : 31-37
Cote Irdes : P168

L'assurance des risques liés à la santé représente un enjeu économique et sociétal majeur. La couverture de ces risques permet de financer les dépenses de santé qui représentent une part considérable de la richesse nationale pour les pays développés (11,2 % du PIB en France en 2008 selon l'OCDE). L'évaluation du poids de la couverture santé ne saurait se limiter à une simple comparaison du poids macroéconomique sans distinction de caractéristiques essentielles, se répartissant schématiquement en deux axes : public-privé et obligatoire-volontaire. Sur ces fondements, il est alors possible de proposer une évaluation éclairée de l'évolution à venir de l'importance économique de l'assurance.

Financement
Financing

49296

ARTICLE

PLFSS 2012 : entre FIR et expérimentations.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/11-12 ; n° 41 : Pages : 10-11
Cote Irdes : P24

Cet article passe en revue les principales mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, relatives aux soins primaires : création du FIR (Fonds d'intervention régional), expérimentations des nouveaux modes d'organisation pour les entrées et sorties d'hospitalisation des personnes âgées, expérimentation des nouveaux modes de rémunération des

médecins, rémunération des pharmaciens d'officine...

48700

ARTICLE

DUFOUR (A.C.)

Le bilan des lois de financement de la Sécurité sociale dans le domaine de la santé.

Un quinquennat de santé (2007-2012).

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; vol. : n° 32 : Pages : 69-76

Cote Irdes : P168

Une des spécificités des lois de financement de la Sécurité sociale instituées en 1996 consiste en la fixation pour l'année à venir d'un objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Systématiquement dépassé depuis 1997, l'Ondam a enfin été respecté lors de l'exercice 2010. Le mandat Sarkozy a en effet été marqué par d'importants efforts de maîtrise des dépenses de santé, lesquels sont notamment inscrits en loi de financement. Les nouvelles conséquences de la procédure d'alerte en cas de dépassement de l'Ondam méritent également d'être soulignées (Résumé de l'éditeur).

36151

FASCICULE

CARRE (M.), CARTON (B.), GAUTHIER (S.)
Centre d'Etudes Prospectives et d'Informations Internationales. (C.E.P.I.I.). Paris. FRA

Financement de la protection sociale : l'attrait des grandes assiettes.

La Lettre du CEPPI

2011/06 ; n° 311 : Pages : 4p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cepii.fr/francgraph/publications/lettre/pdf/2011/let311.pdf>

Cette lettre du Centre d'Études Prospectives et d'Informations Internationales fournit, à l'aide d'un Modèle d'Équilibre Général Calculable, une évaluation de la contribution de la politique migratoire à la réduction du besoin de financement de la protection sociale, sur l'horizon du processus de vieillissement démographique. L'arrêt de l'immigration à

partir de 2010 aboutirait à un creusement de ce besoin de financement de 1,3 % à l'horizon 2050. Une politique migratoire plus volontariste (un doublement du flux net annuel moyen) permettrait de réduire le fardeau fiscal du vieillissement mais au prix de transformations démographiques conséquentes. Le gain relatif lié à la sélectivité de la politique migratoire est temporaire et disparaît à long terme.

Minima sociaux

Minima social benefits

48715

ARTICLE

DUJOL (J.B.), GRASS (E.)

Le RSA : premier bilan pour une deuxième étape.

DROIT SOCIAL

2011 ; n° 11 : Pages : 1100-1108

Cote Irdes : P109

L'objectif de cet article, dans la suite de celui rédigé dans cette même revue en mars 2009, est de faire un bilan du dispositif RSA – Revenu de solidarité active – mis en place en 2009 **suite à la crise du marché de l'emploi**. Ce dispositif semble avoir joué son rôle d'amortisseur de la grande dépression économique, mais l'analyse conclue qu'une deuxième étape de la réforme est maintenant nécessaire pour atteindre pleinement les objectifs fixés.

48649
FASCICULE
PERIVIER (H.)

Quelle régulation sociale et économique de la pauvreté ?

LETTRE DE L'OFCE (LA)
2011/10/05 ; n° 329 ; Pages : 4p., 1 tabl., 2 graph.
Cote Irdes : P105
<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/329.pdf>

Les débats récurrents sur le système de minima sociaux témoignent de la difficulté qu'il y a à penser l'articulation entre protection et incitation. Un soupçon de paresse pèse toujours sur les allocataires de minima sociaux. Faut-il instaurer une obligation de travail minimum pour les allocataires du RSA ? Ce travail doit-il être non rémunéré comme le suggérait Laurent Wauquiez il y a quelques mois, ou rémunéré comme le propose Marc-Philippe Daubresse dans son rapport rendu récemment au Président de la République ? Le passage du RMI (Revenu minimum d'insertion) (et de l'API - Allocation de parent isolé) au RSA (Revenu de solidarité active) aurait pu mettre fin aux discours reposant sur le mérite de l'allocataire qui doit par son travail montrer sa bonne volonté à se réinsérer. Apparemment il n'est rien. De tous temps, la régulation de la population pauvre a reposé sur une relation de réciprocité entre les personnes qui reçoivent une aide et la collectivité. Chaque individu a le droit d'être aidé et de vivre décemment et le devoir d'être utile à la collectivité. Toute la difficulté consiste à définir le périmètre des droits et des devoirs. Dans sa version moderne, la question de la citoyenneté sociale se pose ainsi : comment articuler l'aide sociale et le marché du travail ou encore comment éviter que la générosité des droits étouffe les velléités d'exercer leurs devoirs chez les allocataires ?

48061
ARTICLE
ALLEGRE (G.)

Le RSA : redistribution vers les travailleurs pauvres et offre de travail.

REVUE DE L'OFCE
2011/07 ; n° 118 ; Pages : 33-61, 8 graph., 6 tabl.

Cote Irdes : c, P120

Le RSA (Revenu de solidarité active) a remplacé le RMI (Revenu minimum d'insertion), l'API (Allocation de parent isolé) et leurs mesures d'intéressement au 1er Juin 2009. La réforme vise un double objectif, redistributif et incitatif : **il s'agit d'une part, d'augmenter le niveau de vie des ménages de travailleurs pauvres et d'autre part, de supprimer les trappes à inactivité qu'engendreraient des gains à la reprise d'emploi trop faibles par rapport aux revenus d'inactivité (RMI ou API). En créant un écart entre revenus d'inactivité et revenus d'activité, le RSA entend également revaloriser le travail et rétribuer l'effort. Le premier effet du RSA est bien d'élever le niveau de vie des ménages de travailleurs pauvres.** Du fait de son caractère familialisé, le RSA cible relativement bien les ménages de travailleurs les plus pauvres. Toutefois, le ciblage du RSA et son caractère familialisé créent des effets ambigus en termes **de gains financiers à la reprise d'emploi et à l'augmentation des revenus d'activité.** Ces effets sont ici estimés par microsimulation. Nous trouvons que la prestation bénéficie majoritairement aux ménages les plus pauvres : environ 65 % des dépenses de RSA activité sont perçues par les ménages des deux premiers déciles de niveau de vie. Si tous les ménages potentiellement bénéficiaires recouraient à la prestation, près de 400 000 individus sortiraient de la pauvreté grâce à cette mesure. **À l'aide d'un pur modèle d'offre de travail, nous estimons également l'impact du RSA sur l'offre de travail des femmes seules et mariées sur la base des données de l'Enquête revenus fiscaux 2003. Sur l'ensemble de l'échantillon, en net, 12 000 individus renonceraient à travailler ; l'offre de travail à temps plein serait réduite de 21 000 et l'offre de travail à mi-temps augmenterait d'environ 9 000, soit des effets sur l'offre de travail relativement faibles.** En conclusion, nous proposons des voies de réforme du RSA.

48499

FASCICULE

EYDOUX (A.), TUCHSZIRER (C.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Paris.
FRA

Du RMI au RSA : la solidarité et la décentralisation en débats.

CONNAISSANCE DE L'EMPLOI : LE 4 PAGES DU CEE

2011/06 ; n° 81 ; Pages : 4p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cee->

[recherche.fr/fr/connaissance_emploi/81-rmi-rsa-solidarite-decentralisation-debats.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance_emploi/81-rmi-rsa-solidarite-decentralisation-debats.pdf)

La lutte contre la pauvreté et l'insertion des personnes en difficulté sont des sujets de société qui questionnent la solidarité nationale et la gouvernance des politiques sociales. La définition de la « solidarité publique » a évolué au fil du temps et des alternances politiques, accompagnant un processus long de décentralisation. Cette évolution est analysée ici au travers des débats parlementaires qui ont présidé à l'élaboration de trois dispositifs de soutien au revenu et à l'insertion.

Prestations familiales

Family benefits

48267

FASCICULE, INTERNET

MATHIEU (F.), ROBERT (M.J.), SALESSES (C.), VAN WASSENHOVE (T.)
Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.). Paris. FRA

En 2010, plus de 11 millions d'allocataires de prestations légales et 60 milliards d'euros versés par les Caf.

E-SENTIEL (L) - CNAF

2011/05 ; n° 110 ; Pages : 4p., graph., carte, tabl., pdf

Cote Irdes : C, bulletin français

Au 31 décembre 2010, les caisses d'Allocations familiales (Caf) ont versé des prestations à 11 281 380 allocataires soit 72 300 de plus qu'en décembre 2009. Sur un an, la hausse

annuelle globale est de 0,6 %. Elle est plus soutenue dans les départements d'Outre-mer [Dom (+1,3 %)] en raison de l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'aides au logement et de minima sociaux. Quant à la Métropole, on enregistre une progression de 0,6 % qui résulte de l'accroissement du nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (Rsa) et des prestations d'entretien versées aux familles. Selon les données comptables, le montant total des prestations versées atteint 60 milliards d'euros pour l'année 2010. Le montant moyen mensuel, toutes prestations confondues, s'élève à 413 euros.

Prestations handicap

Disability benefits

49026

FASCICULE

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

Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/08 ; n° 772 ; Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er772.pdf>

Trois ans après la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui est vouée à succéder à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la DREES (Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) a mené une enquête auprès d'un échantillon de bénéficiaires de l'une ou l'autre de ces prestations. Ces populations souffrent le plus souvent d'une déficience motrice (42 % des allocataires de la PCH et 37 % de ceux de l'ACTP ont une déficience principale motrice)

mais diffèrent fortement sur les autres types de déficience : les déficients intellectuels et visuels sont plus nombreux parmi les allocataires de l'ACTP tandis que parmi les allocataires de la PCH, on trouve davantage de personnes ayant une déficience auditive ou langagière. Même si la PCH couvre divers types d'aides (aides humaines, mais aussi aides techniques ou aménagements du logement par exemple), la prestation est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine, le plus souvent pour dédommager un aidant familial. Les bénéficiaires de l'ACTP peuvent conserver leur allocation ou basculer vers la nouvelle prestation, la PCH. Le choix pour l'une ou l'autre prestation est fortement lié au type de déficience de la personne, mais aussi à la nature et à l'importance des besoins d'aide. Il apparaît ainsi que les allocataires qui ont opté pour la PCH ont des besoins relativement élevés aussi bien en aides humaines qu'en aides matérielles. La PCH serait alors plus adaptée à leurs besoins que l'ACTP qui ne couvre que l'aide humaine.

Régime social des Indépendants

National Fund for self-employed workers

48682

ARTICLE

PERROT (M.), CLICQ (A.), DELAUGEAS (G.) et al.

Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.). Saint-Etienne. FRA

Le RSI, un régime jeune confronté à de nombreux défis

L'informatique au service de la Sécurité sociale
REGARDS

2011/07 ; n° 40 ; Pages : 145-158

Cote Irdes : A4269

<http://www.en3s.fr/spip.php?rubrique93>

Le régime Social des Indépendants (RSI) a fêté, en juillet 2011, ses cinq ans d'existence. Qualifiée de plus grande réforme de la protection sociale depuis 1945, la construction

du premier régime professionnel de protection sociale en France justifie un premier bilan (Tirée de l'introduction).

Retraite

Retirement schemes

49046

FASCICULE

AUBERT (P.)

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

Les écarts de niveaux de pension de retraite entre générations.

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/09 ; vol. : n° 107 ; Pages : 71p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud107.pdf>

Les montants moyens de retraite et de " retraite pleine " (montant de pension obtenu après neutralisation des effets de la décote, de la surcote et de la durée validée) augmentent légèrement au fil des générations entre celles nées au début des années 1920 et celles nées au début des années 1930, puis un peu plus fortement à partir de celles nées au milieu des années 1930. Cette croissance au fil des générations est portée par deux effets principaux : d'une part, un effet de composition lié à la diminution progressive de l'emploi non-salarié ; d'autre part, une hausse très dynamique des pensions versées par les régimes complémentaires de salariés (Agirc, Arrco et Ircantec), liée notamment au fait que ces régimes n'ont été généralisés qu'au début des années 1970.

48697

FASCICULE

AUBERT (A.), BLANCHET (D.), BRIARD (K.)
et al.

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

***Les systèmes de retraite et leurs
réformes : évaluations et projections.***

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2011 ; n° 441-442 : Pages : 239p., tabl., graph.

Cote Irdes : S18

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=ECO441>

Ce numéro traite de deux questions structurantes pour l'architecture et la gestion du système de retraite français : d'une part celle de l'équilibre entre contributivité et solidarité, et d'autre part celle de l'incidence des règles de calcul des retraites sur le comportement de liquidation.

Sécurité sociale

Social security

46585

FASCICULE

Association Internationale de la Sécurité
Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

***L'évolution démographique et les
systèmes sociaux de soins de santé***

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

2011 ; n° 16 : Pages : 5p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.issa.int/fre/Ressources/Perspectives-en-politique-sociale>

Ce numéro est consacré à l'évaluation de l'impact de l'évolution démographique sur les systèmes de soins de santé. Il examine l'influence du vieillissement de la population, des changements des structures familiales, de l'urbanisation et des migrations, et discute de plusieurs réponses possibles pour les systèmes de soins de santé. **Contrairement à l'argument selon lequel les problèmes financiers associés aux changements démographiques risquent de restreindre l'expansion des soins de santé, le présent numéro conclut qu'une meilleure prise de conscience de l'évolution des structures démographiques offre l'occasion de contribuer à promouvoir la couverture sociale de la santé.**

Prévention/Prévention

Conditions de travail Occupational prevention

48409
FASCICULE

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

La prévention est bénéfique à la santé et aux affaires

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE
2011 ; n° 19 : Pages : 5p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.issa.int/fre/Ressources/Perspectives-en-politique-sociale>

Un des principaux obstacles à l'amélioration de la sécurité et de la santé dans les entreprises réside dans le point de vue traditionnel qui veut que les investissements dans la prévention constituent pour les entreprises des coûts imposés réduisant leur compétitivité. Dans ce numéro, il apparaît que des investissements plus importants dans les stratégies de prévention en milieu de travail contribuent à améliorer les indicateurs relatifs à la santé de **l'individu, les résultats** économiques des entreprises et la viabilité des systèmes de sécurité sociale. Soutenir une « culture de la **prévention** » au niveau international n'a donc jamais été aussi essentiel.

Consultation hospitalière Hospital consultation

47880
ARTICLE

LELONG (H.), CASADEVALL (M.), HAUS (F.), et al.

Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE
2011/04 ; vol. 59 ; n° 2 : Pages : 107-113
Cote Irdes : C, P11

En France, la morbi-mortalité évitable, car accessible à la prévention, reste élevée et concerne surtout les catégories socio-professionnelles défavorisées. L'objectif de notre étude était d'analyser les différentes interventions de prévention réalisées au quotidien au sein de la consultation de médecine générale de l'Hôtel-Dieu à Paris, où 70 % des patients sont en situation de précarité. Il s'agit d'une enquête transversale analysant le contenu des consultations successives qui se sont déroulées sur une période de trois semaines. L'outil de recueil des données était un questionnaire papier portant sur les différents thèmes de prévention abordés ou non au cours de la consultation, sur les freins à la prévention et sur l'utilité de la mise en place d'une " consultation prévention " d'après le médecin et le patient. L'analyse de 211 consultations montre qu'elles concernent une population jeune (44+/-17 ans) à prédominance masculine (53 %) et qu'elles sont longues (21+/-8 minutes). Le dépistage des cancers a été abordé, selon leur localisation, avec 25 à 50 % de la population cible théorique. Les conduites addictives ont été évaluées dans 50 % des consultations, mais le suivi de l'intoxication et l'aide au sevrage ont été peu proposés. La pression artérielle est mesurée dans 50 % des consultations. La

vérification des vaccinations a concerné 60 % des patients et le dépistage de pathologies infectieuses 30 %. Les patients ont déclaré dans 70 % des cas qu'ils souhaiteraient une consultation de prévention, les médecins ont jugé que cela serait utile dans 30 % des cas ; et il y avait discordance plus d'une fois sur deux entre les déclarations. Le manque de temps, la conception du dossier médical, sont, entre autres, des freins identifiés à la mise à jour des différentes actions préventives dont devrait bénéficier chaque patient selon son âge, son sexe, ses antécédents ou son mode de vie. Cette enquête a mis en évidence de nombreuses insuffisances dans nos pratiques préventives. La délégation de certains actes, un dossier médical plus adapté et la mise en place de consultations dédiées pourraient améliorer la prévention en faveur des patients particulièrement vulnérables. Le succès de ces mesures nécessite d'y sensibiliser les médecins et leurs patients (Résumé d'auteurs).

Diabète Diabetes

47550
ARTICLE
FOND-HARMANT (L.)

Programmes de lutte contre le diabète dans six pays européens et au Canada.

SANTE PUBLIQUE
2011/01-02 ; vol. 23 : n° 1 : Pages : 41-53, tabl.
Cote Irdes : C, P143

Dix-sept des 27 pays de l'Union européenne ont mis en place un programme de lutte contre le diabète. L'article recense diverses politiques nationales en la matière, pour en tirer des pistes en vue de l'élaboration du programme luxembourgeois, ce pays n'étant pas encore doté d'un plan national. Sept programmes nationaux de lutte et de gestion du diabète sont analysés : néerlandais, anglais, autrichien,

allemand, français, belge, et un programme canadien.

Examens de santé Health centres

48326
ARTICLE
SASS (C.), CHATAIN (C.), ROHMER (J.F.),
et al.

Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2011/04-06 ; n° 2 : Pages : 79-87
Cote Irdes : C, P25
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/POS1102_Observance_des_conseils_de_prevention_02.pdf

Les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie doivent contribuer à favoriser l'insertion des personnes socialement vulnérables dans le système de soins. Cette enquête avait pour objectif de documenter les suites données à l'examen de santé pour ce public.

Prévention bucco-dentaire
Oral health

48794

ARTICLE

VILLAUME (C.), LITOVSKY (B.), WITCZAK (I.), et al.

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

De l'école au cabinet dentaire : une action de prévention pour les enfants de six ans.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/10-12 ; vol. : n° 4 : Pages : 303-311

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1004_Prevention_bucco-dentaire_des_enfants_de_six_ans.pdf

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact sanitaire et d'appréhender les limites d'une politique d'accompagnement en prévention bucco-dentaire sur des enfants de six ans scolarisés en zones d'éducation prioritaire.

Recours aux soins
Healthcare utilisation

48668

ARTICLE

JUSOT (F.), OR (Z.), SIRVEN (N.)

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

Variations in preventive care utilisation in Europe.

Variabilité dans le recours aux soins préventifs en Europe.

EUROPEAN JOURNAL OF AGEING

2011/10/21 ; Pages : 1-11, 5 tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.springerlink.com/content/111371/>

Prevention has been identified as an effective strategy to lead healthy, active and

independent lives in old age. Developing effective prevention programs requires understanding the influence of both individual and health system level factors on utilisation of specific services. This study examines the variations in utilisation of preventive services by the population aged 50 and over in 14 European countries, pooling data from the two waves of Survey of Health Ageing and Retirement in Europe and the British Household Panel Survey. The models used allow for the impact of individual level demand-side characteristics and supply-side health systems features to be separately identified. The analysis shows significant variations in preventive care utilisation both within and across European countries. In all countries, controlling for individual health status and country-level systemic differences, higher educated and higher income groups use more preventive services. At the health system level, high public health expenditures and high GP density is associated with a high level of preventive care use, but specialist density does not appear to have any effect. Moreover, payment schemes for GPs and specialists appear to significantly affect the incentives to provide preventive health care. In systems where doctors are paid by fee-for-service the utilisation of all health services, including cancer screening, are higher

Economie de la santé/Health economics

Affections de longue durée Long-term diseases

48449

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

Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie.

Comptes nationaux de la santé 2010.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/09 ; n° 161 : Pages : 97-120, tabl., graph., fig.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-estimation.pdf

En 2009, 31,2 milliards d'euros ont été remboursés aux bénéficiaires ayant une affection de longue durée (ALD) du régime général pour les prestations de soins de ville en nature, dont 24,8 milliards d'euros en rapport avec les pathologies déclarées. En moyenne, les bénéficiaires du dispositif ALD ont une dépense 8 fois plus élevée que les assurés qui ne sont pas en ALD. Ce sont des personnes plus âgées que les assurés non-ALD, qui ont un profil de consommation de soins différent et sont souvent exonérées de participation au coût des soins pour d'autres motifs d'exonération que le dispositif ALD. La prise en charge intégrale des dépenses afférentes aux ALD induit un coût en termes de remboursement qui, en tenant compte des spécificités de la population en ALD, aurait été d'environ 8 milliards d'euros en 2009 pour les soins de ville au régime général. Ce chiffre repose sur l'hypothèse forte que l'absence du dispositif ALD ne modifierait pas la consommation de soins des personnes concernées.

Comptes de la santé National health accounts

49027

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

Les comptes nationaux de la santé en 2010.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/09 ; n° 773 : Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er773-2.pdf>

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 234,1 milliards d'euros en 2010, soit 12,1 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 175 milliards d'euros. Elle a progressé en valeur moins rapidement qu'en 2009 (+2,3 % après +3,2 %). Sa part dans le PIB est la même qu'en 2009 (9 % du PIB). En volume, la CSBM a augmenté de 2,0 % en 2010, après +2,8 % en 2009. La progression du prix de la CSBM reste, quant à elle, limitée (+0,3 %), en raison notamment de la diminution du prix des médicaments. En base 2005, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,8 % en 2010, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,5 %. Le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,4 % (contre 9,6 % en 2009).

48445

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

Comptes nationaux de la santé 2010.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/09 ; n° 161 : Pages : Pagination multiple, tabl., graph.
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2010,9442.html>

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2005 » de la Comptabilité nationale qui se substitue cette année à la précédente « base 2000 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2010, aux données semi-définitives de l'année 2009 et aux données définitives des années 2005 à 2008. Ces comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants qu'ils relèvent de l'assurance-maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2010. Une deuxième partie comprend cinq dossiers : le premier sur les transferts intergénérationnels opérés par les assurances maladie obligatoire et complémentaires, le deuxième sur le secteur de conventionnement et les dépassements d'honoraires des médecins, le troisième sur le renoncement aux soins, le quatrième sur le coût du dispositif des affections de longue durée et le cinquième sur la mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour. La troisième partie comprend trois éclairages : les deux premiers portent sur les comptes des hôpitaux publics en 2009 et le troisième sur les médicaments remboursables en 2010. La quatrième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques. Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats

des Comptes de la santé et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2005 à 2010.

Coûts de la maladie **Costs of illness**

48860

ARTICLE
KIENCKE (P.), DANIEL (D.), GRIMM (C.), RYCHLIK (R.)

Direct costs of Alzheimer's disease in Germany.

Coûts directs de la maladie d'Alzheimer en Allemagne.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/12 ; vol. 12 : n° 6 : Pages : 533-539, tabl., fig.
Cote Irdes : P151

The aim of this analysis was to determine the direct costs for patients with Alzheimer's disease (AD) based on data supplied by a large German statutory health insurance (BARMER). Focus of the present evaluation is the exposure of total direct costs, survival rates and the types of care distribution of patients with AD. The analysis was based on anonymised data of patients with Alzheimer's disease who were insured by a large German statutory health insurance (Barmer Ersatzkasse-BEK) in 2005 over 12 months (n = 35.684). The study population was classified into three treatment groups: patients who received memantine and no other antimentia drugs, psychotropic drugs or sedatives/hypnotics (memantine group); patients who neither received memantine nor other antimentia drugs but psychotropic drugs and/or sedatives/hypnotics (PHS group); and patients who received no antimentia drugs and no psychotropic drugs or sedatives/hypnotics (no AT group). A Markov model was designed to assess the costs of each treatment group depending on the type

of care over a 5-year period. The results obtained for the PHS group were the following: after 5 years, 25.1% were in inpatient health care, 1.1% in partial inpatient care, 5.4% in outpatient care, and 64.5% of patients died. Only 3.9% did not require care. On average, direct costs to the amount of 7.948 <euro> incurred per patient and year and 13.099 <euro> per surviving patient. In the group without pharmacotherapy, 20.6% were in inpatient care, 0.3% in partial inpatient care, 12.8% in outpatient care, and 52.5% of the patients died. For 13.8% of the patients, care was not necessary. The annual costs amounted to 6.760 <euro> per patient and 9.926 <euro> per surviving patient. The results obtained for the memantine group were more beneficial: annual costs per patient amounted to 6.100 <euro> and to 8.376 <euro> per surviving patient. The results demonstrate that non-antidementive therapy for Alzheimer's disease causes higher costs especially for care. The memantine group proved to be superior compared to PHS group and no AT group, despite higher costs in the specific drug category.

48799
ARTICLE

BLAIS (R.), PARTLOVA (H.), LACHAINE (J.)

La conformité aux guides de traitement de la dépression est-elle associée à une réduction des coûts des services de santé ?

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2010/10-12 ; n° 4 : Pages : 349-357
Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/POS1004_Conformite_du_traitement_de_la_depression_et_couts.pdf

Les objectifs de cette étude étaient de : mesurer la conformité des traitements actuels aux guides canadiens de traitement pharmacologique de la dépression, déterminer s'il y a une différence dans les coûts des services de santé selon le niveau de conformité aux guides et identifier les caractéristiques des patients et du médecin traitant qui seraient associées au

niveau de conformité du traitement et qui pourraient expliquer les différences de coûts.

48793
ARTICLE

RICCI (P.), WEILL (A.), RICORDEAU (P.), et al.

Dynamique des dépenses hospitalières des personnes traitées pour diabète, en France (2007-2008).

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2010/10-12 ; n° 4 : Pages : 293-301
Cote Irdes : C, P25

Cette étude décrit le coût des hospitalisations des personnes traitées pour diabète en France et analyse les évolutions entre 2007 et 2008. Face à la forte progression des coûts pour la collectivité, il devient indispensable **d'améliorer l'efficacité des soins délivrés non seulement aux diabétiques mais également à l'ensemble des malades hospitalisés, la majorité des coûts hospitaliers ne pouvant se rattacher au diabète uniquement.**

48598
ARTICLE

WIESER (S.), HORISBERGER (B.), SCHMIDHAUSER (S.) et al.

Cost of low back pain in Switzerland in 2005.

Coût de la lombalgie en Suisse en 2005.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10 ; vol. 12 ; n° 5 : Pages : 455-467, 3 tabl., 5 fig.
Cote Irdes : P151

Low back pain (LBP) is the most prevalent health problem in Switzerland and a leading cause of reduced work performance and disability. This study estimated the total cost of LBP in Switzerland in 2005 from a societal perspective using a bottom-up prevalence-based cost-of-illness approach. The study considers more cost categories than are typically investigated and includes the costs associated with a multitude of LBP sufferers who are not under medical care. The findings are based on a questionnaire

completed by a sample of 2,507 German-speaking respondents, of whom 1,253 suffered from LBP in the last 4 weeks; 346 of them were receiving medical treatment for their LBP. Direct costs of LBP were estimated at <euro>2.6 billion and direct medical costs at 6.1% of the total healthcare expenditure in Switzerland. Productivity losses were estimated at <euro>4.1 billion with the human capital approach and <euro>2.2 billion with the friction cost approach. Presenteeism was the single most prominent cost category. The total economic burden of LBP to Swiss society was between 1.6 and 2.3% of GDP.

Dépenses de santé
Health expenditures

49034

ARTICLE

GRIGNON (M.)

**Financement public ou privé de la
dépende de soins : un bilan des
connaissances.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011/05 ; vol. 29 : n° 3 : Pages : 113-124
Cote Irdes : C, P85

Ce texte présente un point des connaissances en économie sur le bien-fondé du financement public de la dépense de soins et le degré de partage entre financement public et privé (ce que le public laisse à la charge des patients). La littérature montre qu'il existe de nombreux arguments en faveur d'une prise en charge élevée, voire totale, de la dépense jugée nécessaire, sans ticket modérateur ou franchise. Les inconvénients de la prise en charge collective (absence de choix du consommateur, risque moral) sont plus que compensés par les avantages, évidents en termes d'équité, mais aussi en efficacité (notamment absence d'anti-sélection et de risque de prime). On peut montrer que les riches trouvent avantage à une prise en charge publique même à financement progressif.

Tout cela pourrait changer si la révolution épidémiologique se poursuit (rectangularisation de l'espérance de vie) et si le progrès technique contribue à faire croître la dépense de soins plus rapidement que la richesse nationale.

48653

ARTICLE, INTERNET

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

Arguments Socio-Economiques pour la Santé.
(A.R.G.S.E.S.). Paris. FRA

**Le financement individuel des
dépenses médicales : un indicateur
de participation individuelle aux
dépenses médicales.**

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2011/09 ; n° 50 : Pages : 1-6, tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://argses.free.fr/textes/50_financement_individuel_depenses_medicales.pdf

La notion d'équité en matière d'accès aux soins médicaux a été posée dès la création des premières sociétés de secours mutuel, et elles continuent de se poser **plus d'un siècle après**. En France, une part importante du coût des soins est prise en charge par l'Assurance maladie et l'Etat (76,8 % en 2009), le reste est financé en partie par les OCAM6 (13,8 %), en partie par les malades eux-mêmes (9,4 %). **Le problème de l'équité se présente de manière** duale : verticale, indiquant que chaque personne participe aux dépenses en fonction de ses ressources, et horizontale, indiquant que deux personnes ayant les mêmes ressources participent également aux dépenses, indépendamment de leur état de santé. Dans un premier temps, cet article présente le cadre des variables classiques **d'analyse des problèmes de l'équité, dépense médicale totale (quel qu'en soit le financeur final)** et reste à charge. Dans un deuxième temps, une nouvelle variable, le financement individuel des dépenses médicales, est proposée pour analyser les deux formes **duales de l'équité en matière de** financement des soins médicaux

48599
ARTICLE

BECH (M.), CHRISTIANSEN (T.), KHOMAN (E.) et al.

Ageing and health care expenditure in EU-15.

Vieillesse et dépenses de santé dans l'Europe des quinze.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10 ; vol. 12 : n° 5 : Pages : 469-478, 5 tabl.
Cote Irdes : P151

The purpose of this paper is to investigate the relationship between ageing and the evolution of health care expenditure per capita in the EU-15 countries. A secondary purpose is to produce estimates that can be used in projections of future health care costs. Explanatory variables include economic, social, demographic and institutional variables as well as variables related to capacity and production technology in the health care sector. The study applies a co-integrated panel data regression approach to derive short-run relationships and furthermore reports long-run relationships between health care expenditure and the explanatory variables. Our findings suggest that there is a positive short-run effect of ageing on health care expenditure, but that the long-run effect of ageing is approximately zero. We find life expectancy to be a more important driver. Although the short-run effect of life expectancy on expenditure is approximately zero, we find that the long-run effect is positive, so that increasing life expectancy leads to a more than proportional, i.e. exponential, increase in health care expenditure.

48408
ARTICLE

MORGAN (S.), CUNNINGHAM (C.)

Population aging and the determinants of healthcare expenditures : the case of hospital, medical and pharmaceutical care in British Columbia, 1996 to 2006.

Vieillesse de la population et les déterminants des dépenses de santé :

le cas des soins hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques en Colombie britannique de 1996 à 2006.

HEALTHCARE POLICY
2011 ; vol. 7 : n° 1 : Pages : 68-79
Cote Irdes : En ligne
<http://www.longwoods.com/content/22525>

There is a gap between rhetoric and reality concerning healthcare expenditures and population aging; although decades-old research suggests otherwise, there is widespread belief that the sustainability of the healthcare system is under serious threat owing to population aging. To shed new empirical light on this old debate, this study used population-based administrative data to quantify recent trends and determinants of expenditure on hospital, medical and pharmaceutical care in British Columbia. It modelled changes in inflation-adjusted expenditure per capita between 1996 and 2006 as a function of two demographic factors (population aging and changes in age-specific mortality rates) and three non-demographic factors (age-specific rates of use of care, quantities of care per user and inflation-adjusted costs per unit of care). It found that population aging contributed less than 1% per year to spending on medical, hospital and pharmaceutical care. Moreover, changes in age-specific mortality rates actually reduced hospital expenditure by -0.3% per year. Based on forecasts through 2036, it found that the future effects of population aging on healthcare spending will continue to be small. It therefore concludes that population aging has exerted, and will continue to exert, only modest pressures on medical, hospital and pharmaceutical costs in Canada. As indicated by the specific non-demographic cost drivers computed in this study, the critical determinants of expenditure on healthcare stem from non-demographic factors over which practitioners, policy makers and patients have discretion.

Dépenses pharmaceutiques
Pharmaceutical expenditures

48863

ARTICLE

MORENO-TORRES (I.), PUIG-JUNOY (J.),
RAYA (J.M.)

***The impact of repeated cost
containment policies on pharmaceut-
ical expenditure: experience in Spain.***

*L'impact des politiques répétées de maîtrise
de coût sur les dépenses pharmaceutiques :
l'expérience de l'Espagne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2011/12 ; vol. 12 : n° 6 : Pages : 563-573, 5 tabl.
Cote Irdes : P151

The growth in expenditure on the financing of pharmaceuticals is a factor that accounts for a large part of the increase in public health spending in most developed countries. In an attempt to curb this growth, many health authorities, particularly in Europe, have introduced numerous regulatory measures that have affected the market, especially on the supply side. These measures include the system of reference pricing, the reduction of wholesale distributors' and retailers' markups and compulsory reductions of ex-factory prices. We assess the impact of these cost containment measures on expenditure per capita, prescriptions per capita and the average price of pharmaceuticals financed by the public sector in Catalonia (Spain), from 1995 to 2006. We apply an autoregressive integrated moving average (ARIMA) time series model using dummy variables to represent the various cost containment measures implemented. Twelve of the 16 interventions analysed that were intended to contain the overall pharmaceutical expenditure were not effective in reducing it even in the short term, and the four that were effective were not so in the long term, thus amounting to a moderate annual saving.

Macroéconomie
Macroeconomy

49141

ARTICLE, INTERNET

DAS (P.), SAMARASEKERA (U.)

***The Commission on Macroeconomics
and Health: 10 years on***

*La Commission Macroéconomie et santé :
10 ans déjà.*

THE LANCET

2011 ; n° 378 : Pages : 1907-1908

Cote Irdes : En ligne

<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/P11S014067361161828X.pdf>

To mark the 10th anniversary of the report of WHO's Commission on Macroeconomics and Health, this paper asked global health experts about the publication's legacy.

Reste à charge
Out-of pocket spending

48885

FASCICULE

RICCI (P.)

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

***Reste à charge des personnes
bénéficiant de la CMU-C en 2010.***

POINTS DE REPÈRE

2011/09 ; n° 35 : Pages : 11p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, S36

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_s/Points_de_repere_n_35.pdf

Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes ont, au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), une protection complémentaire gratuite. Ce

dispositif offre un panier de soins élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), notamment grâce à des forfaits relatifs aux prestations d'optique et de dentaire. L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. L'objectif de cette étude est de mesurer l'ampleur et d'analyser la structure des restes à charge (RAC) des bénéficiaires de la CMU-C qui ont eu recours aux soins en 2010.

Vieillessement
Ageing

HADLEY (J.), WAIDMANN (T.),
ZUCKERMAN (S.), BERENSON (R. A.)

Medical spending and the health of the elderly.

Dépenses de santé et la santé des personnes âgées

HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 : vol. 46 : n° 5 : 1333-1361.
Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To estimate the relationship between variations in medical spending and health outcomes of the elderly. DATA SOURCES: 1992-2002 Medicare Current Beneficiary Surveys. STUDY DESIGN: We used instrumental variable (IV) estimation to identify the relationships between alternative measures of elderly Medicare beneficiaries' medical spending over a 3-year observation period and health status, measured by the Health and Activity Limitation Index (HALex) and survival status at the end of the 3 years. We used the Dartmouth Atlas End-of-Life Expenditure Index defined for hospital referral regions in 1996 as the exogenous identifying variable to construct the IVs for medical spending. DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: The analysis sample includes 17,438 elderly (age >64) beneficiaries who entered the Medi-

care Current Beneficiary Survey in the fall of each year from 1991 to 1999, were not institutionalized at baseline, stayed in fee-for-service Medicare for the entire observation period, and survived for at least 2 years. Measures of baseline health were constructed from information obtained in the fall of the year the person entered the survey, and changes in health were from subsequent interviews over the entire observation period. Medicare and total medical spending were constructed from Medicare claims and self-reports of other spending over the entire observation period. PRINCIPAL FINDINGS: IV estimation results in a positive and statistically significant relationship between medical spending and better health: 10 percent greater medical spending over the prior 3 years (mean=U.S.\$2,709) is associated with a 1.9 percent larger HALex value ($p=.045$; range 1.2-2.2 percent depending on medical spending measure) and a 1.5 percent greater survival probability ($p=.039$; range 1.2-1.7 percent). CONCLUSIONS: On average, greater medical spending is associated with better health status of Medicare beneficiaries, implying that across-the-board reductions in Medicare spending may result in poorer health for some beneficiaries.

Personnes âgées/Elderly

Aidants, soins informels Informal care

48856

ARTICLE, INTERNET
DOMINGO (P.), VERITE (C.)

Aider un parent dépendant : comment concilier vies familiale, sociale et professionnelle.

POLITIQUE SOCIALES ET FAMILIALES
2011/09 ; n° 105 : Pages : 31-46, tabl., graph., fig.
Cote Irdes : P190

Cet article analyse l'organisation temporelle des aidants familiaux à partir des calendriers de l'aide apportée au cours d'une semaine par les enfants aidant un de leurs parents dépendants. Les résultats montrent que les modes d'organisation quotidiens des aidants de la génération « pivot » – c'est-à-dire les parents qui sont sollicités par leurs parents âgés et qui ont encore des enfants à charge – dépendent de leur situation professionnelle, de la proximité géographique avec le parent aidé et de l'état de santé de ce dernier. En outre, l'étude fait apparaître qu'en matière de dépendance, la question de la conciliation se pose de manière élargie, les aidants familiaux devant articuler à la fois temps familial consacré aux ascendants, temps familial consacré aux descendants et vie professionnelle.

48385

ARTICLE

ANTONUCCI (T.C.), WONG (K.M.)

Public health and the aging family.

Santé publique et la famille vieillissante.

Ageing societies.

PUBLIC HEALTH REVIEWS

2010 ; vol. 32 : n° 2 : Pages : 512-531

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.publichealthreviews.eu/show/i/8>

The role of the family in the health of its members is critical from birth to death. This review focuses on the aging family, recognizing that the family is one of the earliest and longest lasting contexts influencing health. In particular, it emphasizes the changing demographics of the family including the increased numbers of older family members and the decreased number of children. It considers how best to adapt to the changing family so that its critical role in maintaining individual and public health can be retained and enhanced. It begins by highlighting the importance of taking both a life span and life course perspective, recognizing that individuals develop and change over their lifetime. At the same time, they are members of groups and organizations, which shape their life course. It next considers the dramatically changing demographics of the population generally and within families specifically. We reflect on how these changes impact public health both positively and negatively, taking into account the potential of the family as a resource and a risk factor. It next considers five life course epidemiological models of health: the immediate effects model, the social trajectory model, the cumulative biological model, the sensitive period or latency model and the physiological effects of trajectory model. It explicitly considers the relevance of these models for the family and its aging members. Finally, it highlights what it considers the most important implications of these issues for the health and well-being of older adults and families in an aging society.

HASSINK (W.H.), VAN DEN BERG (B.).

Time-bound opportunity costs of informal care: consequences for access to professional care, caregiver support, and labour supply estimates.

Coûts d'opportunité des soins informels dispensés dans des délais précis: conséquences pour l'accès aux professionnels, à l'aide informelle et estimations du marché du travail.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 73 : n° 10 : 1508-1516.
Cote Irdes : P103

The opportunity costs associated with the provision of informal care are usually estimated based on the reduced potential of the caregiver to partake in paid work (both in terms of whether they are able to undertake paid work, and if so the hours of work undertaken). In addition to the hours of informal care provided, these opportunity costs are also likely determined by the necessity to perform particular informal care tasks at specific moments of the day. The literature, to date, has largely overlooked this dimension of informal care. We used Dutch data from time use diaries which report patterns of informal care throughout the day which enables investigation of when particular activities are undertaken. We found that whereas some tasks must be performed at a relatively fixed time of day, others are shiftable and can be performed at other times or even on different days. Household and organisation activities are more likely to be undertaken by employed caregivers, and seem largely to be shiftable; whereas personal care contains unshiftable activities. This implies additional opportunity costs of providing personal care tasks - we term these "time-bound" opportunity costs. Since the care recipient's need for care may in part relate to unshiftable tasks, we conclude that one should be careful with using care need as an instrument of informal care in labour supply equations.

Conditions de vie
Living conditions

49207
ARTICLE
RENAUT (S.)

Parcours de vie et vieillissement ordinaire : données de cadrage.

Vieillesse ordinaires.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2011/09 : n° 138 : Pages : 13-34, tabl., graph.
Cote Irdes : C, P8

Viellir est un processus de longueur et de vitesse inégales. Un vaste panorama des conditions de vie et de santé de la population générale, dès 45 ans et jusqu'à 85 ans et plus, est présenté par tranche d'âge décennal à partir de l'enquête Handicap-Santé, réalisée en 2008 par l'Insee et la Drees. La qualité du vieillissement est constitutive des différentes dimensions qui structurent le parcours de vie : l'environnement, l'habitat et le logement, l'organisation économique et sociale du ménage et de la famille, les ressources individuelles de santé et les modes de prise en charge (Résumé d'auteur).

49206
FASCICULE
FORETTE (F.) / dir., DREYER (P.) / coor.

Vieillesse ordinaires.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2011/09 : n° 138 : Pages : 275p.
Cote Irdes : C, P8

En prenant le titre de Vieillesse ordinaires, ce numéro donne à lire l'hétérogénéité et la superposition des modes de vie, des états de santé, des situations personnelles, des attentes, des besoins, des réalisations, des projets de "vieillesse qui vont bien" et qui dénoncent par avance toute tentative de généralisation. De la création d'activité à l'engagement associatif et à l'empowerment en passant par les pratiques des nouvelles technologies, les activités de loisirs, les "vieux" sont présents et actifs. Ce numéro rappelle le décalage qu'il y a entre les pratiques de vie quotidienne, les

représentations sociales et les politiques publiques de la vieillesse, un décalage qu'il est urgent de rattraper et de combler (Extraits de la 4e de couverture).

48418

FASCICULE

RENAUT (S.)

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.
(C.N.A.V.). Paris. FRA

Évolution des aides et des situations conjugales des retraités.

CADRAGE

2011 ; n° 16 : Pages : 1-5, tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

<https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBPrincipale/Qui-Sommes-Nous/Documentation-Institutionnelle/Publications-Institutionnelles/Cadrage?packedargs=null>

La France de 2011 est particulièrement mobilisée sur l'enjeu que représente l'allongement de l'espérance de vie et du temps de la retraite. Après la réforme des retraites de 2010, le gouvernement s'est engagé à créer une nouvelle branche de la Sécurité sociale. **L'adaptation du système de protection sociale** nécessite de prendre la mesure des transformations démographiques qui traversent les âges et les générations. Le pays connaît une évolution profonde des structures conjugales et familiales affectant aussi le mode de vie des ménages âgés. Or, les ressources disponibles au grand âge dépendent beaucoup de la structure du ménage et notamment, du **fait de vivre seul ou non**. **L'analyse des données** de trois enquêtes quantitatives réalisées en 1988, 1999 et 2008 permet de dresser un premier panorama des évolutions les plus significatives pour les personnes de 75 ans et plus vivant à domicile.

Dépendance
Dependency

49226

ARTICLE

BLOCH (J.) / éd.

Dépendance : quelles données pour prévoir l'avenir ?

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2011/10 ; vol. 59 : n° 5 : Pages : 281-283

Cote Irdes : C, P11

Au début du mois de février 2011, la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Roselyne Bachelot, a installé quatre groupes de travail, " chargés d'étudier le financement, la prospective, les modes de prises en charge et la place du vieillissement ". Première étape du chantier de la réforme de la dépendance, finalement reportée à 2012, les groupes ont rendu leur rapport en juin 2011. Il s'agissait à la fois d'estimer les coûts et d'imaginer les modalités de financement de cette prise en charge. Les instances productrices de données, notamment l'Institut national d'études démographiques (Ined) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ont fourni les données issues de multiples enquêtes et travaux épidémiologiques qui ont servi de base à la réflexion. Le maintien et le développement des grands travaux statistiques et épidémiologiques, enquêtes et cohortes, qui seuls sont à même de fournir les éléments chiffrés nécessaires aux projections dans le futur, ont un coût important, mais c'est à ce prix que la France pourra anticiper les changements démographiques à venir.

48101

ARTICLE

ENNUYER (B.)

Quel "cinquième risque" ? Quelques éléments pour comprendre les enjeux du débat annoncé par le président de la République pour l'année 2011.

GERONTOLOGIE

2011/01 ; n° 157 ; Pages : 6-12

Cote Irdes : C, P7

Cet article définit d'abord la notion de risque en sécurité sociale. Il propose ensuite un rappel historique pour comprendre le contexte du débat lancé en 2011. Sont ensuite étudiés les enjeux actuels de ce débat : la question du contrat social, la suppression de la barrière d'âge des soixante ans et de la discrimination entre APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et PCH (Prestation de compensation du handicap), la réorganisation du champ sanitaire et social en nouveau champ de protection sociale et enfin, la question centrale du financement.

46872

FASCICULE

BERARDIER (M.), DEBOUT (C.)

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

Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/02 ; n° 748 ; Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er748.pdf>

Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) à domicile sont déterminés après évaluation des besoins par les équipes médico-sociales des conseils généraux. Ces montants sont modulés dans la limite des plafonds nationaux selon le niveau de dépendance (GIR) des bénéficiaires. D'après les données individuelles anonymisées collectées par la DREES auprès des conseils généraux, 26 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en France métropolitaine auraient un

plan d'aide " saturé ", c'est-à-dire égal au plafond : leur besoin d'aide évalué par le conseil général pourrait excéder le montant maximal de prise en charge. La proportion de plans d'aide saturés serait par ailleurs plus élevée pour les cas de dépendance les plus lourds (44 % en GIR1), pour les femmes, les personnes non mariées (en général sans conjoint pour les aider, et donc susceptibles d'avoir plus fortement recours à l'aide de professionnels) et les personnes ayant une ancienneté importante dans le dispositif. Le lien entre niveau de revenus et fréquence des cas de saturation est complexe, reflétant des inégalités sociales face à la perte d'autonomie et des comportements (non-recours, intensité du recours ou passage en établissement) différents selon les revenus.

Etablissements pour personnes âgées
Home for the aged

48731

FASCICULE

PERRIN-HAYNES (J.), CHAZAL (J.),
FALINOWER (I.)

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

Les personnes âgées en institution.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2011 ; n° 22 ; Pages : 32p., tabl.

Cote Irdes : C, S19

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>

Selon le volet 'pathologies et morbidité' de l'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2007, les résidents des EHPA souffrent de multiples pathologies. Les trois quarts des résidents sont notamment atteints d'au moins une affection cardiovasculaire, l'hypertension artérielle étant la plus fréquente. En outre, plus de huit sur dix souffrent d'au moins une

affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentant un syndrome démentiel dont la maladie d'Alzheimer. La proportion de personnes souffrant de démence s'élève à 42 % dans les seuls établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Plusieurs indicateurs tendent à montrer les grandes difficultés, voire l'impossibilité pour les proches à prendre en charge les personnes atteintes de ce type de maladie à domicile. Pour apporter un soutien accru à ces patients et à leurs aidants familiaux, un des objectifs du Plan Alzheimer 2008-2012 est le développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans un cadre réglementaire structuré. Les résultats de l'enquête menée conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en collaboration avec la DREES auprès des structures disposant de places d'accueil de jour et/ou d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes en 2009 font état de l'organisation de ces deux types d'accueil encore essentiellement proposés dans des EHPAD dont l'activité principale est l'hébergement permanent

48347

ARTICLE

BRAMI (G.)

Convergence tarifaire, équité et contrat de séjour.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2011/05-06 : n° 540 : Pages : 61-64

Cote Irdes : C, P22

Les textes réglementaires, et notamment la circulaire du 29 avril 2011, mettent en avant la notion d'équité dans la mise en place de la convergence tarifaire et de l'allocation des ressources. Mais cette justification apparaît en contradiction avec les exigences du plan Solidarité Grand âge et vient troubler les relations contractuelles établies entre différentes parties et présentes notamment dans le contrat de séjour signé entre le résident et l'établissement ou dans la convention tripartite établie pour cinq ans.

Fragilité

Frailty

48383

ARTICLE

FERRUCI (L.), HESDORFFER (C.),

BANDINELLI (S.), et al.

Frailty as a nexus between the biology of aging, environmental conditions and clinical geriatrics.

La fragilité, le lien entre la biologie du vieillissement, l'environnement et la gériatrie clinique.

Ageing societies.

PUBLIC HEALTH REVIEWS

2010 ; vol. 32 : n° 2 : Pages : 475-488

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.publichealthreviews.eu/show/i/8>

Chronic diseases often determine pathologic phenotypes similar to those traditionally attributed to aging, such as accelerated decline of muscle mass and increments of basic metabolic rate, suggesting that the true nature of aging is progressively increasing entropy in the face of failing homeostatic mechanisms. Aging in different animal species and in humans suggest that increasing entropy causes major problems in four domains; body composition, energetic imbalance between availability and demand, homeostatic dysregulation, and neurodegeneration. In humans, loss of integrity and function in these domains causes manifestations similar to frailty, especially if the damage is severe and/or involves multiple domains, and has catastrophic consequences, such as physical and cognitive disability. Characterizing these phenotypes, and understanding the mechanisms by which they emerge with increasing entropy is a necessary step to find interventions that can prevent, delay or moderate the effects of aging. Pharmacological and non-pharmacological interventions that may effectively modulate the aging phenotypes are actively studied and will certainly be ready in the near future. Until then, creating a "senior friendly society", that allows maximal independence but also promotes an active and

healthy lifestyle may be the most cost-effective intervention to improve the quality of life in the population.

48255

FASCICULE

VELLAS (B.) / éd., CHASSAGNE (P.) / éd.,
JEANDET (C.) / éd. et al.

Les personnes âgées fragiles.

ANNEE GERONTOLOGIQUE (L')

2008 ; vol. 22 : n° 1 : Pages : 205p.

Cote Irdes : c, A4243

<http://www.serdi->

[fr.com/sites/default/files/SOMMAIRE_AG_2008_0.pdf](http://www.serdi-fr.com/sites/default/files/SOMMAIRE_AG_2008_0.pdf)

Ce numéro porte sur les personnes âgées fragiles. Après une présentation descriptive des différents modèles de fragilité, la vulnérabilité des personnes âgées est abordée dans le cadre de la prise en charge de plusieurs pathologies : démences, chutes, diabète, etc.

Logements

Housing

48884

FASCICULE

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

Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées.

CONSOMMATION ET MODES DE VIE

2011/02 ; n° 245 : Pages : 1-4

Cote Irdes : P81/1

<http://www.credoc.fr/pdf/4p/245.pdf>

Les enquêtes menées par le CREDOC depuis 2007, à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), permettent de repérer et de décrire de façon très concrète les difficultés que rencontrent au quotidien les retraités bénéficiaires de

l'action sociale de la CNAV. Ces personnes sont encore en situation de relative autonomie (contrairement aux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA), mais elles ont besoin d'une aide financière ou matérielle pour continuer à vivre à domicile : aides ménagères, garde à domicile, aide au retour à domicile après hospitalisation, travaux d'adaptation de l'habitat... Ces difficultés touchent à leur situation financière et mettent en relief des facteurs de fragilité qui constituent autant de risques de perte d'autonomie : restrictions sur l'alimentation et la santé, difficultés de mobilité, sentiment de solitude... (Résumé d'auteur).

48727

FASCICULE

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Département Questions Sociales. Paris. FRA

L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance

NOTE D'ANALYSE (LA)

2011/10 ; n° 245 : Pages : 11p., graph.

Cote Irdes : C, En ligne

Pour répondre à la préférence des ménages et dans un contexte de finances publiques contraintes, la France a fait le choix, comme beaucoup d'autres pays européens, de développer le maintien à domicile des personnes âgées. C'est dans les années 2000 qu'elle a pris toute la mesure du défi de la mise aux normes des logements pour bien vieillir chez soi. Les plans d'action relatifs au grand âge s'étaient focalisés jusqu'alors sur les questions sanitaires et médicosociales. L'Agence nationale de l'habitat (ANAH) évalue à près de 2 millions le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans qui auraient besoin d'une adaptation de leur logement. Pour faire face à ces besoins, il convient, en ayant à l'esprit l'hétérogénéité du phénomène sur le territoire, de s'inspirer des meilleures pratiques européennes en mettant en oeuvre deux orientations : rééquilibrer l'effort entre flux de nouveaux logements et stock de ceux existants, l'effort portant aujourd'hui presque exclusivement sur le neuf ; améliorer la coordination des aides de toute nature au

niveau local, notamment en organisant l'accès aux travaux d'adaptation et aux services à domicile dans des guichets uniques.

Prestations dépendance Dependency allowances

49211
ARTICLE

LE BIHAN-YOUIYOU (B.)

La généralisation des "prestations monétaires" en Europe. Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ?

Vieillesse ordinaires.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2011/09 ; n° 138 : Pages : 83-97, tabl.
Cote Irdes : C, P8

Depuis les années 1990, l'introduction ou le développement de dispositifs visant à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie des prestations monétaires - dispositifs de cash for care - semblent se généraliser dans l'ensemble des pays européens. Cet article interroge l'impact des prestations monétaires dans différents pays européens en s'intéressant aux processus de familialisation et défamilialisation du care et souligne l'importance de la contextualisation et de la régulation de tels dispositifs (Extraits du résumé d'auteur).

49210
ARTICLE

HEBERT (R.)

Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France.

Vieillesse ordinaires.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2011/09 ; n° 138 : Pages : 67-82, tabl.
Cote Irdes : C, P8

À la lumière des comparaisons internationales, cet article identifie certaines lacunes de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie),

notamment : la fragmentation des services, une évaluation qui n'utilise pas un outil suffisamment détaillé et validé, le rôle limité des équipes d'évaluation, l'insuffisance du plan d'aide, un ticket modérateur qui limite l'accessibilité et augmente le reste à charge, les problèmes liés à l'utilisation de l'emploi direct et la diversité importante des sources et des canaux de financement. L'APA mériterait d'être corrigée afin de rendre cette mesure de protection sociale plus performante et d'assurer sa pérennité dans un contexte financier difficile (Extrait du résumé d'auteur).

49200
FASCICULE

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

L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 : série révisée.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/10 ; n° 780 : Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er780.pdf>

Fin 2009, 1 148 000 personnes bénéficient de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM) : 699 000 à domicile et 449 000 en établissement. La même année, les dépenses des conseils généraux pour l'APA ont atteint 5,1 milliards d'euros, 3,3 pour l'APA à domicile et 1,8 pour l'APA en établissement. En moyenne, le montant des plans d'aide pour les personnes qui résident à domicile est de 500 euros par mois et le tarif dépendance est de 478 euros pour celles qui sont en établissement. Mise en oeuvre en 2002, l'APA a vu ses dépenses augmenter en moyenne annuelle de 5,9 % entre 2003 et 2009 et le nombre moyen de bénéficiaires de 8,8 %.

Soins de longue durée
Long-term care

48972

ARTICLE, INTERNET

DAMIANI (G.), FARELLI (V.), ANSELMINI (D.),
et al.

***Patterns of Long Term Care in 29
European countries: evidence from an
exploratory study.***

*Caractéristiques des soins de longue durée
dans 29 pays européens : évidences d'une
étude exploratoire.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2011 ; vol. 11 : n° 316 : Pages : 34p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-272.pdf>

The challenges posed by the rapidly ageing population, and the increased preponderance of disabled people in this group, coupled with the rising level of public expenditure required to service the complex organization of long term care (LTC) delivery are causing increased pressure on LTC systems in Europe. A pan-European survey was carried out to evaluate whether patterns of LTC can be identified across Europe and what are the trends of the countries along them. An ecological study was conducted on the 27 EU Member States plus Norway and Iceland, referring to the period 2003-2007. Several variables related to organizational features, elderly needs and expenditure were drawn from OECD Health Data and the Eurostat Statistics database and combined using Multiple Factor Analysis (MFA). Two global Principal Components were taken into consideration given that their expressed total variance was greater than 60%. They were interpreted according to the higher (more than 0.5) positive or negative correlation coefficients between them and the original variables; thus patterns of LTC were identified. High alignment between old age related expenditure and elderly needs characterizes Nordic and Western European countries, the former also having a higher level of formal care than the latter. Mediterranean as well as

Central and South Eastern European countries show lower alignment between old age related expenditure and elderly needs, coupled with a level of provision of formal care that is around or slightly above the average European level. In the dynamic comparison, linear, stable or unclear trends were shown for the studied countries. The analysis carried out is an explorative and descriptive study, which is an attempt to reveal patterns and trends of LTC in Europe, allowing comparisons between countries. It also stimulates further researches with lower aggregated data useful to gain meaningful policy-making evidence.

48467

FASCICULE

COLUMBO (F.), MERCIER (J.), JAGGER (C.)
TRIGG (L.) / introd.

Ageing and long-term care

Vieillesse et soins de longue durée

EUROHEALTH

2011 ; vol. 17 : n° 2-3 : Pages : 44p., tabl., fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/150246/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf

This issue of Eurohealth looks at meeting the challenge of ageing and long-term care. Articles cover European and OECD countries with topics including: future demand, cost projections, chronic diseases, remote care, workforce issues, etc. Other articles include: the European Directive on cross-border health care (England); the future of NICE (England); and the effects of hospital ownership on performance (Germany).

FORDER (J.E.), CAIELS (J.)

Measuring the outcomes of long-term care.

Mesurer les résultats des soins de longue durée.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2011 ; vol. 73 : n° 12 : 1766-1774.

Cote Irdes : P103

How should we measure the value of long-term (social) care? This paper describes a care-

related quality of life instrument (ASCOT) and considers aspects of its validity. In particular the aim is to assess whether ASCOT is better suited to measuring the impact of long-term care services than the EQ5D health-related quality of life measure. Long-term care services tend to be more concerned with addressing the day-to-day consequences of long-term conditions. As such, a quality of life measure should not be overly focused on the potential impact of services on personal ability and should instead consider how services directly help people to function in everyday life. Construct validity was judged by assessing the degree to which measured quality of life improvement was consistent with the theorised positive correlation between quality of life and the use of home care services. In a 2008/9 sample of people using care services in England, we found that the impact of service use was significant when measured by ASCOT, but not significant when using EQ5D. The results support our hypothesis that ASCOT has greater construct validity in this case.

financièrement ou par un soutien moral. Huit personnes âgées sur dix reçoivent au moins l'aide de leur entourage et cinq sur dix au moins celle de professionnels. Le recours à une aide est fortement lié à l'âge de la personne aidée et à son degré de dépendance. La moitié des personnes âgées aidées reçoivent l'aide d'un seul aidant, professionnel ou de l'entourage. L'aide de l'entourage combine le plus souvent une aide aux tâches de la vie quotidienne et un soutien moral. L'aide à la vie quotidienne apportée par les professionnels se concentre sur les soins personnels et les tâches ménagères. Celle de l'entourage est plus diversifiée et concerne l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Un tiers des personnes âgées aidées régulièrement pour des raisons de santé ou de handicap déclarent ne pas recevoir toute l'aide dont elles auraient besoin dans leur vie quotidienne.

Soutien à domicile Home care

49025

FASCICULE

SOULIER (N.), WEBER (A.)

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

L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/08 : n° 771 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er771.pdf>

D'après l'enquête Handicap-Santé, 3,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile en 2008 sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap dans les tâches de la vie quotidienne,

Inégalités de santé/Health inequalities

Effets contextuels Contextual effects

ZHANG (X.), COOK (P.A.), JARMAN (I.), LISBOA (P).

Area effects on health inequalities: the impact of neighbouring deprivation on mortality.

Les effets des zones sur les inégalités de santé : l'impact de la défavorisation de voisinage sur la mortalité.

HEALTH & PLACE
2011 : vol. 17 : n° 6 : 1266-1273.
Cote Irdes : P118

The exact nature of the association between the context of the local area and local health outcomes is unknown. We investigated whether areas geographically close but divergent in terms of deprivation have greater inequality in health than those where deprivation is similar across neighbouring localities. In order to disaggregate the strong correlation between the deprivation of a target area and that of its surrounding areas, we used principal component analysis to create a measure of relative deprivation. Both deprivation ($ss=0.183$, $p<0.001$) and relative deprivation were positively associated with mortality ($ss=0.099$, $p<0.001$), and the effect of relative deprivation was shown to be most pronounced in more affluent segments of the population.

KIM (D.), BAUM (C.F.), GANZ (M.L.), SUBRAMANIAN (S.V.), KAWACHI (I.)

The contextual effects of social capital on health: a cross-national instrumental variable analysis.

Les effets contextuels du capital social sur la santé : une analyse internationale basée sur des variables instrumentales.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2011 : vol. 73 : n° 12 : 1689-1697.
Cote Irdes : P103

Past research on the associations between area-level/contextual social capital and health has produced conflicting evidence. However, interpreting this rapidly growing literature is difficult because estimates using conventional regression are prone to major sources of bias including residual confounding and reverse causation. Instrumental variable (IV) analysis can reduce such bias. Using data on up to 167,344 adults in 64 nations in the European and World Values Surveys and applying IV and ordinary least squares (OLS) regression, we estimated the contextual effects of country-level social trust on individual self-rated health. We further explored whether these associations varied by gender and individual levels of trust. Using OLS regression, we found higher average country-level trust to be associated with better self-rated health in both women and men. Instrumental variable analysis yielded qualitatively similar results, although the estimates were more than double in size in both sexes when country population density and corruption were used as instruments. The estimated health effects of raising the percentage of a country's population that trusts others by 10 percentage points were at least as large as the estimated health effects of an individual developing trust in others. These findings were robust to alternative model specifications and instruments. Conventional regression and to a lesser extent IV analysis suggested that these associations are more salient in women and in women reporting social trust. In a large cross-national study, our findings, including those using instrumental variables, support the presence of beneficial effects of higher country-level trust on self-rated health. Previous findings for contextual social capital using traditional regression may have underestimated the true associations. Given the close linkages between self-rated health and all-cause mortality, the public health gains from

raising social capital within and across countries may be large.

ARTICLE, INTERNET

LUDWIG (J.), SANBONMATSU (S.), GENNETIAN (L.), et al.

Neighborhoods, Obesity, and Diabetes – A Randomized Social Experiment.

Environnements de vie, obésité et diabète : une expérience sociale randomisée.

NEW-ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE) 2011/10 ; vol. 365 : n° 16 : Pages : 1509-1519, tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1103216>

The question of whether neighborhood environment contributes directly to the development of obesity and diabetes remains unresolved. The study reported on here uses data from a social experiment to assess the association of randomly assigned variation in neighborhood conditions with obesity and diabetes.

Enfants
Children

48999

ARTICLE

DE SAINT POL (T.)

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

Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/09/06 ; n° 31 : Pages : 333-338

Cote Irdes : C, P140

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-31-2011>

Objectifs - Cette étude vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de vie des enfants. Les données analysées proviennent de l'enquête santé menée auprès de plus de 23 000 enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2005-2006. Les résultats montrent que les académies au sein desquelles la surcharge pondérale et l'obésité, ou encore les problèmes dentaires sont les plus importants, sont aussi celles où les enfants consomment des boissons sucrées tous les jours ou passent beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo. Les disparités de santé entre académies touchent des aspects aussi différents que l'asthme, plus répandu à l'Ouest de la France, ou les problèmes de vision. Conclusion - Les résultats de cette étude soulignent le lien étroit entre état de santé et comportements des élèves, et c'est dans les académies où la santé des enfants est la meilleure que leurs modes de vie (alimentation, activité physique...) le sont aussi.

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

48929

ARTICLE, INTERNET

KELLY-IRVING (M.), DELPIERRE (C.), SCHIEBER (A.C.), AFRITE (A.), LEPAGE (B.), CASES (C.) et al.

Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education?

Les médecins généralistes surestiment-ils la santé de leurs patients ayant une faible niveau d'instruction.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2011/11 ; vol. 73 : n° 9 : Pages : 1416 - 1421

Cote Irdes : En ligne

This study sought to ascertain whether disagreement between patients and physicians

on the patients' health status varies according to patients' education level. INTERMEDE is a cross-sectional multicentre study. Data were collected from both patients and doctors via pre- and post consultation questionnaires at the GP's office over a two-week period in October 2007 in 3 regions of France. The sample consists of 585 eligible patients (61% women) and 27 GPs. A significant association between agreement/disagreement between GP and patient on the patient's health status and patient's education level was observed: 75% of patients with a high education level agreed with their GP compared to 50% of patients with a low level of education. Patients and GPs disagreed where patients with the lowest education level said that their health was worse relative to their doctor's evaluation 37% of the time, versus 16% and 14% for those with a medium or high education level respectively. A multilevel multivariate analysis revealed that patients with a low educational level and medium educational level respectively were at higher risk of being overestimated by GP's in respect of self-reported health even if controlling for confounders. These findings suggest that people with a lower education level who consider themselves to have poor health are less reliably identified as such in the primary care system. This could potentially result in lack of advice and treatment for these patients and ultimately the maintenance of health inequalities.

48795
ARTICLE

ROYER (B.), GUSTO (G.), VOL (S.), et al.

Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2010/10-12 ; n° 4 : Pages : 313-321
Cote Irdes : C, P25
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_s/POS1004_Precarite_sante_percue_et_trouble_anxiodepressif.pdf

L'association entre situations de précarité et dégradation de l'état de santé est largement

admise et des liens ont été décrits pour la morbi-mortalité ou les comportements à risque. Dans ce contexte, cette étude visait à rechercher un lien entre les situations de précarité, la qualité de vie ressentie et l'existence de troubles anxiodépressifs.

48736

ARTICLE, INTERNET
WARIN (P.)

Observatoire des Inégalités. Paris. FRA

Non-recours aux droits et inégalités sociales.

OBSERVATOIRE DES INEGALITES :
CHRONIQUE
2011/09/29 ; Pages : 1
Cote Irdes : En ligne
http://www.inegalites.fr/spip.php?page=imprimer&id_article=1496

Le non-recours, le fait de ne pas bénéficier d'un droit ou service social alors qu'on en a la possibilité, est lié en partie aux inégalités sociales. Cet article rapporte les explications de Philippe Warin, responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services. Il est accompagné d'un autre article publié sur le site de l'Observatoire des inégalités : le non-recours aux droits en France.

48666
ARTICLE

MOQUET (M.J.) / coord., POTVIN (L.) / coord.

Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention.

SANTE DE L'HOMME (LA)
2011/07-08 ; n° 414 : Pages : 7-43, tabl., fig.
Cote Irdes : c, P61
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

La question des inégalités sociales de santé est un enjeu central de la santé publique. Sa prise en compte en France est inscrite dans les missions des agences régionales de santé (Ars) et est au cœur du deuxième plan cancer. Ce dossier traduit la volonté de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) de poursuivre son implication dans le

transfert des connaissances sur le sujet et dans son rôle de lobbying pour la prise en compte de cette question dans les politiques et dans les pratiques.

48662
ARTICLE

TUPPIN (P.), DROUIN (J.), MAZZA (M.), RICORDEAU (P.), WEILL (A.), HUBER (A.) et al.

Hospitalization admission rates for low-income subjects with full health insurance coverage in France.

Taux d'hospitalisation des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMUC).

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10 ; vol. 21 : n° 5 : Pages : 560-566, tabl.
Cote Irdes : P167

Complementary Universal Health insurance (CMUC) providing free access to health care has been available in France, since 2000 for people with an annual income <50% of the poverty threshold. Data were derived from the French national health insurance reimbursements and short-stay admissions database for 2007 (80% of subjects under the age of 60 years in France, including 4.8 million CMUC beneficiaries). Rate ratios were calculated by dividing the rate of CMUC beneficiaries by that of other beneficiaries standardized for the sex and age distribution of CMUC beneficiaries. Results: The hospitalization rate of CMUC beneficiaries was 17.2% and the standardized rate for non-CMUC beneficiaries was 13.2% (ratio: 1.3). It was equally raised regardless of gender and age of CMUC beneficiaries. The hospital mortality rate was 0.61% for CMUC beneficiaries and the adjusted rate for non-CMUC beneficiaries was 0.35% (1.8). The hospitalization ratio for CMUC beneficiaries was >1 for all of the 22 major diagnostic categories, including psychiatry, toxicology and alcohol (3.7), HIV (3.3), infectious diseases other than HIV (1.9), burns (2.6), trauma (1.7) and female genital tract tumours (1.6) but not breast tumours (0.8). Hospitalizations for investigations such as endoscopies were also more frequent, as

well as stays of <48 h for radiotherapy (1.6), chemotherapy (1.5) and dialysis (2.2). Conclusions: In this low-income population with free access to health care, hospitalization and hospital mortality rates were higher for many diseases that are known targets for prevention and screening actions.

48660
ARTICLE

CAMBOIS (E.), JUSOT (F.)

Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France.

Contribution des expériences négatives vécues au cours de la vie aux inégalités sociales de santé : résultats d'une enquête sur la population en France.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2011/10 ; vol. 21 : n° 5 : Pages : 667-673, tabl.
Cote Irdes : P167

Recent research shows that adverse experiences, such as economic hardships or exclusion, contribute to deterioration of health status. However, individuals currently experiencing adverse experiences are excluded from conventional health surveys, which, in addition, often focus on current social situation but rarely address past adverse experiences. This research explores the role of such experiences on health and related social inequalities based on a new set of ad hoc questions included in a regular health survey. In 2004, the National Health, Health Care and Insurance Survey included three questions on lifelong adverse experiences (LAE): financial difficulties, housing difficulties due to financial hardship, isolation. Logistic regressions were used to analyse associations between LAE, current socio-economic status (SES) (education, occupation, income) and health status (self-perceived health, activity limitation, chronic morbidity), on a sample of 4308 men and women aged =35 years. LAE were reported by 20% of the sample. They were more frequent in low SES groups but concerned >10% of the highest income group. LAE increased the risk of poor self-perceived

health, diseases and activity limitations, even after controlling for current SES [odds ratio (OR) > 2]. LAE experienced only during childhood are also linked to health. LAE account for up to 32% of the OR of activity limitations associated with the lowest quintile among women and 26% among men. LAE contribute to the social health gradient and explain variability within social groups. It is useful to take lifetime social factors.

48545

FASCICULE

BLANPAIN (N.)

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

L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent.

INSEE PREMIERE

2011/10 ; n° 1372 : Pages : 4p., tabl., graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf>

En un quart de siècle, les hommes de 35 ans ont gagné cinq années d'espérance de vie et les femmes quatre années et demie. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès, même si les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. Les hommes cadres vivent en moyenne 6,3 ans de plus que les hommes ouvriers, dans les conditions de mortalité de 2000-2008. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3,0 ans séparent les cadres et les ouvrières. Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Même l'espérance de vie des ouvrières est supérieure d'un an et demi à celle des hommes cadres.

48257

FASCICULE, INTERNET

HARRISON MCDAVID (K.) / éd., DEAN (H.D.) / éd.

Data Systems and Social Determinants of Health.

Systèmes de données et déterminants sociaux de santé.

PUBLIC HEALTH REPORTS

2011 ; vol. 126 : n° 3 : Pages : 145p.

Cote Irdes : en ligne

<http://bit.ly/qyxHXD>

This special supplement to Public Health Reports focuses on data systems and their use in addressing social determinants of health (SDH)—the underlying economic and social conditions that influence the health of individuals and communities as a whole. This supplement brings attention to the increasing burden and inequities in some health outcomes, as well as the use of data to expand the knowledge base on SDH. In his special commentary: The Ultimate Measures of Health, Assistant Secretary for Health Dr. Howard K. Koh discusses the need for a broad health in all policies approach to public health for the 21st century. Similarly, in their guest editorial, Drs. Kathleen McDavid Harrison and Hazel D. Dean of the United States Centers for Disease Control and Prevention describe the need for a holistic approach to disease prevention that involves addressing not only individual, social, structural, and environmental determinants, but also working with a wide array of government and private sector organizations, including health, education, justice, environment, and labor. In turn, this holistic approach requires using diverse kinds of data such as surveillance, legal, land use, marketing, workforce, education, and financial. Several articles within the supplement describe novel ways to use surveillance data from both national and state-level data collection systems, while others demonstrate innovative ways of linking labor, housing, and policy data with public health data to assess health outcomes. Additionally, experts provide specific viewpoints on gender equity as a social determinant, the use of public health law research to address SDH, and psychosocial factors affecting health.

VAN DER (K.A.), DAHL (E.), THIELEN (K.).

***Social inequalities in 'sickness':
European welfare states and
non-employment among the
chronically ill.***

*Inégalités sociales des arrêts maladie : les
Etats providence européens et le chômage
chez les personnes souffrant de maladies
chroniques.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 73 : n° 11 : 1608-1617.
Cote Irdes : P103

The aim of this paper is to examine educational inequalities in the risk of non-employment among people with illnesses and how they vary between European countries with different welfare state characteristics. In doing so, the paper adds to the growing literature on welfare states and social inequalities in health by studying the often overlooked 'sickness'-dimension of health, namely employment behaviour among people with illnesses. It uses European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) data from 2005 covering 26 European countries linked to country characteristics derived from Eurostat and OECD that include spending on active labour market policies, benefit generosity, income inequality, and employment protection. Using multilevel techniques we find that comprehensive welfare states have lower absolute and relative social inequalities in sickness, as well as more favourable general rates of non-employment. Hence, regarding sickness, welfare resources appear to trump welfare disincentives.

The persistence of socioeconomic inequalities in health is a major policy concern in England, which was addressed by the new labour government in 1997 which prioritised curtailing health inequalities as a policy goal. This paper addresses two related questions: first, it empirically examines the dynamic patterns of socioeconomic inequalities in health in England from 1997 to 2007 by estimating concentration indices over three measures of health, namely self-reported health, long standing illness and health limitations, calculated across different years of the Health Survey for England. Second, using regression based decomposition analysis, we explore whether specifically prioritised areas (spearhead local authority areas in the bottom fifth nationally on health indicators) exhibit a different pattern of inequality in the years following a (2005) targeted intervention. Results suggest that patterns of health inequalities in England exhibit no significant variation from 1997 to 2007, although importantly, some reduction on inequalities in health, measured through self-assessed health, is found. Patterns of socioeconomic inequalities in health in spearhead areas are not found to be significantly different than health inequalities in non-spearhead areas.

COSTA (F.J.), HERNANDEZ-QUEVEDO (C.),
Mc GUIRE (A.)

***Persistence despite action?
Measuring the patterns of health
inequality in England (1997-2007).***

*Persistence malgré l'action ? Mesurer les
modèles d'inégalité de santé en Angleterre
(1997-2007).*

HEALTH POLICY
2011 : vol. 103 : n° 2-3 : 149-159.
Cote Irdes : P92

STORM (I.), AARTS (M.J.), HARTING (J.),
SCHUIT (A.J.).

Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level.

Opportunités pour réduire les inégalités de santé par le programme « La santé dans toutes les politiques » aux Pays-Bas : une étude exploratoire au niveau national.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 103 : n° 2-3 : 130-140.
Cote Irdes : P92

OBJECTIVES: In the last few years the Dutch ministry of Health has been searching for a renewed Health in All Policies (HiAP) strategy. This study analyses the Dutch practices and explores opportunities to reduce health inequalities by HiAP. METHODS: A qualitative screening on the Dutch national budget was performed to explore ongoing policy resolutions of ministries inside and outside the public health domain. Additionally, semi-structured (group) interviews were conducted with 19 policy officers of seven ministries to identify critical factors for intersectoral collaboration. RESULTS: Using the Dutch model on health inequalities 38 policy resolutions were selected: 15 on improving the socioeconomic position of people; four on improving participation of people with health problems; 19 on improving living and working conditions and lifestyle; and four on accessibility and quality of care. To improve intersectoral collaboration, policy officers suggested to strengthen existing links between the ministries, create common interest of objectives as well as visible results, approach this theme in a coordinated way, and to achieve broad political agreement. CONCLUSIONS: The main challenges for a formal HiAP strategy are to (a) cover the determinants of health inequalities in a balanced way linked to concrete objectives and visible results, (b) enhance high level agreement and coordinated mechanisms from the government in general and the ministry of Health in particular.

Migrants
Migrants

HAMILTON (T.G.), HUMMER (R.A.)

Immigration and the health of U.S. black adults: does country of origin matter?

Immigration et santé des adultes de race noire aux Etats-Unis : le pays d'origine a-t-il son importance ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 73 : n° 10 : 1551-1560.
Cote Irdes : P103

Previous work suggests that regional variation in pre-migration exposure to racism and discrimination, measured by a region's racial composition, predicts differences in individual-level health among black immigrants to the United States. We exploit data on both region and country of birth for black immigrants in the United States and methodology that allows for the identification of arrival cohorts to test whether there are sending country differences in the health of black adults in the United States that support this proposition. While testing this hypothesis, we also document heterogeneity in health across arrival cohorts and by duration of U.S. residence among black immigrants. Using data on working-age immigrant and U.S.-born blacks taken from the 1996-2010 waves of the March Current Population Survey, we show that relative to U.S.-born black adults, black immigrants report significantly lower odds of fair/poor health. After controlling for relevant social and demographic characteristics, immigrants' cohort of arrival, and immigrants' duration in the United States, our models show only modest differences in health between African immigrants and black immigrants who migrate from the other major sending countries or regions. Results also show that African immigrants maintain their health advantage over U.S.-born black adults after more than 20 years in the United States. In contrast, black immigrants from the Caribbean who have been in the United States for more than 20 years appear to experience some

downward health assimilation. In conclusion, after accounting for relevant factors, we find that there are only modest differences in black immigrant health across countries of origin. Black immigrants appear to be very highly selected in terms of good health, although there are some indications of negative health assimilation for black immigrants from the Caribbean.

Recours aux soins Health services utilisation

49127

ARTICLE

STIRBU (I.), KUNST (A.E.), MIELCK (A.)

Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries.

Inégalités dans le recours au médecin généraliste et aux services spécialisés dans 9 pays européens.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2011/11 ; vol. 11 : n° 288 : Pages : 8p., fig., tabl.
Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-288.pdf>

Background: The aim of this study is to describe the magnitude of educational inequalities in utilisation of general practitioner (GP) and specialist services in 9 European countries. In addition to West European countries, we have included 3 Eastern European countries: Hungary, Estonia and Latvia. To cover the gap in knowledge we pay a special attention to the magnitude of inequalities among patients with chronic conditions. Methods: Data on the use of GP and specialist services were derived from national health surveys of Belgium, Estonia, France, Germany, Hungary, Ireland, Latvia, the Netherlands and Norway. For each country and education level we calculated the absolute prevalence and relative inequalities in utilisation of GP and specialist services. In

order to account for the need for care, the results were adjusted by the measure of self-assessed health. Results: People with lower education used GP services equally often in most countries (except Belgium and Germany) compared with those with a higher level of education. At the same time people with a higher education used specialist care services significantly more often in all countries, except in the Netherlands. The general pattern of educational inequalities in utilisation of specialist care was similar for both men and women. Inequalities in utilisation of specialist care were equally large in Eastern European and in Western European countries, except for Latvia where the inequalities were somewhat larger. Similarly, large inequalities were found in the utilisation of specialist care among patients with chronic diseases, diabetes, and hypertension. Conclusions: We found large inequalities in the utilisation of specialist care. These inequalities were not compensated by utilisation of GP services. Of particular concern is the presence of inequalities among patients with a high need for specialist care, such as those with chronic diseases.

Renoncement aux soins Unmet needs

48655

ARTICLE, INTERNET

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

Arguments Socio-Economiques pour la Santé.
(A.R.G.S.E.S.). Paris. FRA

Le renoncement aux soins médicaux est-il un concept scientifique ? philosophique ? sociologique ? psychologique ?

BIBLIOGRAPHIE ARGSES
2011/08 ; n° 48 : Pages : 1-4
Cote Irdes : En ligne
<http://argses.free.fr/textes/renoncementdefinition.pdf>

Avec le développement des études et recherches sur le renoncement aux soins

médicaux, il a semblé utile de rechercher si ce concept pouvait se rattacher à des notions **utilisées dans d'autres sciences sociales**. Après avoir précisé la définition de renoncement et de concept scientifique, cet article étend l'exploration aux domaines philosophique, sociologique et psychologique.

48446

ARTICLE, INTERNET
DOURGNON (P.), DESPRES (C.),
FANTIN (R.), JUSOT (F.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la
Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des
Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Dépense de santé et accès financier
aux services de santé : une étude du
renoncement aux soins.***

Comptes nationaux de la santé 2010.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE
TRAVAIL - DREES
2011/09 ; n° 161 : Pages : 85-96, tabl., graph., fig.
Cote Irdes : R1847
<http://www.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2010.9442.html>

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, et dans une moindre mesure **l'optique et les consultations de médecin**. À partir de l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes, qui mesure les déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières, et recueille aussi des informations **socioéconomiques, sur l'état de santé et la consommation de soins**, cette étude analyse les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

Géographie de santé/Geography of health

Accès aux soins Healthcare accessibility

48931

ARTICLE, INTERNET
CHARREIRE (H.), COMBIER (E.)

Poor prenatal care in an urban area: A geographic analysis.

*Accès insuffisant aux services de
périnatalogie en milieu urbain : une
analyse géographique.*

HEALTH & PLACE
2009 ; vol. 15 : Pages : 412–419, 4 fig.
Cote Irdes : En ligne

Poor prenatal care increases the risk of having a premature or low-birth-weight infant. Rates of poor prenatal care vary spatially, influenced **not only by individual mothers' characteristics** but also by social neighborhood context and proximity to healthcare services. The aim of this article is to identify and map the spatial patterns of prenatal care and to analyze the spatial and social origins of such inequalities. Its study concerns 30,338 individuals who received antenatal care in a highly urbanized French district: Seine-Saint-Denis. The geographical distribution of poor prenatal care is revealed by exploratory spatial data analysis tools. This spatial clustering is related to the contextual characteristics of neighborhoods (deprivation index). For this purpose a geographic information system is used, in conjunction with a field survey. The analyses and the survey reveal local particularities that hinder the take-up of healthcare services by pregnant women.

48399

ARTICLE

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)
Arguments Socio-Economiques pour la Santé.
(A.R.G.S.E.S.). Paris. FRA

La densité répartie : Une aide à la décision dans l'implantation et la taille des équipements médicaux.

POUVOIRS LOCAUX : LES CAHIERS DE LA
DECENTRALISATION
2011/09 ; vol. : n° 90/III : Pages : 59-65., tabl.,
graph.
Cote Irdes : B7078

Comment se mesurent l'accessibilité aux établissements de santé et la desserte d'une population ? Les études géographiques **d'accessibilité aux équipements** collectifs font appel à deux notions complémentaires : la densité et la distance. Chacune présente des **lacunes et leur utilisation conjointe n'est pas simple**. À partir de ces deux notions les auteurs **proposent un outil d'aide à la décision sous forme d'un indicateur unique de mesure de l'accessibilité**. **En répartissant** virtuellement les lits des hôpitaux aux communes selon **l'attraction qu'ils y exercent et la taille de leur population**, la densité répartie est le rapport du nombre de ces lits virtuels au nombre **d'habitants des communes**. **Cet indicateur ne souffre pas des inconvénients de la densité** : « avec la densité répartie, on affecte les lits aux communes, non plus seulement selon le nombre de leurs habitants comme dans le cas de la densité habituelle, mais en pondérant ce **nombre selon la courbe d'attraction, décroissante avec la distance** ». L'outil présenté sur les densités hospitalières et les distances aux hôpitaux pourrait être utilisé **pour d'autres types d'équipements recevant du public** : services de maternité, de cardiologie, de long séjour, scanners, maisons médicalisées, cabinets de médecins, centres sociaux, piscines, commerces, etc.

48159

ARTICLE, INTERNET
COMBER (A.J.), BRUNSDON (C.),
RADBURN (R.)

A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions.

Analyse spatiale des variations d'accessibilité aux soins : relier les perceptions de la géographie, des statuts socio-économique et de l'accès aux soins.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
GEOGRAPHICS

2011/07/25; vol. 10 : n° 44 : Pages :
Cote Irdes : En ligne

This paper analyses the relationship between public perceptions of access to general practitioners (GPs) surgeries and hospitals against health status, car ownership and geographic distance. In so doing it explores the different dimensions associated with facility access and accessibility. Data on difficulties experienced in accessing health services, respondent health status and car ownership were collected through an attitudes survey. Road distances to the nearest service were calculated for each respondent using a GIS. Difficulty was related to geographic distance, health status and car ownership using logistic generalized linear models. A Geographically Weighted Regression (GWR) was used to explore the spatial non-stationarity in the results. Respondent long term illness, reported bad health and non-car ownership were found to be significant predictors of difficulty in accessing GPs and hospitals. Geographic distance was not a significant predictor of difficulty in accessing hospitals but was for GPs. GWR identified the spatial (local) variation in these global relationships indicating locations where the predictive strength of the independent variables was higher or lower than the global trend. The impacts of bad health and non-car ownership on the difficulties experienced in accessing health services varied spatially across the study area, whilst the impacts of geographic distance did not. Difficulty in accessing different health facilities was found to be significantly related

to health status and car ownership, whilst the impact of geographic distance depends on the service in question. GWR showed how these relationships were varied across the study area. This study demonstrates that the notion of access is a multi-dimensional concept, whose composition varies with location, according to the facility being considered and the health and socio-economic status of the individual concerned.

Franche-Comté
Franche-Comte

48360

ARTICLE

BRECHAT (P.H.), MAGNIN-FEYSOT (C.),
JEUNET (O.), ATTARD (A.), DUHAMEL (G.),
TABUTEAU (D.)

Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple franc-comtois.

SANTE PUBLIQUE

2011/05-06 ; vol. 23 : n° 3 : Pages : 169-182, tabl.,
ann.

Cote Irdes : C, P143

Comment des associations d'usagers peuvent-elles favoriser l'intervention des citoyens dans le débat sur l'établissement des priorités de santé dans une région et ses territoires de santé? Une étude a été réalisée par des représentants d'associations, avec l'aide d'une équipe de chercheurs et d'universitaires, à partir d'un questionnaire proposant 42 priorités plus une 43^e en réponse ouverte, publié entre les 12 et 18 avril 2010 par 14 supports de presses locales et régionales de la région Franche-Comté. Il y a eu 962 réponses dont 928 étaient exploitables pour la Franche-Comté. Les 5 priorités pour la région, privilégiées par les réponses, sont par ordre décroissant : disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, disposer d'une eau de qualité et développer le dépistage et le contrôle du cancer. L'approche par territoire de santé vient

conforter celle constatée pour la région tout en faisant ressortir l'accès à l'éducation. De telles enquêtes publiques peuvent constituer une procédure utile pour permettre aux agences régionales de santé comme aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie d'identifier ou de valider des priorités régionales et territoriales complémentaires aux priorités nationales, afin notamment de réduire les inégalités de santé de la région et de ses territoires.

temps d'accès sont globalement limités, ils varient cependant sensiblement selon les communes de résidence des patients et les types de soins fournis. Cette étude développe **deux axes nouveaux. À partir d'une analyse des flux intercommunaux**, sont dessinées les aires **d'influence des centres hospitaliers** et précisés **les temps d'accès aux services hospitaliers** selon certaines caractéristiques des communes de résidence, des établissements et du type de soins hospitaliers fournis.

Mobilité géographique *Geographic mobility*

48450

ARTICLE, INTERNET
TALLET (F.)

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

Mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ?

Comptes nationaux de la santé 2010.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/09 ; n° 161 : Pages : 121-153, tabl., graph., fig.
Cote Irdes : C, En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-mobilite.pdf

L'intérêt de l'analyse territoriale du système de santé s'accroît depuis plusieurs années et notamment depuis l'adoption en 2009 de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST). La recherche à un niveau décentralisé de la meilleure adéquation de l'offre aux besoins de santé nécessite de renforcer l'information géographique disponible. Plus concentrée que celle de soins de ville, l'offre hospitalière de court séjour (concernant les soins de médecine, chirurgie et obstétrique) est regroupée dans certains pôles et les patients se déplacent pour accéder aux établissements fournisseurs de soins. Plusieurs études ont montré que si les

Territoires de santé *Health areas*

49272

FASCICULE

LUCAS-GABRIELLI (V.), COLDEFY (M.),
VAILLANT (Z.), RICAN (S.), SALEM (G.) et al.

Territoires et santé. La nouvelle donne.

CONTACT SANTE

2011/09 ; hors série : n° 4 : Pages : 54p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : R1852, B7091

<http://www.elsevirevue.fr/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/PARUTION-Sommaire-Territoires.pdf>

Ce numéro spécial aborde la santé sous l'angle territorial. Après une définition et un historique de la territorialité, les thèmes traités sont les suivants : le territoire comme élément structurant de l'organisation des services de santé, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires deux ans après, les instruments de la politique régionale de santé, la démographie médicale, les maisons et réseaux de santé...

48751

ARTICLE

TONNELIER (F.)

Arguments Socio-Economiques pour la Santé.
(A.R.G.S.E.S.). Paris. FRA

Limites ou frontières des territoires de santé : liberté, égalité, proximité ?

POUVOIRS LOCAUX : LES CAHIERS DE LA
DECENTRALISATION

2011/09 ; n° 90/III : Pages : 91-94., carte

Cote Irdes : B7078

La prise en compte du territoire ou la régionalisation des politiques de santé est assez récente en France, mais les inégalités géographiques de répartition des médecins étaient bien connues et bien documentées à la fin du XIXe siècle. Le débat n'est donc pas nouveau pour la démographie médicale, alors que la prise de conscience des inégalités d'espérance de vie, donc de santé entre départements est beaucoup plus récente (vers 1960). Mais les territoires de santé ne seront pas la panacée qui réglera tous les problèmes de l'accès aux soins. Il apparaît des limites qui ne sont pas seulement territoriales, comme l'inégale répartition des professionnels ou l'accès géographique, mais l'accès financier (Résumé d'auteur).

48749

ARTICLE

TERRASSE (P.), BONNICI (B.), BURDILLAT (M.), MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.), TONNELIER (F.) et al.

Santé, environnement et territoires : dossier.

POUVOIRS LOCAUX : LES CAHIERS DE LA
DECENTRALISATION

2011/09 ; n° 90 : Pages : 43-101

Cote Irdes : B7078

Ce dossier rassemble une série d'articles sur le thème : Santé, environnement et territoires, un triptyque pour mieux penser l'avenir du système de santé français. Parmi les thématiques abordés, on peut citer : le territoire de santé comme réponse loco-régionale aux besoins sanitaires de la population, la démographie médicale et l'accès aux soins dans les territoires avec les enjeux de la désertification médicale et de la proximité

des soins, la densité repartie, outil d'aide à la décision dans l'implantation et la taille des équipements médicaux, l'administration de la santé en fusion avec la difficile naissance des agences régionales sanitaires (Ars)...

48425

ARTICLE

VANIER (M.), LORENS (P.J.)

Vers de nouvelles régulations interterritoriales.

FUTURIBLES

2011/09 ; n° 377 : Pages : 5-18

Cote Irdes : P166

En 2010, le Parlement a voté, en France, une enième réforme des collectivités territoriales, dont la mise en œuvre doit s'échelonner jusqu'en 2014. Compte tenu du délai de cette mise en œuvre, il n'est pas possible de juger concrètement de ses effets, mais il semble peu probable qu'elle débouche sur une réelle simplification de l'organisation territoriale de la France. Cet article invite à une réflexion prospective sur le sujet, à partir de ce que les auteurs nomment : l'hypothèse interterritoriale, qui consiste à réfléchir non pas en termes d'échelons institutionnels et décisionnels ou de champ de compétences, mais en termes de liens d'action susceptibles de s'établir entre tous les niveaux de collectivité et de compétence existants. Les auteurs présentent donc ici les quatre scénarios issus de cette prospective territoriale : les métropoles, les régions, l'interterritorialité à basse intensité et les réseaux, maîtres des territoires.

Zones urbaines
Urban areas

48713

FASCICULE

FLOCH (J.M.), LEVY (D.)
Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

***Le nouveau zonage en aires
urbaines de 2010 : poursuite de la
périurbanisation et croissance des
grandes aires urbaines.***

INSEE PREMIERE

2011/10 ; n° 1375 : Pages : 4p., tabl., carte
Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=i
p1375®_id=0](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=i
p1375®_id=0)
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1375/ip1375.pdf>

En métropole, entre 1999 et 2008, la périurbanisation se poursuit. Les emplois se concentrent davantage dans les grands pôles urbains, alors que de nombreux ménages font le choix de s'en éloigner. Résultat de ces deux effets conjugués, un grand nombre de communes entrent dans l'espace d'influence des grandes aires urbaines. La croissance des grands pôles urbains est forte, mais celle de leurs couronnes est encore plus marquée. Les grands pôles urbains et l'espace périurbain couvrent en 2008 la moitié du territoire et rassemblent plus de 80 % de la population et des emplois. La plupart des grandes aires continuent de s'étendre, certaines très fortement, comme Lyon, Avignon ou Saint-Étienne. D'autres, comme Lille, conservent leur périmètre de 1999. L'extension territoriale s'accompagne souvent d'une densification de la population sur certaines parties du territoire. La combinaison et l'intensité de ces deux mouvements (extension territoriale et densification) permet de distinguer plusieurs types de croissance des grandes aires urbaines.

48712

FASCICULE

BRUTEL (C.), LEVY (D.)
Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

***Le nouveau zonage en aires urbaines
de 2010 : 95 % de la population vit
sous l'influence des villes.***

INSEE PREMIERE

2011/10 ; n° 1374 : Pages : 4p., tabl., carte
Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=i
p1374®_id=0](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=i
p1374®_id=0)
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1374/ip1374.pdf>

61 millions de personnes, soit 95 % de la population, vivent sous l'influence de la ville. Pour l'essentiel, il s'agit de personnes résidant dans des aires, zones d'échanges intensifs entre les lieux de domicile et de travail. Les aires sont composées d'un pôle, ville concentrant au moins 1 500 emplois, et le plus souvent d'une couronne. Ces aires structurent le territoire français et englobent la moitié des communes : 85 % de la population y réside. 60 % de la population, soit 37,8 millions d'habitants, réside au sein même des pôles des grandes aires urbaines. Ces grands pôles constituent le cœur de l'urbain, avec plus de 800 habitants par km², soit huit fois plus que la moyenne nationale. En dehors des aires, 11 000 communes sont multi-polarisées, sous l'influence de plusieurs aires sans qu'aucune ne prédomine : 10 % de la population y réside. Signe des nombreuses interactions entre villes et campagnes, les trois quarts des communes rurales sont sous influence des villes, dans lesquelles réside un habitant sur cinq. Hors influence des villes, on trouve 5 % de la population dans 7 400 communes rurales ou petites villes.

48249

FASCICULE

CLANCHE (F.), RASCOL (O.)

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

***Le découpage en unités urbaines de
2010 : l'espace urbain augmente de
19 % en une décennie.***

INSEE PREMIERE

2011/08 ; n° 1364 ; Pages : 1-4, tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1364/ip1364.pdf>

En 10 ans, la superficie de l'espace urbain en métropole progresse de 19 %. Les villes occupent désormais 22 % du territoire et abritent 47,9 millions d'habitants, soit 77,5 % de la population. De nouvelles petites unités urbaines sont apparues, et le périmètre de certaines grandes unités urbaines s'est agrandi. 10,3 millions de personnes habitent dans l'agglomération parisienne et plus de 1,5 million dans celles de Marseille et de Lyon. L'urbanisation progresse surtout le long des littoraux atlantique et méditerranéen, mais aussi dans les régions alpines. C'est à la campagne que la croissance démographique est la plus importante. Elle est aussi plus forte dans les petites unités urbaines que dans les grandes (Résumé d'auteur).

Soins de santé primaires/Primary health care

Choix des patients

Patient choice

GLENGARD (A.), BECKMAN (A.)

Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties.

Choix du fournisseur de soins de santé primaires : résultats d'une enquête réalisée en population dans trois comtés suédois.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 103 : n° 1 : 31-37.
Cote Irdes : P92

Recent reforms in Swedish primary care have involved choice of provider for the population combined with freedom of establishment and privatisation of providers. This study focus to what extent individuals feel they have exercised a choice of provider, why they exercise choice and where they search for information, based on a population survey in three Swedish counties. The design of the study enabled for studying behaviour with respect to differences in time since introduction of the reform and differences in number of alternative providers and establishments of new providers in connection with the reform. About 60% of the population in the three counties felt that they had made a choice of provider in connection with or after the introduction of a reform focusing on choice and privatisation. Establishments of new providers and having enough information increased the likelihood whereas preferences for direct access to a specialist decreased the likelihood of making a choice. The data further suggests that individuals were rather passive in their search for information and tended to choose providers that they previously had been in contact with. This is in line with results from previous studies and poses challenges for county councils governance of reforms.

IVERSEN (T.), LURAS (H.)

Patient switching in general practice.

Le nomadisme des patients en médecine générale.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2011 : vol. 30 : n° 5 : 894-903.
Cote Irdes : P79

Patients switching physicians involves costs to the patients because of less continuity of care. From a theoretical model we derive that inferior physician quality as perceived by patients, implies patient shortage for the physician and more patients switching physicians. By means of a unique panel data set covering the entire population of Norwegian general practitioners (GPs) and estimation methods that adjust for potential endogeneities, we find that the occurrence of patient shortage increases the proportion of patients switching physicians by 50%. A competing hypothesis that GPs with a shortage of patients experience less switching because of superior access is rejected by data. To assist patients in making informed decisions, we suggest that the number of switches a physician experiences should be made public.

Conditions de travail

Occupational factors

HORNER (R.D.), SZAFIARSKI (J.P.), YING (J.), MEGANATHAN (K.), MATTHEWS (G.), SCHROER (B.), WEBER (D.), RAPHAELSON (M.)

Physician work intensity among medical specialties: emerging evidence on its magnitude and composition.

L'intensité du travail fourni par le médecin parmi les spécialités médicales : nouvelles

preuves sur son ampleur et sur sa composition.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 11 : 1007-1011.
Cote Irdes : P45

BACKGROUND: Similarities and differences in physician work intensity among specialties are poorly understood but have implications for quality of care, patient safety, practice organization and management, and payment. OBJECTIVE: To determine the magnitude and important dimensions of physician work intensity for 4 specialties. RESEARCH DESIGN: Cross-sectional assessment of work intensity associated with actual patient care in the examination room or operating room. SUBJECTS: A convenience sample of 45 family physicians, 20 general internists, 22 neurologists, and 21 surgeons, located in Kansas, Kentucky, Maryland, Ohio, and Virginia. MEASURES: Work intensity measures included the National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index (NASA-TLX), Subjective Work Assessment Technique (SWAT), and Multiple Resource Questionnaire. Stress was measured by the Dundee Stress State Questionnaire. RESULTS: Physicians reported similar magnitude of work intensity on the NASA-TLX and Multiple Resource Questionnaire. On the SWAT, general internists reported work intensity similar to surgeons but significantly lower than family physicians and neurologists ($P=0.035$). Surgeons reported significantly higher levels of task engagement on the stress measure than the other specialties ($P=0.019$), significantly higher intensity on physical demand ($P < 0.001$), and significantly lower intensity on the performance dimensions of the NASA-TLX than the other specialties ($P=0.003$). Surgeons reported the lowest intensity for temporal demand of all specialties, being significantly lower than either family physicians or neurologists ($P=0.014$). Family physicians reported the highest intensity on the time dimension of the SWAT, being significantly higher than either general internists or surgeons ($P=0.008$). CONCLUSIONS: Level of physician work intensity seems to be similar among specialties.

Coopération interprofessionnelle *Interprofessional collaboration*

49116

ARTICLE

BRETON (M.), LEVESQUE (J.F.), PINEAULT (R.), et al.

Primary Care Reform: Can Quebec's Family Medicine Group Model Benefit from the Experience of Ontario's Family Health Teams?

La réforme des soins primaires : le modèle des groupes de médecine de famille pourrait-ils bénéficier de l'expérience ontarienne des équipes de santé familiales ?

HEALTHCARE POLICY

2011 : vol. 7 : n° 2 : Pages : e122-e135

Cote Irdes : En ligne

<http://www.longwoods.com/content/22618>

Canadian politicians, decision-makers, clinicians and researchers have come to agree that reforming primary care services is a key strategy for improving healthcare system performance. However, it is only more recently that real transformative initiatives have been undertaken in different Canadian provinces. One model that offers promise for improving primary care service delivery is the family medicine group (FMG) model developed in Quebec. A FMG is a group of physicians working closely with nurses in the provision of services to enrolled patients on a non-geographic basis. The objectives of this paper are to analyze the FMG's potential as a lever for improving healthcare system performance and to discuss how it could be improved. First, it briefly reviews the history of primary care in Quebec. Then it presents the FMG model in relation to the four key healthcare system functions identified by the World Health Organization: (a) funding, (b) generating human and technological resources, (c) providing services to individuals and communities and (d) governance. Next, it discusses possible ways of advancing primary care reform, looking particularly at the family health team (FHT) model implemented in the province of Ontario. It concludes with

recommendations to inspire other initiatives aimed at transforming primary care.

49109

FASCICULE

ANGER (E.), GIMBERT (V.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Département Questions Sociales. Paris. FRA

**Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1).
Les coopérations entre professionnels de santé.**

NOTE D'ANALYSE (LA)

2011/12; n° 254 : Pages : 11p., graph.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/content/les-cooperations-entre-professionnels-de-sante-note-danalyse254-decembre-2011>

À quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ? Les défis sanitaires sont nombreux : hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, etc. Pour y répondre, **deux leviers d'action sont disponibles. D'une part, la télésanté, ou production de soins à distance. D'autre part, la coopération entre professionnels de santé, grâce à laquelle personnels médicaux et paramédicaux peuvent développer de nouveaux modes d'exercice collectif et opérer entre eux des transferts d'activité afin d'optimiser la production de soins.** En France, ces démarches sont encore marginales, notamment dans le secteur ambulatoire, car elles nécessitent de faire évoluer certains principes d'exercice libéral. **Dans d'autres pays, les coopérations sont très développées dans le champ des soins primaires, mobilisant surtout médecins généralistes et infirmiers sur l'accès aux soins courants et sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques.** Cette évolution requiert une politique volontariste de soutien aux structures pluridisciplinaires et la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises. **L'essor des coopérations en France, gage d'un renforcement du secteur ambulatoire, permettrait, sous certaines conditions, de mieux adapter l'offre aux besoins des patients et d'améliorer l'efficacité du**

système de santé en réduisant le poids des dépenses hospitalières.

47248

ARTICLE

MICHAUD (S.)

Management. Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé.

Ressources humaines. Dossier.

GESTIONS HOSPITALIERES

2011/02 ; vol. : n° 503 : Pages : 87-94

Cote Irdes : C, P67

Les 'glissements de tâches' dans le domaine de la santé - la réalisation de certains actes par des acteurs non habilités - peuvent être dus à diverses raisons : pénurie du personnel, réduction des dépenses de santé publique, progrès techniques... Ils tendent depuis plusieurs années, en France comme à l'étranger, vers une coopération entre professionnels de santé légalisée et vers l'émergence de nouveaux métiers. L'article explique le phénomène et témoigne d'expériences menées en France et à l'étranger.

Délégation de soins
Task delegation

49178

ARTICLE

BHANBHRO (S.), DRENNAN (V.M.), GRANT (R.), HARRIS (R.)

Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature.

Évaluer la contribution de la prescription par les infirmières et autres professions connexes à la médecine. Une revue systématique de la littérature

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH ; vol. 11 : n° 330 : Pages : 34p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-330.pdf>

Des lois autorisant les infirmières et autres professionnels de la santé à prescrire des médicaments existent dans certains pays, tandis que d'autres envisagent d'adopter ce type de législation. Des questions subsistent quant à la contribution de ce type de législation aux soins primaires. Cette étude propose une revue de la littérature sur la prescription non médicale en matière de soins de santé primaires et examine son incidence sur la qualité des soins de santé.

Gestion de la maladie Disease management

48661

ARTICLE, INTERNET

DUSHEIKO (M.), GRAVELLE (H.), MARTIN (S.), et al.

Does better disease management in primary care reduce hospital costs?

Une meilleure gestion de la maladie dans le contexte de soins primaires permet-elle de réduire les coûts hospitaliers ?

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2011/09 ; vol. 30 : n° 5 : Pages : 919 - 932, tabl., fig.

Cote Irdes : P149/6

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP65_Disease_management_in_PC_reduce_hospital_costs.pdf

We apply cross-sectional and panel data methods to a database of 5 million patients in 8000 English general practices to examine whether better primary care management of 10 chronic diseases is associated with reduced hospital costs. We find that only primary care performance in stroke care is associated with lower hospital costs. Our results suggest that the 10% improvement in the general practice quality of stroke care between 2004/5 and 2007/8 reduced 2007/8 hospital expenditure by about £130 million in England. The cost savings are due mainly to reductions in emer-

gency admissions and outpatient visits, rather than to lower costs for patients treated in hospital or to reductions in elective admissions.

Performance Performance

CRABTREE (B.F.), NUTTING (P.A.), MILLER (W.L.), Mc DANIEL (R.R.), STANGE (K.C.), JAEN (C.R.), STEWART (E.)

Primary care practice transformation is hard work: insights from a 15-year developmental program of research.

La transformation des pratiques en soins primaires est un gros travail : Un aperçu d'un programme de 15 ans de développement de la recherche.

MEDICAL CARE

2011 : vol. 49 Suppl : n° S28-S35.

Cote Irdes : P45

Serious shortcomings remain in clinical care in the United States despite widespread use of improvement strategies for enhancing clinical performance based on knowledge transfer approaches. Recent calls to transform primary care practice to a patient-centered medical home present even greater challenges and require more effective approaches. The research team conducted a series of National Institutes of Health funded descriptive and intervention projects to understand organizational change in primary care practice settings, emphasizing a complexity science perspective. The result was a developmental research effort that enabled the identification of critical lessons relevant to enabling practice change. A summary of findings from a 15-year program of research highlights the limitations of viewing primary care practices in the mechanistic terms that underlie current or traditional approaches to quality improvement. A theoretical perspective that views primary care practices as dynamic complex adaptive systems with

"agents" who have the capacity to learn, and the freedom to act in unpredictable ways provides a better framework for grounding quality improvement strategies. This framework strongly emphasizes that quality improvement interventions should not only use a complexity systems perspective, but also there is a need for continual reflection, careful tailoring of interventions, and ongoing attention to the quality of interactions among agents in the practice. It is unlikely that current strategies for quality improvement will be successful in transforming current primary care practice to a patient-centered medical home without a stronger guiding theoretical foundation. Our work suggests that a theoretical framework guided by complexity science can help in the development of quality improvement strategies that will more effectively facilitate practice change.

Pratique médicale
Medical practice

48797

ARTICLE

SEJOURNE (E.), PARE (F.), MOULEVRIER (P.), et al.

Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2010/10-12 ; n° 4 : Pages : 331-339

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1004_Le_carnet_d_adresses_des_medecins_generalistes.pdf

En utilisant la méthode des entretiens approfondis, les auteurs de cette étude ont interviewé 24 médecins généralistes (MG) du Maine-et-Loire pour comprendre les modes de constitution de leur carnet d'adresses de correspondants médicaux, paramédicaux et sociaux.

48542

ARTICLE, INTERNET

LUGTENBERG (M.), BURGERS (J.S.), BESTERS (C.) et al.

Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners.

Obstacles perçus à l'adhésion aux recommandations de pratique clinique : une enquête auprès des médecins généralistes.

BMC FAMILY PRACTICE

2011 ; vol. 12 : Pages : 10p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-98.pdf>

Despite considerable efforts to promote and support guideline use, adherence is often suboptimal. Barriers to adherence vary not only across guidelines but also across recommendations within guidelines. The aim of this study was to assess the perceived barriers to guideline adherence among GPs by focusing on key recommendations within guidelines.

48327

ARTICLE

EDIN (C.), MARAIS (P.), MOULEVRIER (P.), et al.

Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/04-06 ; n° 2 : Pages : 89-99

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1102_Medecine_generale_et_ramadan.pdf

Le ramadan est très suivi dans le monde musulman. Le jeûne étendu aux prises médicamenteuses orales et le rythme de vie bouleversé dessinent les conséquences médicales impliquant le médecin généraliste. L'objectif de ce travail était d'étudier le vécu et le comportement des médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique pendant la période du ramadan.

47183

FASCICULE

PARAPONARIS (A.), GUERVILLE (M.A.), CABUT (S.), OBADIA (Y.), VERGER (P.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) Paris. FRA

Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile : opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/02 ; n° 753 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er753.pdf>

La cinquième vague du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) portait à l'été 2009 sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et sur l'hospitalisation à domicile (HAD). Neuf médecins interrogés sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). Les trois quarts des praticiens se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées. Une majorité accepterait aussi de les déléguer à des professionnels non médicaux formés. L'hospitalisation à domicile est un dispositif apprécié des médecins interrogés, même si 55 % d'entre eux indiquent que ce service n'est pas présent dans leur zone d'exercice. Un tiers des généralistes du panel ont prescrit une HAD au cours des 12 derniers mois, plus souvent ceux qui adhèrent à un réseau de santé et se réfèrent aux recommandations de bonne pratique. Neuf praticiens sur dix se disent satisfaits de la qualité de la prise en charge, les autres invoquant notamment la lourdeur des démarches administratives.

DAMMAN (O.C.), DE BOER (D.), HENDRIKS (M.), MEUWISSEN (L.E.), RADEMAKERS (J.), DELNOIJ (D.M.), GROENEWEGEN (P.P.)

Differences between family practices in the associations of patient characteristics with health care experiences.

Différences dans l'association des caractéristiques des patients avec leurs expériences du système de soins entre les cabinets des médecins de famille.

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

2011 : vol. 68 : n° 6 : 725-739.

Cote Irdes : P182

When comparing health care providers, patient experience data are usually adjusted for case-mix associations to ensure fair comparisons. Previous studies in the United States showed that case-mix associations sometimes vary across health care providers. Such variation could indicate differential provider behavior for patient subgroups, in which case current adjustment techniques might be inappropriate. To see whether this variation is also apparent in a health care system different from the U.S. system, the authors analyzed Dutch patients' experiences with family practice care. Using multilevel random slope models, the associations between age, general health status, mental health status, education, sex, and ethnicity on one hand and reported experiences on the other hand were assessed across family practices. The authors found only five significant variances between case-mix coefficients, all for outcomes related to health care professionals' conduct. These findings correspond to previous U.S. findings, suggesting that the case-mix variations reported here and previously constitute a rather robust phenomenon.

JERANT (A.), BERTAKIS (K.D.), FENTON (J.J.), TANCREDI (D.J.), FRANKS (P.)

Patient-provider sex and race/ethnicity concordance: a national study of healthcare and outcomes.

Concordance de sexe, de race et d'ethnicité entre le patient et le médecin : une étude nationale des soins de santé et de leurs résultats.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 11 : 1012-1020.
Cote Irdes : P45

BACKGROUND: Increasing patient-provider sex and race/ethnicity concordance has been proposed to improve healthcare and help mitigate health disparities, but the relationship between concordance and health outcomes remains unclear. OBJECTIVE: To examine associations of patient-provider sex, race/ethnicity, and dual concordance with healthcare measures. RESEARCH DESIGN AND PARTICIPANTS: Analyses of data from adult respondents indicating a usual source of healthcare (N=22,440) in the 2002 to 2007 Medical Expenditure Panel Surveys (each a 2-year panel). MEASURES: Year 1 provider communication, sex-neutral (colorectal cancer screening, influenza vaccination) and sex-specific (mammography, Papanicolaou smear, prostate-specific antigen) prevention; and year 2 health status (SF-12). Analyses adjusted for patient sociodemographics and health variables, and healthcare provider (usual source of care) sex and race/ethnicity. RESULTS: Of 24 concordance assessments, 3 were statistically significant. Women with female providers were more likely to report mammography adherence [average adjusted marginal effect=3.9%, 95% confidence interval (CI): 1.6%, 6.2%; P<0.01]. Respondents reporting dual concordance were less likely to rate provider communication in the highest quartile (average adjusted marginal effect =-4.2%, 95% CI: -8.1%, -0.2%; P=0.04), but dual concordance was associated with higher adjusted SF-12 Physical Component Summary scores (0.58 points, 95% CI: 0.00, 1.15; P=0.05). CONCLUSIONS: Little evidence of clinical benefit resulting from sex or race/ethnicity

concordance was found. Greater matching of patients and providers by sex and race/ethnicity is unlikely to mitigate health disparities

Réformes
Reforms

48963
FASCICULE, INTERNET
WILLCOX (S.), LEWIS (G.), BURGERS (J.)
Commonwealth Fund. New York NY. USA

Strengthening Primary Care: Recent Reforms and Achievements in Australia, England, and the Netherlands.

Renforcer les soins de santé primaires : les récentes réformes et réussites en Australie, Angleterre et Pays Bas.

INTERNATIONAL HEALTH POLICY
2011/11 ; Pages : 18p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Nov/1564_Willcox_strengthening_primary_care_Aus_Engl_Neth_intl_brief.pdf

Recent reforms in Australia, England, and the Netherlands have sought to enhance the quality and accessibility of primary care. Quality improvement strategies include postgraduate training programs for family physicians, accreditation of general practitioner (GP) practices, and efforts to modify professional behaviors—for example, through clinical guideline development. Strategies for improving access include national performance targets, greater use of practice nurses, assured after-hours care, and medical advice telephone lines. All three countries have established midlevel primary care organizations both to coordinate primary care health services and to serve other functions, such as purchasing and population health planning. Better coordination of primary health care services is also the

objective driving the use of patient enrollment in a single general practice. Payment reform is also a key element of English and Australian reforms, with both countries having introduced payment-for-quality initiatives. Dutch payment reform has stressed financial incentives for better management of chronic disease

Relations médecin-malade Physician-patient relationships

48152
ARTICLE

Orienter les soins à partir de l'entretien avec un patient.

REVUE PRESCRIRE
2011/08 ; vol. 31 : n° 334 : Pages : 568-571
Cote Irdes : P80

Dans de nombreuses situations (à l'officine, au téléphone...), les soignants sont amenés à prendre une décision de soins sur la base d'informations recueillies lors d'un entretien avec un patient ou son entourage sans recours à un examen physique ni à d'autres examens. Plusieurs études ont montré que l'entretien a un rôle important dans les décisions de soins. L'hypothèse diagnostique émise juste après un entretien est souvent conforme au diagnostic retenu final. La méthodologie de questionnement est capital : caractéristique du patient, histoire de la plainte, actions entreprises, médicaments...

Rémunération Payment

49095
ARTICLE

IVERSEN (T.), ALBERTA MA (C.T.)

Market conditions and general practitioners' referrals.

Les conditions du marché et les modes d'adressage des patients par les médecins généralistes.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE
FINANCE AND ECONOMICS
2011/12 ; vol. 11 : n° 4 : Pages : 223-244, 8 tabl.
Cote Irdes : P195

We study how market conditions influence referrals of patients by general practitioners (GPs). We set up a model of GP referral for the Norwegian health care system, where a GP receives capitation payment based on the number of patients in his practice, as well as fee-for-service reimbursements. A GP may accept new patients or close the practice to new patients. We model GPs as partially altruistic, and compete for patients. We show that a GP operating in a more competitive market refers more. To retain patients in his practice, a GP satisfies patients' requests for referrals. Furthermore, a GP who faces patient shortage will refer more often than a GP who has enough patients. More referrals may add to profits from future treatments. Using data of radiology referrals by GPs in Norway, we test and confirm our theory.

48986

ARTICLE

JANUS (K.)

Pay-for performance does not always 'pay'

Le paiement à la performance n'est pas toujours payant.

EUROHEALTH

2011 ; vol. 17 : n° 4 : Pages : 31-34

Cote Irdes : en ligne

<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/publications/eurohealth/eurohealth.aspx>

Pay-for-performance (P4P) has dominated medicine for the last decade although evidence from economics and psychology has shown that it can entail fundamental risks and side effects, especially in knowledge-intensive and complex situations. This article, thus, questions the comparability of medicine to Tayloristic factory work where P4P has been the preferred control mechanism. It then offers alternative solutions to managing motivation of doctors that focus on strengthening competence, autonomy and social relatedness to professional culture.

48718

ARTICLE, INTERNET

DE BRUIN (S.R.), BAAN (C.A.), STRUIJS (J.N.)

Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature.

La rémunération à la performance dans le système de disease management : une revue systématique de la littérature.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2011 ; vol. 11 : n° 272 : Pages : 34p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-272.pdf>

Pay-for-performance (P4P) is increasingly implemented in the healthcare system to encourage improvements in healthcare quality. P4P is a payment model that rewards healthcare providers for meeting pre-established targets for delivery of healthcare services by financial incentives. Based on their

performance, healthcare providers receive either additional or reduced payment. Currently, little is known about P4P schemes intending to improve delivery of chronic care through disease management. The objectives of this paper are therefore to provide an overview of P4P schemes used to stimulate delivery of chronic care through disease management and to provide insight into their effects on healthcare quality and costs.

48711

ARTICLE

CHABOT (J.M.)

Le paiement à la performance.

REVUE DU PRATICIEN (LA)

2011/10 ; vol. 61 : n° 8 : Pages : 1127-1128

Cote Irdes : P20

En France – mais la tradition hippocratique a induit dans ce sens l'exercice médical dans la plupart des pays développés – le paiement à l'acte des médecins a été de règle et résulte de la charte des principes d'exercice libéral de la médecine établie en 1927, alors qu'il s'agissait de préserver les médecins de l'époque d'une socialisation jugée menaçante. Les choses ont évolué ces dernières années et il est possible d'évoquer maintenant une diversification des modalités de rémunération des praticiens libéraux : actes, mais aussi forfaitisations (cf malades en affections longue durée) et rémunération à la performance. Cet article fait le point sur le sujet.

48707

ARTICLE

Nouveaux modes de rémunération : en savoir +. Dossier.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2011/09-10 ; n° 40 : Pages : 16-21

Cote Irdes : P204

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (eNMR) est autorisée jusqu'au 31 décembre 2012 et devrait même se prolonger jusqu'au 31 décembre 2013. A début octobre 2011, 148 sites sont engagés dans cette expérience où des forfaits sont versés aux structures pour des activités spécifiques.

L'évaluation est menée par l'équipe Prospere, placée sous la houlette de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). Selon les résultats, il devrait s'en suivre un nouveau cadre législatif de paiement à l'acte individuel. Cet article revient sur l'historique de la mise en place de cette expérimentation (Loi de financement Sécurité sociale 2008 et décret du 27 avril 2009).

48706
ARTICLE

VAYSSETTE (P.)

Expérimentation nouveaux modes de rémunération : rencontre avec Thomas Wanecq, chef de projet NMR à la DSS.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/09-10 ; n° 40 : Pages : 13-15
Cote Irdes : P204

Cet article rapporte le point de vue de Thomas Wanecq, chef de projet NMR à la Direction de la sécurité sociale, sur les expérimentations en cours sur les nouveaux modes de rémunération des médecins, et plus précisément, la mise en place des SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) créée par la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), structure adaptée au portage des maisons et pôles de santé.

48663
ARTICLE

PERRIER (P.)

Capi : un premier bilan.

ESPACE SOCIAL EUROPEEN
2011/10/21 ; n° 992 : Pages : 14-15, tabl.
Cote Irdes : c, P138

Instauré en 2009 à l'initiative de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) a introduit pour la première fois en France une rémunération des médecins conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques professionnelles, rémunération qui s'ajoute à celle des actes traditionnels. Ce dispositif a été défini initialement en dehors du champ

conventionnel avec au départ, une grande réserve des syndicats médicaux. Il est basé sur le volontariat, dédié aux médecins ayant un seuil d'activité minimum et concerne, de fait, majoritairement des médecins généralistes. Cet article fait une évaluation des résultats obtenus suite aux trois premières vagues de signataires.

48575
ARTICLE

HENNING-SCHMIDT (H.), SELTEN (R.), WIESEN (D.)

How payment systems affect physicians' provision behaviour. An experimental investigation.

Dans quelle mesure les systèmes de rémunération agissent-ils sur les comportements des médecins en terme de délivrance de soins. Une enquête expérimentale.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2011 ; vol. 30 : n° 11 : Pages : 637-646, tabl., fig.
Cote Irdes : c, P79

Understanding how physicians respond to incentives from payment schemes is a central concern in health economics research. This paper introduces a controlled laboratory experiment to analyse the influence of incentives from fee-for-service and capitation payments on physicians' supply of medical services. In our experiment, physicians choose quantities of medical services for patients with different states of health. We find that physicians provide significantly more services under fee-for-service than under capitation. Patients are overserved under fee-for-service and underserved under capitation. However, payment incentives are not the only motivation for physicians' quantity choices, as patients' health benefits are of considerable importance as well. We find that patients in need of a high (low) level of medical services receive larger health benefits under fee-for-service (capitation)

48479

ARTICLE

POUZAUD (F.)

Médecins : la course à la performance.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2011/09/24 ; vol. : n° 2898 ; Pages : 30-38

Cote Irdes : P44

La nouvelle convention des médecins instaure la généralisation de la rémunération à la performance, valorise certains actes et met en place un nouveau secteur optionnel pour porter un coup d'arrêt à l'inflation des dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires étaient multipliés par deux depuis 1990 selon une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie parue en 2010. Cet article fait le point sur la question.

48448

ARTICLE, INTERNET

BELLAMY (V.), SAMSON (A.L.)

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

Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins.

Comptes nationaux de la santé 2010.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/09 ; n° 161 ; Pages : 51-85, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-choix.pdf

Cette étude analyse pour la première fois les comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires en France métropolitaine. La pratique des dépassements constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique : depuis les 10 dernières années, la part des médecins en secteur 2 (autorisés à pratiquer des dépassements) ne cesse de croître, et la part des dépassements dans les honoraires totaux de ces médecins progresse constamment. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes, et

certaines spécialités ont une proportion de médecins en secteur 2 très élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL ou ophtalmologistes). Les dépassements sont par ailleurs concentrés dans certains départements, pour certains modes d'exercice spécifiques et sur certains types d'actes. La pratique des dépassements d'honoraires a donc des conséquences majeures pour l'accès aux soins des assurés, qu'il soit géographique ou financier. Cette étude décrit dans un premier temps les pratiques de l'ensemble des médecins en matière de dépassements d'honoraires. Puis elle se concentre sur quatre spécialités (chirurgiens, psychiatres, ophtalmologues et gynécologues) pour mener une analyse économétrique qui vise à étudier les déterminants de l'accès au secteur 2 et le montant moyen des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités. L'étude montre que la solvabilité de la demande locale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 ainsi que le niveau des dépassements pratiqués. De même, plus la densité médicale dans le département est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés. On observe par ailleurs que les dépassements sont en moyenne plus élevés sur les actes cliniques et que les médecins ont un comportement mimétique en matière de dépassements : les montants de dépassements sont d'autant plus élevés que ceux des confrères exerçant dans le même département le sont. C'est pourquoi la régulation de la répartition des médecins et celle des dépassements sont ainsi étroitement liées.

Réseaux de santé
Health networks

49297
ARTICLE

En 2010, 1 330 projets financés par le FIQCS.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/11-12 ; n° 41 : Pages : 12-14, tabl., graph.
Cote Irdes : P24

En 2010, un peu plus de 250 millions ont été dépensé par le Fiqcs (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), majoritairement pour des actions menées par des réseaux de santé, mais aussi par le DMP (dossier médical personnel), la permanence de soins... Le Fiqcs, fonds financé par l'assurance maladie, est issu de la fusion en 2007 du FAQSV (Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville) et de la DNDR (Dotation nationale de développement des réseaux). Il est aujourd'hui appelé à évoluer vers les FIR (Fonds d'intervention régional).

Satisfaction des patients
Patient satisfaction

PETEK (D), KUNZI (B.), KERSNIK (J.),
SZECSENYI (J.), WENSING (M.)

Patients' evaluations of European general practice-revisited after 11 years.

Evaluation de la médecine générale européenne par les patients – revisitée après 11 ans.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN
HEALTHCARE
2011 : vol. 23 : n° 6 : 621-628.
Cote Irdes : P194

In the last decade many things have changed in healthcare systems, primary care practices and populations. This paper describes evaluations

of general practice care by patients with a chronic illness in 2009 and compare these with a previous study done in 1998. DESIGN: A descriptive analysis of patients' evaluations, using data from the European practice assessment Cardio study on cardiovascular patients in eight European countries in 2009. We compared these evaluations with a subgroup of patients with self-defined chronic illness from the study in 1998, using a linear regression model. Patients' evaluation of general practice using the EUROPEP questionnaire. The EUROPEP is a 23-item validated measure of patient evaluations of general practice care. In 2009, 7472 patients from 251 practices participated in the study with an overall response rate of 49.6%. The percentage of patients with positive evaluations (good/excellent) was 80% or higher for all items, except for the waiting time. More positive evaluations were found in older patients, patients with a longer attachment to the practice, patients with a higher self-evaluation of their health, patients with fewer mental health problems and less pain/discomfort. The comparison between 1998 and 2009 showed no overall trends for all countries combined. Whereas English patients became fairly more positive about general practice in 2009, German patients became slightly less positive, although still more positive than English patients. Overall, the patients' evaluations of general practice were very positive in family practice care in the years 1998 and 2009. The trends over the years need to be carefully interpreted over time.

Sociologie de la santé
Sociology of health

47555

FASCICULE

BLOY (G.)

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

Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010).

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/02 ; vol. : n° 104 ; Pages : 141p.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>

Il n'y a pas d'équivalence automatique entre le nombre de généralistes diplômés et ceux qui pratiquent effectivement la médecine générale (MG) quelques années plus tard. Le phénomène n'est d'ailleurs pas neuf, mais a fait l'objet d'une prise de conscience récente. Une recherche conduite entre 2002 et 2004 sur la transmission de la MG lors du stage chez le praticien, par entretiens approfondis auprès des généralistes seniors comme des stagiaires accueillis dans les cabinets révélait déjà un devenir des internes de MG extrêmement ouvert et incertain. D'où l'idée de suivre la cinquantaine des jeunes médecins pour observer la manière dont se déroulait leur insertion professionnelle et leur parcours, en MG ou ailleurs, au-delà de l'obtention de leur titre de médecin généraliste. Ce suivi de cohorte analyse les itinéraires et le devenir professionnel de 51 jeunes diplômés de médecine générale, rencontrés à 2 ou 3 reprises en cinq ans, dans une approche qui articule les apports de divers champs de la sociologie (du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des générations, des rapports de genre, des carrières et parcours de vie).

46963

ARTICLE

GALLOIS (P.), VALLEE (J.P.)

Normes, risques et maladies : attention aux dérapages !

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2011/02 ; vol. 7 : n° 2 : Pages : 52-54

Cote Irdes : P198

[http://www.jle.com/e-](http://www.jle.com/e-docs/00/04/62/7D/vers_alt/VersionPDF.pdf)

[docs/00/04/62/7D/vers_alt/VersionPDF.pdf](http://www.jle.com/e-docs/00/04/62/7D/vers_alt/VersionPDF.pdf)

Les normes constituent une référence indicative et provisoire pour la décision médicale. La définition d'une norme est difficile, mais elle doit éviter d'identifier des risques artificiels ou trop minimes pour avoir une importance, éviter d'induire une surconsommation médicamenteuse. L'information objective sur les facteurs de risque, nécessaire au partage de la décision, nous impose de bien prendre en compte les significations et représentations de ce qu'est la maladie pour le patient concerné. N'accentuons pas encore le risque de médicalisation de la société (Résumé de l'éditeur).

Spécialité médicale
Medical speciality

49270

ARTICLE

BICHOT (J.)

Quel avenir pour la médecine libérale ? Le cas des spécialités du bloc opératoire.

DROIT SOCIAL

2011/12 ; n° 12 : Pages : 1283-1288

Cote Irdes : P169

Les résultats présentés dans le dernier Atlas de la démographie médicale de l'Ordre national des médecins souligne une désaffection des médecins pour l'exercice libéral. Or les actes du bloc opératoire qui nécessitent l'intervention de chirurgiens, d'obstétriciens et d'anesthésistes sont moins coûteux lorsqu'ils sont effectués en établissements privés par des

praticiens intervenant en profession libérale, **qu'en établissements publics avec des praticiens salariés**. Or les pouvoirs publics ne **s'en soucient pas** et ne cherchent pas à inverser la tendance. Le présent article a pour ambition de contribuer à la nécessaire réflexion relative au statut de ces praticiens libéraux du bloc opératoire.

Hôpital/Hospital

Budget hospitalier Hospital budget

46563

FASCICULE

YILMAZ (E.)

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

Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/01 ; n° 684 ; Pages : 8p., graph, tabl.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er746.pdf>

La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits. En 2008, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008. Toutefois, bien que la capacité d'auto-financement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 43 % en 2008.

Chirurgie Surgery

GHAFFERI (A.A.), BIRKMEYER (J.D.), DIMICK (J.B.)

Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery.

Relation entre le volume d'activité de l'hôpital et le défaut d'être secouru lors d'une chirurgie à haut risque.

MEDICAL CARE

2011 ; vol. 49 ; n° 12 ; 1076-1081.

Cote Irdes : P45

INTRODUCTION: Although the relationship between surgical volume and mortality is well established, the mechanisms underlying these associations remain uncertain. We sought to determine whether increased mortality at low-volume centers was due to higher complication rates or less success in rescuing patients from complications. METHODS: Using 2005 to 2007 Medicare data, we identified patients undergoing 3 high-risk cancer operations: gastrectomy, pancreatectomy, and esophagectomy. We first ranked hospitals according to their procedural volume for these operations and divided them into 5 equal groups (quintiles) based on procedure volume cutoffs that most closely resulted in an equal distribution of patients through the quintiles. We then compared the incidence of major complications and "failure to rescue" (ie, case fatality among patients with complications) across hospital quintiles. We performed this analysis for all operations combined and for each operation individually. RESULTS: With all 3 operations combined, failure to rescue had a much stronger relationship to hospital volume than postoperative complications. Very low-volume (lowest quintile) hospitals had only slightly higher complications rates (42.7% vs. 38.9%; odds ratio 1.17, 95% confidence inter-

val, 1.02-1.33), but markedly higher failure-to-rescue rates (30.3% vs. 13.1%; odds ratio 2.89, 95% confidence interval, 2.40-3.48) compared with very high-volume hospitals (highest quintile). These relationships also held true for individual operations. For example, patients undergoing pancreatectomy at very low-volume hospitals were 1.7 times more likely to have a major complication than those at very high-volume hospitals (38.3% vs. 27.7%, $P < 0.05$), but 3.2 times more likely to die once those complications had occurred (26.0% vs. 9.9%, $P < 0.05$). CONCLUSIONS: Differences in mortality between high and low-volume hospitals are not associated with large differences in complication rates. Instead, these differences seem to be associated with the ability of a hospital to effectively rescue patients from complications. Strategies focusing on the timely recognition and management of complications once they occur may be essential to improving outcomes at low-volume hospitals

status, and maternal, fetal, and placental conditions. RESULTS: Nearly 1 in 7 women (13.9%) had a cesarean delivery without laboring. Insurance status was strongly associated with cesarean birth. Women insured by Medicaid (adjusted relative risk [ARR] = 0.88; 95% confidence interval [CI] = 0.84, 0.91) or self-paying (ARR = 0.81; 95% CI = 0.78, 0.85) had a significantly lower likelihood, and women insured by BlueCross (ARR = 1.06; 95% CI = 1.03, 1.09) or standard commercial plans (ARR = 1.06; 95% CI = 1.02, 1.10) had a significantly higher likelihood of cesarean delivery than did women insured by commercial health maintenance organizations. These associations persisted in subsets restricted to lower-risk women and in qualitative sensitivity analyses for a hypothetical single, binary, unmeasured confounder. CONCLUSIONS: Insurance status has a small, independent impact on whether a woman without a previous cesarean delivery proceeds to labor or has a cesarean delivery without labor.

Chirurgie non urgente
Elective surgery

HUESCH (M.D.)

Association between type of health insurance and elective cesarean deliveries: New Jersey, 2004-2007.

Relation entre le type d'assurance et les accouchements par césarienne non urgentes : New Jersey 2004-2007.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2011 : vol. 101 : n° 11 : e1-e7.
Cote Irdes : P36

OBJECTIVES: I examined the relationship between insurance coverage, which may influence physician incentives and maternal choices, and cesarean delivery before labor. METHODS: I analyzed hospital discharge data for mothers without previous cesarean deliveries in New Jersey between 2004 and 2007, with adjustment for maternal age, race, marital

NICHOLAS (L.H.)

Modeling the impact of Medicare Advantage payment cuts on ambulatory care sensitive and elective hospitalizations.

Modéliser l'impact des restrictions de versements du Medicare Advantage sur les hospitalisations en soins ambulatoires non urgentes.

HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 : vol. 46 : n° 5 : 1417-1435.
Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To assess relationships between changes in Medicare Advantage (MA) payment rates and Medicare beneficiary hospitalizations and to simulate the effects of scheduled payment cuts on ambulatory care sensitive (ACS) and elective hospitalization rates. DATA: State Inpatient Database discharge abstracts from Arizona, Florida, and New York merged with administrative Medicare enrollment and MA payment data. STUDY DESIGN: Retrospective, fixed effect regression analysis of the relationship between MA payment rates and rates of

ACS and elective hospitalizations among Medicare beneficiaries in counties with at least 10,000 Medicare beneficiaries and 3 percent MA penetration from 1999 to 2005. PRINCIPAL FINDINGS: MA payment rates were negatively related to rates of ACS admissions. Simulations suggest that payment cuts could be associated with higher rates of ACS admissions. No relationship between MA payments and rates of elective hospitalizations was found. CONCLUSIONS: Reductions in MA payment rates may result in a small increase in ACS admissions. Trends in ACS admissions among chronically ill Medicare beneficiaries should be tracked following MA payment cuts.

Chirurgie ambulatoire Ambulatory surgery

48809
ARTICLE
TRIBOULET (J.P.)

Chirurgie ambulatoire : un modèle organisationnel et économique.

Comment réussir le virage ambulatoire ? Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/11-12 ; n° 537 : Pages : 12-13
Cote Irdes : C, P22

Le président de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) dresse un rapide état des lieux de cette pratique en France (la chirurgie ambulatoire ne représente que 26.2 % de l'activité en France alors qu'elle concerne 70 à 80 % de l'activité chirurgicale dans de nombreux pays d'Europe), et prône son développement en présentant ses avantages et son modèle organisationnel.

Evénements indésirables Adverse events

49165
ARTICLE

Effets indésirables graves des soins en France, suite : l'étude Eneis 2.

REVUE PRESCRIRE
2011/12 ; vol. 31 : n° 338 : Pages : 913-917
Cote Irdes : P80

Cet article présente les résultats de l'étude Eneis 2, deuxième étude française nationale sur les événements indésirables graves des soins menée en 2009. Les résultats sont comparés avec ceux obtenus lors de la première enquête de 2004. L'article présente aussi l'étude Apeas menée en Espagne sur les effets indésirables en soins primaires.

47173
FASCICULE

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

Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2010 ; n° 17 : Pages : 18p., tabl., graph., annexes
Cote Irdes : C, S19
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. Globalement, les résultats de 2009 sont proches de ceux de 2004. La stabilité des indicateurs sur la période étudiée ne permet toutefois pas de conclure à l'absence de changements en termes de culture de sécurité et de comportements des acteurs du système de santé, lesquels ne sont pas mesurés par les indicateurs. Elle ne signifie pas non plus absence de résultats des actions

entreprises : d'une part, les indicateurs utilisés ne sont pas adaptés pour mesurer l'impact d'actions sectorielles ; d'autre part, l'évolution des modes de prises en charge (complexité des actes) et de prescription sur la période étudiée aurait en effet pu augmenter les risques et la fréquence des EIG.

46850

ARTICLE

EYMERY (M.)

Erreur médicale et responsabilité collective.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/12 ; n° 73 : Pages : 4-6
Cote Irdes : P49

L'erreur est humaine, ce qui n'est pas acceptable c'est sa répétition. Or, comment éviter les erreurs si elles ne sont pas déclarées ou partiellement analysées ? L'auteur préconise de créer des espaces de parole pour les professionnels pour que ceux-ci puissent rechercher, dans un climat de confiance, les causes et non les coupables. L'objectif serait alors de remplacer une erreur humaine isolée par une prise en charge collective du problème afin d'éviter qu'il ne se répète ailleurs.

HAUCK (K.), ZHAO (X.)

***How dangerous is a day in hospital?
A model of adverse events and length
of stay for medical inpatients.***

*Quel est le danger d'une journée à l'hôpital ?
Modèle des événements indésirables et de la
durée de séjour des patients hospitalisés.*

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 12 : 1068-1075.
Cote Irdes : P45

BACKGROUND: Despite extensive research into adverse events, there is no quantitative estimate for the risk of experiencing adverse events per day spent in hospital. This is important information for hospital managers, because they may consider discharging patients earlier to alternative care providers if this is associated with lower risk, but other costs and benefits are similar. METHODS: We model

adverse events as a function of patient risk factors, hospital fixed effects, and length of stay. Potential endogeneity of length of stay is addressed with instrumental variable methods, using days and months of discharge as instruments. We use administrative hospital episode data for 206,489 medical inpatients in all public hospitals in the state of Victoria, Australia, for the year 2005/2006. RESULTS: A hospital stay carries a 5.5% risk of an adverse drug reaction, 17.6% risk of infection, and 3.1% risk of ulcer for an average episode, and each additional night in hospital increases the risk by 0.5% for adverse drug reactions, 1.6% for infections, and 0.5% for ulcers. Length of stay is endogenous in models of adverse events, and risks would be underestimated if length of stay was treated as exogenous. CONCLUSIONS: The results of our research contribute to assessing the benefits and costs of hospital stays and their alternatives in a quantitative manner. Instead of discharging patients early to alternative care, it would be more desirable to address underlying causes of adverse events. However, this may prove costly, difficult, or impossible, at least in the short run. In such situations, our research supports hospital managers in making informed treatment and discharge decisions

Mc HUGH (M.), VAN (D.K.), OSEI-ANTO (A.),
HAUQE (A.)

***Medicare's payment policy for hos-
pital-acquired conditions: perspec-
tives of administrators from safety
net hospitals.***

*Conditions de remboursement des infections
nosocomiales par le Medicare : perspectives
des administrateurs des hôpitaux publics.*

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW
2011 : vol. 68 : n° 6 : 667-682.
Cote Irdes : P182

In 2008, Medicare implemented a policy limiting reimbursement to hospitals for treating avoidable hospital-acquired conditions (HACs). Although the policy will expand nationally to Medicaid programs in 2011, little is known about the impact on safety net hospit-

als. The authors conducted interviews with 60 chief quality officers and 55 chief financial officers from safety net hospitals to explore the impact of Medicare's HACs policy during its first year. Despite the predicted small financial impact, the authors found that the policy gained the attention of hospital leaders and many governing boards. Although the policy reportedly provided additional motivation to reduce HACs, few hospitals implemented new care practices and instead focused on documenting conditions that are present for patients on admission. The findings also illustrate the need for Centers for Medicare & Medicaid Services to provide more guidance to the industry when this type of policy is introduced.

Hospitalisation Hospitalisation

HENKE (R.M.), MARDER (W.D.), FRIEDMAN (B.S.), WRONG (H.S.)

Geographic variation: a view from the hospital sector.

Disparité géographique : un aperçu à partir d'un secteur hospitalier.

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW
2011 : vol. 68 : n° 6 : 699-711.
Cote Irdes : P182

Efforts to characterize geographic variation in health care utilization and spending have focused on patterns observed with Medicare data. The authors analyzed the Healthcare Cost and Utilization Project national all-payer data for inpatient stays to assess variation in hospitalizations by age groups and, consequently, to understand how utilization of the Medicare population may differ from the population of other payers. The authors found that the correlation between inpatient discharges and costs per capita for the Medicare-eligible population over 65 and younger age groups increased from moderate to strong with age. These findings suggest examining Medicare inpatient data

alone may provide a useful but not comprehensive understanding how hospital utilization and costs vary for the total population.

SHWARTZ (M.), PEKOZ (E.A.), LABONTE (A.), HEINEKE (J.), RESTUCCIA (J.D.)

Bringing responsibility for small area variations in hospitalization rates back to the hospital: the propensity to hospitalize index and a test of the Roemer's Law.

Redonner à l'hôpital la responsabilité de la variation des taux d'hospitalisation dans les quartiers : l'index de propension à hospitaliser et le test de la loi de Roemer.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 12 : 1062-1067.
Cote Irdes : P45

OBJECTIVE: To assign responsibility for variations in small area hospitalization rates to specific hospitals and to evaluate the Roemer's Law in a way that does not artificially induce correlation between bed supply and utilization. DATA SOURCES/STUDY SETTING: We used data on hospitalizations and outpatient treatment for 15 medical conditions of nonmanaged care Part B eligible Medicare enrollees of 65 years and older in Massachusetts in 2000. STUDY DESIGN: We used a Bayesian model to estimate each hospital's pool of potential patients and the fraction of the pool hospitalized (its propensity to hospitalize, PTH). To evaluate the Roemer's Law, we calculated the correlation between hospitals' PTH and beds per potential patient. Patient severity was measured using All Patient Refined Diagnosis Related Groups. RESULTS: We show that our approach does not artificially induce a correlation between beds and utilization whereas the traditional approach does. Nevertheless, our approach indicates a strong relationship between PTH and beds ($r=0.56$). Eighteen (of 66) hospitals had a high PTH that differed significantly from 16 hospitals with a low PTH. Average patient severity in the high PTH hospitals was lower than in the low PTH hospitals. Although the difference was not statistically significant ($P=0.12$), there was a medium effect

size (0.58). DISCUSSION: Variation across hospitals in the PTH index, the strong relationship between beds and the PTH, and the lack of relationship between severity and the PTH suggest the importance of policies that limit bed growth of high PTH hospitals and create incentives for high PTH hospitals to reduce hospitalizations.

Hospitalisation à domicile Home-based hospital

48683
ARTICLE

BACHOUCH (R.M.), GUINET (A.)
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale.
(E.N.3.S.) Saint-Etienne. FRA

L'hospitalisation à domicile (HAD).

L'informatique au service de la Sécurité sociale
REGARDS

2011/07 ; n° 40 : Pages : 201-212, tabl.
Cote Irdes : A4269

<http://www.en3s.fr/spip.php?rubrique93>

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, des maladies chroniques et du vieillissement de la population, un nouveau mode de prise en charge a vu le jour : il s'agit de l'hospitalisation à domicile. L'HAD s'étant développé récemment, cet article étudie l'évolution de ce mode de prise en charge depuis son apparition dans les années 50 jusqu'à nos jours. La complexité de la gestion des structures d'HAD est issue de la multiplicité des processus et des flux à gérer. L'organisation des soins et la prise en charge en HAD nécessitent plusieurs ressources matérielles et humaines. Ces structures sont caractérisées par des particularités au niveau des ressources humaines qu'elles emploient et des ressources matérielles qu'elles utilisent. La coordination des activités en HAD représente la problématique majeure puisqu'on doit prendre en compte plusieurs contraintes relatives aux patients, à la disponibilité des ressources etc.. (Tiré du texte).

Performance Performance

HAFNER (J.M.), WILLIAMS (S.C.), KOSS (R.G.), TSCHURTZ (B.A.), SCHMALTZ (S.P.), LOEB (J.M.)

The perceived impact of public reporting hospital performance data: interviews with hospital staff.

L'impact perçu des données publiques de performance des hôpitaux : interviews avec des équipes hospitalières.

INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITY IN HEALTH CARE
2011 : vol. 23 : n° 6 : 697-704.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: To assess perceptions about the value and impact of public reporting hospital performance measure data. DESIGN: Qualitative research. SETTING AND PARTICIPANTS: Administrators, physicians, nurses and other front-line staff from 29 randomly selected Joint Commission-accredited hospitals reporting core performance measure data. METHODS: Structured focus-group interviews were conducted to gather hospital staff perceptions of the perceived impact of public reporting performance measure data. RESULTS: Interviews revealed six common themes. Publicly reporting data: (i) led to increased involvement of leadership in performance improvement; (ii) created a sense of accountability to both internal and external customers; (iii) contributed to a heightened awareness of performance measure data throughout the hospital; (iv) influenced or re-focused organizational priorities; (v) raised concerns about data quality and (vi) led to questions about consumer understanding of performance reports. Few differences were noted in responses based on hospitals' performance on the measures. CONCLUSIONS: Public reporting of performance measure data appears to motivate and energize organizations to improve or maintain high levels of performance. Despite commonly cited concerns over the limitations, validity and interpretability of public reported data, the

heightened awareness of the data intensified the focus on performance improvement activities. As the healthcare industry has moved toward greater transparency and accountability, healthcare professionals have responded by re-prioritizing hospital quality improvement efforts to address newly exposed gaps in care.

Qualité des soins
Quality of health care

48861
ARTICLE

HVENEGAARD (A.), ARENDT (J.N.), STREET (A.), GYRD-HANSEN (D.)

Exploring the relationship between costs and quality: does the joint evaluation of costs and quality alter the ranking of danish hospital departments?

Exploration de la relation entre les coûts et la qualité : l'évaluation conjointe des coûts et de la qualité modifie-t-elle le classement des départements hospitaliers danois ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/12 ; vol. 12 : n° 6 : Pages : 541-551, tabl., fig.
Cote Irdes : P151

The purpose is to evaluate the relationship between costs and quality and to assess whether the joint evaluation of costs and quality affects the ranking of hospital departments relative to comparison based on costs alone. Using patient level data for 3,754 patients in six vascular departments, we estimate fixed effect models for costs (linear) and quality (logistic). We consider two quality measures; mortality and wound complications. To assess whether the joint evaluation of costs and quality affects the ranking of departments, we construct joint confidence regions for each pair of departmental effects for costs and quality using a bootstrap method and rank departments according to their cost-effectiveness ratio. The findings are used to

evaluate a theory of a U-shaped cost/quality relationship. The association between cost and quality differs depending on how quality is measured. Lower costs are associated with higher mortality, implying a cost/quality trade-off. In contrast, there is no clear association between costs and wound complications among vascular departments. Compared to benchmarking of departments based solely on their costs, we show that the ranking of departments may be altered considerably when quality is taken into account. Consequently, it is important to have a well-rounded view of departmental objectives when undertaking performance evaluation. The results for mortality may lend some support to the theory of a U-shaped cost/quality relationship. However, the results for wound complications do not support the theory of a U-shaped cost/quality relationship.

48114
ARTICLE

LELEU (H.), CAPUANO (F.), COURALET (M.), NITEMBERG (G.), CAMPOS (A.), MINVIELLE (E.)

Développer et utiliser des indicateurs de qualité des soins dans les organisations de soins françaises : un nouveau domaine pour la recherche en services de santé et en management. L'exemple du projet COMPAQ-HPST.

2ème journée du Management Hospitalier
Strasbourg. Novembre 2010.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011/01-03 ; vol. 29 : n° 1-2 : Pages : 37-46, tabl., fig.
Cote Irdes : C, P85

L'objectif de cet article est de décrire le processus d'intégration des indicateurs de qualité des soins dans le domaine du management des organisations de santé.

Réformes Reforms

49153

ARTICLE

AGOSTINI (M.), LAVRIL (F.), VASLET (J.C.)
Institut Syndical Européen Recherche
Formation Santé Sécurité. (E.T.U.I.) Bruxelles.
BEL

Les restructurations dans les hôpitaux publics en France.

HESAMAG : BULLETIN D'INFORMATION DU
DEPARTEMENT SANTE SECURITE E.T.U.I
2011 ; Pages : 25-29, phot.
Cote Irdes : B5507

Dans le cadre d'une étude européenne, le cabinet Secafi, spécialisé en santé au travail, a réalisé un rapport sur la réforme des hôpitaux publics français. Le constat est sans équivoque : les restructurations posent de graves problèmes de santé pour les travailleurs concernés.

Soins à domicile Home care

48253

ARTICLE

NEGET (N.), BOERMA (W.G.W.), KRINGOS
(D.S.) et al.

Home care in Europe: a systematic literature review.

*Les soins à domicile en Europe: une revue
systématique de la littérature.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 ; vol. 11 : n° 207 : Pages : 1-45, fig.
Cote Irdes : En ligne

Health and social services provided at home are becoming increasingly important. Hence, there is a need for information on home care in Europe. The objective of this literature review was to respond to this need by systematically describing what has been reported on home

care in Europe in the scientific literature over the past decade.

Soins de suite et de réadaptation Follow-up and rehabilitation care

49278

FASCICULE

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

Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2011 ; n° 23 : Pages : 35p., tabl., cartes
Cote Irdes : C, S19
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-3.pdf>

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) en hospitalisation complète, en 2008, s'adressent à une patientèle plutôt âgée, majoritairement féminine et prise en charge pour des soins traumatologiques et rhumato-orthopédiques. La durée moyenne de séjour est de 34 jours, mais elle varie en fonction de la morbidité et de la dépendance des patients ; 5 % des séjours durent plus de 3 mois. À l'admission, près de deux patients sur trois sont globalement autonomes. L'offre en soins de suite et de réadaptation est assurée par 1 762 établissements dont près de la moitié appartiennent au secteur public. L'activité du secteur privé est prépondérante dans le sud de la France. Les densités de lits et places en SSR varient selon les régions ; notamment le Sud-Est apparaît mieux doté mais les écarts tendent à se réduire depuis 2000. L'activité en SSR représente près de 34 millions de journées en 2008 dont 7 % effectuées en hospitalisation à temps partiel. L'activité en hospitalisation complète représente plus d'un million de séjours. Pour répondre à la demande de soins, le personnel soignant employé est en moyenne de 0,52 par lit ou place pour le personnel

infirmier et aide-soignant, et de 0,13 pour le personnel de rééducation ; ces moyennes varient selon la catégorie d'établissement et le type de prise en charge des patients.

48764
ARTICLE

DE PERETTI (C.), NICOLAU (J.), HOLSTEIN (J.), REMY NERIS (O.), WOIMANT (F.)
Institut de Veille Sanitaire. (I.n.V.S.)
Saint-Maurice. FRA

Hospitalisations en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE
2010/12/28 ; n° 49-50 : Pages : 501-506
Cote Irdes : C, P140

Objectifs - Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la proportion de patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) après un accident vasculaire cérébral (AVC) et de décrire ses variations en fonction des caractéristiques des patients, des AVC et des structures de prise en charge à la phase aiguë. Méthodes - Les patients ont été sélectionnés dans la base nationale 2007 du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) court séjour (PMSI MCO) à partir du diagnostic principal d'AVC constitué, puis chaînés dans les bases 2007 des hospitalisations des soins de suite (PMSI SSR) grâce au numéro d'anonymisation. Résultats - Parmi les patients hospitalisés en court séjour pour AVC et non décédés, 31 % ont été retrouvés dans le PMSI SSR : 7 % dans le secteur de rééducation fonctionnelle (RF) et 24 % en soins de suite médicalisés (SSM). La proportion globale de patients hospitalisés en SSR augmentait avec l'âge, alors que la prise en charge en RF était moins fréquente pour les personnes âgées. Ces deux proportions étaient plus élevées en cas d'hospitalisation initiale en unité neurovasculaire ou en soins intensifs. Les disparités régionales étaient notables. Conclusion - Parmi les patients hospitalisés en 2007 pour AVC et non décédés, 31 % ont bénéficié d'une prise en charge en SSR. Il existait des disparités selon l'âge, le sexe, la

filière de prise en charge à la phase aiguë et la région de domicile des patients.

SSIAD
Nurses home care services

49052
FASCICULE

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

Les services de soins infirmiers à domicile en 2008.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/08 ; n° 160 : Pages : 37p., tabl., graph.
Cote Irdes : C, S35
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat160.pdf>

La DREES a réalisé, en 2009, une enquête exhaustive portant sur l'exercice 2008 des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des établissements médico-sociaux dont la vocation est de dispenser des soins infirmiers, des soins d'hygiène générale ou des soins relevant d'autres auxiliaires médicaux au domicile des personnes malades ou atteintes par une diminution de leurs capacités physiques. Inscrit dans le cadre de la réforme de la solidarité pour les personnes dépendantes (plan " Vieillesse et solidarités " en novembre 2003, puis " Solidarité-Grand âge " en juin 2006) le développement des places offertes par les SSIAD est considéré comme un élément indispensable du dispositif mis à la disposition des personnes âgées pour favoriser leur maintien à domicile. Leurs interventions, dans des situations variées (phase aiguë de maladie sans gravité, dépendance pour des soins de vie que la personne ne peut assurer seule) permettent tout aussi bien de prévenir une hospitalisation lors d'une affection, que de

faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, ou de retarder une entrée en institution.

Tarification hospitalière Hospital payment system

48595
ARTICLE

CRAINICH (D.), LELEU (H.), MAULEON (A.)

Hospital's activity-based financing system and manager: physician interaction.

Le financement à l'activité des hôpitaux et le gestionnaire : interaction avec les médecins.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10 ; vol. 12 : n° 5 : Pages : 417-427, 3 fig.
Cote Irdes : P151

This paper examines the consequences of the introduction of an activity-based reimbursement system on the behavior of **physicians and hospital's managers**. We consider a private for-profit sector where both hospitals and physicians are initially paid on a fee-for-service basis. We show that the benefit of the introduction of an activity-based system depends on the type of interaction between managers and physicians (simultaneous or sequential decision-making games). It is shown that, under the activity-based system, a sequential interaction with physician leader could be beneficial for both agents in the private sector. We further model an endogenous timing game à la Hamilton and Slutsky (Games Econ Behav 2: 29–46, 1990) in which the type of interaction is determined endogenously. We show that, under the activity-based system, the sequential interaction with physician leader is the unique subgame perfect equilibrium.

Temps d'accès Waiting times

48594
ARTICLE

SCHWIERZ (C.), WUBKER (A.), KUCHINKE (B.A.)

Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals.

Discrimination dans les temps d'attente selon le type d'assurance et la solidité financière dans les hôpitaux allemands de soins aigus.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10 ; vol. 12 : n° 5 : Pages : 405-416, 6 tabl., 2 fig.
Cote Irdes : P151

This paper shows that patients with private health insurance (PHI) are being offered significantly shorter waiting times than patients with statutory health insurance (SHI) in German acute hospital care. This behavior may be driven by the higher expected profitability of PHI relative to SHI holders. Further, we find that hospitals offering private insurees shorter waiting times when compared with SHI holders have a significantly better financial performance than those abstaining from or with less discrimination.

Professions de santé/Health professions

Auxiliaires de vie Home care providers

49205

FASCICULE

NAHON (S.)

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

Les étudiants en formation sociale ou de santé pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/11 ; n° 781 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er781.pdf>

En 2009, 5 775 étudiants se sont inscrits à une formation d'auxiliaire de vie sociale (AVS), 7 332 à une formation d'aide médico-psychologique (AMP) et 24 292 à une formation d'aide-soignant (AS), principalement en Île-de-France, en Rhône-Alpes et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 10 ans, l'offre de formation à ces métiers et le nombre de diplômés ont fortement augmenté. Les étudiants aides-soignants sont les plus diplômés, quatre sur dix ont au moins le Bac à leur entrée en formation. Ces formations sont particulièrement féminisées. Les étudiants y sont aussi plus âgés que ceux des autres formations sociales et de santé : leur moyenne d'âge, d'au moins 30 ans, atteint 36 ans pour les futurs AVS. Plus de la moitié des étudiants en formation d'AS étaient en emploi l'année précédant leur entrée en formation, ainsi que les deux tiers de ceux en formation d'AMP. En revanche, plus de la moitié des futurs AVS étaient au chômage ou inactifs. Les étudiants se forment pour la plupart dans leur région, sauf pour ceux originaires des DOM ou d'une région avec une offre de formation réduite.

Démographie médicale Medical demography

49050

FASCICULE

SICART (D.)

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

Les professions de santé au 1er janvier 2011.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/07 ; n° 158 : Pages : 63p., tabl., cartes

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158-3.pdf>

L'auteur propose l'exploitation statistique du répertoire Adeli pour professions de santé : pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptiste, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs en électroradiologie, diététiciens au 1^{er} janvier 2011. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux d'effectifs et pourcentages et ventilés selon la spécialité, la situation professionnelle (libéral, salarié), le secteur d'activité, la tranche d'âge, le sexe, la région, le département et la tranche d'unité urbaine. Ils sont complétés par une cartographie régionale et départementale des densités.

Infirmiers
Nurses

48769

ARTICLE

MCGINNIS (S.), MARTINIANO (R.), MOORE (J.)

Towards a methodology for substate projections of registered nurse supply and demand in New York.

Une nouvelle méthode de projections à un niveau local de l'offre et de la demande d'infirmiers diplômés, l'exemple de l'Etat de New York.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2010/04-06 ; vol. 50 : n° 2 : Pages : 131-153

Cote Irdes : P14

Alors que la pénurie d'infirmiers se poursuit à l'échelon national dans les différents États des USA, on dispose de peu d'informations sur l'impact de cette pénurie de catégorie de personnels à des niveaux plus locaux, comme les comtés (Country) ou même de regroupements de petits comtés. Les estimations nationales et même celles au niveau des Etats peuvent masquer d'importantes variations géographiques dans la répartition des infirmiers diplômés (RN). Le centre d'études en personnel de santé de l'Ecole de Santé Publique de l'Université d'Albany (Université d'État de New York) a développé une approche pratique de prévision de l'offre et de la demande en infirmiers RN à des niveaux géographiquement plus fins. Le modèle dont s'inspire cette recherche a été adapté d'une méthodologie des modèles d'offre et de demande en infirmiers diplômés RN au plan national, développés par l'administration des ressources et services de santé du Ministère de la santé (department of Health and Human Services) permettant d'établir des projections d'offre et de demande des infirmiers RN au niveau national et par Etats (Résumé d'auteurs).

Médicaments/Pharmaceuticals

Automédication Self-medication

49262

ARTICLE

LEART (J.)

Automédication : un marché prometteur.

PHARMACEUTIQUES

2011/12 ; n° 182 - Supplément : Pages : 44-45, graph.

Cote Irdes : P28

L'automédication est un marché économiquement porteur pour la pharmacie d'officine. Mais la mise en place d'une politique de prix incitative, la maîtrise d'un conseil pharmaceutique adapté à l'offre et l'arrivée de nouveaux produits pourraient lui permettre d'atteindre définitivement un rythme de croisière.

Benzodiazépines Benzodiazepines

48606

ARTICLE

HUGNET (G.)

Haro sur les benzodiazépines.

SCIENCES ET AVENIR

2011/10 ; n° 776 : Pages : 8-14

Cote Irdes : Dossier de presse : Maladies du système nerveux

Cet article reprend les résultats d'une étude épidémiologique du professeur Bernard Bégaud sur les anxyolytiques et les somnifères (étude à paraître). Cette étude souligne l'influence néfaste d'une consommation à long terme de ces médicaments sur l'état de santé,

avec notamment le risque d'entrée dans la maladie d'Alzheimer.

Conflits d'intérêt Conflicts of interests

49300

ARTICLE

Conflits d'intérêts : les dispositifs médicaux aussi.

REVUE PRESCRIRE

2012/01 ; vol. 32 : n° 396 : Pages : 69

Cote Irdes : P80

En 2009, un ouvrage sur les dispositifs médicaux a été coécrit par un responsable de la firme Medtronic, fabricant de dispositifs médicaux, et un responsable de l'Agence sanitaire du médicament (Afssaps). Une confusion qui contribue à favoriser le point de vue des firmes, au détriment de l'intérêt des patients.

49041

ARTICLE

CHAKROUN (R.), MILHABET (I.)

Conflits d'intérêts des leaders d'opinion médicaux : effets sur la confiance du grand public et des médecins généralistes.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2011/08 ; vol. 59 : n° 4 : Pages : 233-242, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Les leaders d'opinion médicaux influencent les comportements des médecins et du public en matière de santé. La loi leur impose de divulguer au public les liens qu'ils entretiennent avec l'industrie pharmaceutique dès lors qu'ils s'expriment dans les médias. À

notre connaissance, aucune recherche n'a exploré en France l'effet de la divulgation des intérêts des leaders d'opinion sur la confiance, malgré les enjeux de leur influence. Dans ce contexte, l'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet de l'exposition à la divulgation des intérêts des leaders d'opinion sur la confiance des sujets exposés jugeant le leader d'opinion par comparaison avec le corps médical. Nous avons mis en place pour les trois variables explicatives, un plan expérimental factoriel complet avec trois modalités pour la variable exposition (divulgation occultée versus deux types de divulgation) ; avec deux modalités pour la variable sujets exposés (67 étudiantes versus 60 femmes généralistes) et avec deux modalités pour la variable sujets jugés (leader d'opinion versus corps médical). Une Anova a permis de mesurer les effets principaux et d'interaction des variables explicatives sur les jugements de confiance. Les résultats montrent que le niveau moyen de l'ensemble des jugements de confiance émis par les médecins est inférieur à celui du grand public. Le leader d'opinion jouit d'une confiance inférieure à celle du corps médical. La confiance de l'ensemble des sujets exposés est d'autant plus faible que les intérêts divulgués sont importants. Mais alors que le grand public ne fait pas de différence de confiance entre le leaders d'opinion et le corps médical, les médecins réduisent sélectivement leur confiance envers le leader d'opinion et ce d'autant plus que les intérêts divulgués sont importants. Les résultats infirment l'assertion selon laquelle la confiance du public serait réduite par la divulgation des intérêts. Ils confortent l'importance du contexte des interactions liées aux effets " qui juge qui ? " et " quelle divulgation impacte qui ? ". Ils ouvrent des perspectives de recherche pour d'autres configurations d'exposition lors de communication de masse ou collective (Résumé d'auteurs).

49037
ARTICLE
GRIGNON (M.)

Éditorial - Les experts doivent-ils révéler leurs conflits d'intérêts ?

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE
2011/08 ; vol. 59 : n° 4 : Pages : 207-209
Cote Irdes : C, P11

Faut-il arrêter de déclarer publiquement les liens des experts ou au contraire mettre totalement à nu ces experts et exposer tous leurs biais potentiels ? La réponse diffère fondamentalement selon qu'il s'agit d'un article scientifique rapportant les résultats d'une étude, d'un avis fondé sur une revue de la littérature, ou d'une recommandation en vue d'une décision politique. Des exemples significatifs illustrent ce débat. L'auteur propose des solutions à ce problème de crédibilité du message et d'impartialité des experts.

48402
ARTICLE

Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées.

REVUE PRESCRIRE
2011/09 ; vol. 31 : n° 335 : Pages : 693-696
Cote Irdes : P80

L'objectif de cet article est d'étudier l'impact des cadeaux que font les firmes pharmaceutiques aux soignants dans la promotion des médicaments. Même si les soignants s'offusquent de cette idée, des études françaises et internationales tentent à prouver l'impact psychologique inconscient de ces méthodes de marketing.

48401
ARTICLE

Firmes et associations de patients : le poids du financement.

REVUE PRESCRIRE
2011/09 ; vol. 31 : n° 335 : Pages : 693
Cote Irdes : P80

En France, comme dans d'autres pays européens, les firmes pharmaceutiques font pression pour être légalement autorisées à

informer directement les patients, y compris sur des médicaments soumis à prescription. Avec des avocats pour plaider leur cause et des **associations de patients qu'elles financent**. Cet article présente **les résultats d'une** enquête de Health Action International **montrant qu'il est** indispensable pour les patients que les associations qui les repré-**sentent s'organisent** pour être totalement indépendantes des firmes.

48160

ARTICLE

MATHESON (A.)

How Industry uses the ICMJE Guidelines to manipulate authorship – and how they should be revised.

Comment l'industrie pharmaceutique utilise les recommandations de l'ICMJE pour manipuler la paternité [d'un article scientifique] et comment elles doivent être révisées.

PLOS MEDICINE

2011 ; vol. 8 : n° 8 : Pages : 1-5

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001072>

L'industrie pharmaceutique exploite les failles des recommandations sur la rédaction des articles médicaux pour masquer ses objectifs **commerciaux. C'est ce qu'indique un article** publié dans PLoS Medicine début août, qui émet des recommandations pour plus de **transparence. L'auteur de cet article, Alastair Matheson**, sait de quoi il parle. Il travaille depuis plus de 15 ans comme consultant et rédacteur pour l'industrie pharmaceutique et biotechnologique. Dans cet article, il explique « comment l'industrie utilise les recommandations de l'ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors, Comité international des rédacteurs en chef de revues médicales) pour manipuler la paternité [d'un article scientifique] ». Depuis 1985, l'ICMJE publie régulièrement des recommandations sur le processus d'attribution de la paternité des articles médicaux, sur la déclaration des conflits d'intérêt et sur l'enregistrement des

essais cliniques afin que les chercheurs et les praticiens puissent avoir une lecture critique et appropriée des données scientifiques. Mais selon Alastair Matheson, l'industrie « a réussi non seulement à déjouer [ces] recommandations », mais aussi à « les utiliser pour attribuer de manière inappropriée la paternité [d'un article scientifique] ». Il estime que **l'industrie « a compris que l'origine des publications est un élément déterminant de la manière dont elles seront perçues, ce que les recommandations actuelles n'ont pas correctement traité »**. Selon lui, les auteurs académiques, présentés comme des « leaders d'opinion », « semblent être utilisés non seulement pour donner du poids à une publication mais aussi pour donner l'impression qu'elles proviennent des universités ». Les notions de « paternité » d'une publication et de « collaboration » définies par l'ICMJE sont interprétées de manière sélective par l'industrie pour « exagérer la participation des auteurs académiques cités et minimiser les rédacteurs commerciaux (...) listés parmi les contributeurs ». Un laboratoire peut ainsi détourner les critères de définition du premier auteur. Il laisse la rédaction finale de l'article à l'auteur académique, sans revendiquer la paternité des travaux même s'il est responsable en majorité du développement de l'étude et de l'analyse des résultats. Il dissimule ainsi son rôle derrière le nom d'un chercheur universitaire. Selon Alastair Matheson, c'est le processus même de conception et d'actualisation de ces recommandations qui doit être révisé. Pour « mettre fin à l'autodissimulation et à la déclaration partielle de la paternité qui entachent les contributions de l'industrie à la littérature médicale », il émet plusieurs propositions. Parmi elles, il faudrait utiliser des formulations plus directes, par exemple écrire « un essai clinique industriel » au lieu « d'un essai clinique financé par l'industrie ». Il faudrait aussi citer immédiatement après le titre et le premier auteur, le laboratoire qui finance l'étude et le nom du produit qu'il développe. Enfin, pour établir des normes internationales de transparence scientifique, les revues médicales

devraient se mettre en relation avec les organismes impliqués dans la formation des médecins, comme les sociétés savantes ou les sociétés organisatrices de congrès médicaux.

Génériques
Generic drugs

49261
ARTICLE
SERREPUY (S.)

Médicaments génériques : le marché de toutes les attentions.

PHARMACEUTIQUES
2011/12 ; n° 182 - Supplément : Pages : 42-43,
graph.
Cote Irdes : P28

Les médicaments génériques constituent une importante source d'économies pour l'assurance maladie. Cependant, on remarque en 2011 un ralentissement du taux de leur progression alors que leur répertoire ne fait que s'étendre. Les médecins abuseraient-ils du non substituable ? Cet article analyse cette décroissance.

48984
ARTICLE
POUZAUD (F.)

Le générique en équilibre instable.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2011/11/26 ; vol. : n° 2907 - Cahier 1 : Pages : 26-31
Cote Irdes : P44

Segment fondamental du marché officinal, le générique est malade. Et le diagnostic est clairement établi : **il souffre d'un retard de croissance** au niveau européen. Cet article en analyse les causes multiples

48651
FASCICULE, INTERNET
PARIS (V.), ZAMBROWSKI (J.J.)
POUVOURVILLE (G. de) / éd.

Génériques.

LETTRE DU COLLEGE (LA)
2011/06 ; vol. 22 : n° 2 : Pages :
Cote Irdes : En ligne
http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_2-2011.pdf

Les deux articles de cette publication sont de vibrants plaidoyers pour une politique encore plus offensive de recours aux génériques. Ils pointent néanmoins tous les deux, chacun à sa façon, sur les paradoxes d'une économie administrée des médicaments : les génériques sont presque devenus des produits « ordinaires » de consommation, avec une offre très concurrentielle. On s'attendrait donc à ce que le meilleur mode de fixation des prix pour ces produits soit le marché. Naturellement, cette concurrence devrait s'exercer à l'intérieur de règles précises de contrôle de la qualité des produits et de sécurité d'approvisionnement. Mais l'exercice de cette concurrence se heurte à d'autres régulations propres aux systèmes administrés et/ou à l'assurance maladie universelle.

Observance thérapeutique
Patient compliance

48964

ARTICLE

CHOUDHRY (N.K.), AVORN (J.), GLYNN (R.J.)

Full Coverage for Preventive Medications after Myocardial Infarction.

Prise en charge totale des médicaments à visée préventive après un infarctus du myocarde.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)
2011/11 ; Pages : 10p., tabl.
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1107913>

Adherence to medications that are prescribed after myocardial infarction is poor. Eliminating out-of-pocket costs may increase adherence and improve outcomes. We enrolled patients discharged after myocardial infarction and randomly assigned their insurance-plan sponsors to full prescription coverage (1494 plan sponsors with 2845 patients) or usual prescription coverage (1486 plan sponsors with 3010 patients) for all statins, beta-blockers, angiotensin-converting-enzyme inhibitors, or angiotensin- receptor blockers. The primary outcome was the first major vascular event or revascularization. Secondary outcomes were rates of medication adherence, total major vascular events or revascularization, the first major vascular event, and health expenditures. The elimination of copayments for drugs prescribed after myocardial infarction did not significantly **reduce rates of the trial's primary outcome**. Enhanced prescription coverage improved medication adherence and rates of first major vascular events and decreased patient spending without increasing overall health costs.

Politique du médicament
Drugs policy

49155

ARTICLE

BELLIARD (D.)

Très chers médicaments.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES
2011/12 ; n° 308 ; Pages : 44-46, graph.
Cote Irdes : P104

Cet article tente d'expliquer pourquoi tant de médicaments coûtent si cher, alors qu'ils représentent un intérêt thérapeutique faible pour les patients. Il revient sur la procédure **complexe d'autorisation, de remboursement et de fixation des prix** en usage en France, ainsi que sur la stratégie de l'industrie pharmaceutique cherchant à développer de nouveaux médicaments afin de bénéficier de la prime aux médicaments entrants.

48403

ARTICLE

Politique du médicament en France : de bonnes mesures annoncées, à compléter et surtout à faire appliquer.

REVUE PRESCRIRE
2011/09 ; vol. 31 ; n° 335 ; Pages : 697-700
Cote Irdes : P80

La politique de réforme du médicament élaborée par le gouvernement français en août 2011 reprend les recommandations formulées par diverses institutions sur le sujet (Assemblée nationale, Sénat, Inspection générale des affaires sociales, Assises du médicament...). **Cependant, plusieurs points essentiels ne figurent pas dans les mesures annoncées : le développement d'une recherche clinique publique forte et indépendante, l'accès public aux données d'évaluation clinique, le renforcement du système public décentralisé de pharmacovigilance, etc.** Prescrire évaluera l'ampleur des réformes sur les faits, et notamment à court terme **sur l'intégration des recommandations et des mesures annoncées dans la loi à venir et les décrets d'application.**

Pharmacoéconomie Pharmacoeconomy

49260

FASCICULE

Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires. (M.P.L.) Paris. FRA

L'annuel 2011 de la pharmacie.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
2011/12/17 ; n° 2910/2911 - Cahier II : Pages : 66p.,
graph., tabl.
Cote Irdes : P44

Après une interview d'Yves Bur, député UMP et rapporteur à la commission des affaires sociales pour le PLFSS (Projet de loi pour le financement de la sécurité sociale), ce dossier établit un bilan du marché des médicaments en France pour 2011 : chiffre d'affaires, marge, revenus, croissance, remboursements, médicaments chers et médicaments génériques.

48451

ARTICLE, INTERNET

THAO KHAMSING (W.), LEGAL (R.),
JUILLARD-CONDAT (B.)

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

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010.

Comptes nationaux de la santé 2010.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/09 ; n° 161 : Pages : 195p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriostat161_eclairage-evolution.pdf

Cet éclairage a pour champ principal les médicaments remboursables. Il ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais aux achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement aux ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette étude sont donc des montants hors taxes. En 2010, le marché pharmaceutique en ville des médicaments

remboursables représente 19,4 milliards d'euros, soit une évolution de +0,8 % par rapport à 2009. Dans un premier temps, cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Ensuite l'évolution du marché du médicament remboursable entre 2009 et 2010 est analysée selon trois critères : le taux de remboursement a priori, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte (respectivement la plus faible) progression en termes de chiffre d'affaires entre 2009 et 2010.

Pharmacovigilance Drug safety

49274

FASCICULE

Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2012.

REVUE PRESCRIRE
2011/12 ; vol. 30 : n° 326 : Pages : 416p.
Cote Irdes : P80

48905

ARTICLE

MONIN (R.)

Benfluorex et valvopathies : une étude personnelle à partir de 49 cas.

REVUE PRESCRIRE
2011/11 ; vol. 31 : n° 337 : Pages : 872-873
Cote Irdes : P80

Cet article rapporte les résultats d'une étude personnelle menée par un médecin cardiologue auprès de sa clientèle pour analyser l'impact de leur consommation de benfluorex (Mediator) sur leur état de santé actuel au niveau cardiovasculaire.

48601
ARTICLE

Pour éviter d'autres Mediator, des attitudes à faire évoluer.

REVUE PRESCRIRE
2011/10 ; n° 336 : Pages : 782-785
Cote Irdes : P80

L'affaire Mediator donne occasion de chercher à rééquilibrer les relations entre les firmes pharmaceutiques et les pouvoirs publics en charge du médicament en Europe et ailleurs. Pour éviter d'autres affaires de ce style, il est souhaitable qu'évoluent aussi certaines attitudes des soignants, des patients et des détenteurs d'expertise ou d'autorité dans le domaine du médicament. Cet article présente un certain nombre de pistes de réflexion sur le sujet.

Pharmacies d'officines
Community pharmacies

49171
FASCICULE
ICART (J.)

Spécial officine : dossier.

PHARMACEUTIQUES
2011/11 ; vol. : n° 191 : Pages : 46p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : c, P28

Ce dossier spécial sur l'économie de l'officine fait un bilan de la crise actuelle subie par le secteur : déremboursement de médicaments, baisse de prix, érosion des marges sur les génériques, démarrage tardif des nouvelles missions prévues dans la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires).

Prescription
Prescription

LIN (S.J.), JAN (K.A.), KAO (J.T.)

Colleague interactions and new drug prescribing behavior: the case of the initial prescription of antidepressants in Taiwanese medical centers.

Le rôle des collègues dans le comportement de prescription de nouveaux médicaments : le cas de la prescription initiale d'antidépresseurs dans les centres médicaux taïwanais.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 73 : n° 8 : 1208-1213.
Cote Irdes : P103

This research explores the social factors influencing hospital physicians' initial adoption of duloxetine hydrochloride, with a focus on colleague interactions. The study analyzes archival data compiled by the National Health Insurance Research Database of Taiwan to examine how the prescribing decisions made by psychiatrists' colleagues influence the likelihood of the psychiatrists' initial prescription. The results show that the adoption ratio of a physician's colleagues in a medical center is positively associated with the likelihood of a physician's adoption of the new drug. Specifically, colleague groups with similar and longer tenure as well as similar and older age have significantly positive effects. Colleague groups with the same and different gender also have positive effects. In summary, tenure and age, rather than gender, are vital sources of heterogeneous colleague interactions.

Prix
Pricing

49094

ARTICLE

TIMUR (A.), PICONE (G.), DESIMONE (J.)

Has the European union achieved a single pharmaceutical market ?

L'Union européenne a-t-elle mis en place le marché pharmaceutique unique ?

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE FINANCE AND ECONOMICS

2011/12 ; vol. 11 : n° 4 : Pages : 223-244, 8 tabl.

Cote Irdes : P195

This paper explores price differences in the European Union (EU) pharmaceutical market, **the EU's fifth largest industry. With the aim of** enhancing quality of life along with industry competitiveness and R&D capability, many EU directives have been adopted to achieve a single EU-wide pharmaceutical market. Using annual 1994–2003 data on prices of molecules that treat cardiovascular disease, we examine whether drug price dispersion has indeed decreased across five EU countries. Hedonic regressions show that over time, cross-country price differences between Germany and three of the four other EU sample countries, France, Italy and Spain, have declined, with relative prices in all three as well as the fourth country, UK, rising during the period. We interpret this as evidence that the EU has come closer to achieving a single pharmaceutical market in response to increasing European Commission coordination efforts.

Recherche pharmaceutique
Pharmaceutical research

48695

ARTICLE

LIGHT (D.W.), WARBURTON (R.)

Demythologizing the high costs of pharmaceutical research

Démythifier les hauts coûts de la recherche pharmaceutique

BIOSOCIETIES

2011 ; Pages : 17p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://www.pharmamyths.net/files/Biosocieties_2011_Myths_of_High_Drug_Research_Costs.pdf

It is widely claimed that research to discover and develop new pharmaceuticals entails high costs and high risks. High research and development (R&D) costs influence many decisions and policy discussions about how to reduce global health disparities, how much companies can afford to discount prices for lower- and middle-income countries, and how to design innovative incentives to advance research on diseases of the poor. High estimated costs also affect strategies for getting new medicines to the world's poor, such as the advanced market commitment, which built high estimates into its inflated size and prices. This article takes apart the most detailed and authoritative study of R&D costs in order to show how high estimates have been constructed by industry-supported economists, and to show how much lower actual costs may be. Besides serving as an object lesson in the **construction of 'facts', this analysis provides** reason to believe that R&D costs need not be such an insuperable obstacle to the development of better medicines. The deeper problem is that current incentives reward companies to develop mainly new medicines of little advantage and compete for market share at high prices, rather than to develop clinically superior medicines with public funding so that prices could be much lower and risks to companies lower as well.

Remboursement
Reimbursement

48862

ARTICLE

ALI (O.G.), TOPALER (B.)

How removing prescription drugs from reimbursement lists increases the pharmaceutical expenditures for alternatives.

Comment le déremboursement des médicaments délivrés sur ordonnance augmente-t-il les dépenses pharmaceutiques des thérapeutiques alternatives ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2011/12 ; vol. 12 : n° 6 : Pages : 553-563, 10 tabl.

Cote Irdes : P151

Changing the status of drugs from prescription-only to over-the-counter and removing them from reimbursement list has been used as a cost reduction measure by several third-party payers. In June 2006, the Turkish government, in an effort to curtail costs, removed many prescription drugs from the reimbursement list. This paper examines the effect of this policy on the expenditures for drugs that were removed from the reimbursement list and for their reimbursable alternatives that can be prescribed by physicians on patient request. To accomplish these goals, actual expenditures in four anatomical therapeutic chemical (ATC) groups were compared with expected expenditures in the absence of policy change for both removed and alternative drugs. The findings indicated that the expenditures on alternative drugs beyond expectations. In two of the four ATC groups involved in the study, the increase was large enough to wipe out the reduction in expenditures on the drugs removed from the reimbursement list.

48476

ARTICLE

BORGETTO (M.), PEIGNE (J.), BRAS (P.L.), BOUVENOT (G.) et al.

Prix et remboursement des médicaments : bilan d'une politique.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL

2011/05-06 ; n° 3 : Pages : 389-440

Cote Irdes : c, A4249

Le secteur pharmaceutique traverse actuellement une crise majeure en France avec l'affaire du Mediator. Représentant environ 20 % du budget de l'assurance maladie, la prise en charge des spécialités pharmaceutiques se trouve aujourd'hui confrontée à de nouveaux enjeux, dont le coût de plus en plus important des innovations thérapeutiques. Le régime de remboursement des médicaments repose sur des textes remontant essentiellement à 1999, malgré des réformes intervenues dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Reprenant les actes du colloque organisé, le 23 juin 2010, par l'Institut Droit et Santé de Paris Descartes, ce dossier dresse un bilan sur l'économie du médicament remboursable.

48187

ARTICLE, INTERNET

PICHETTI (S.), SERMET (C.), SORASITH (C.)

Analysis of the impact of removing mucolytics and expectorants from the list of reimbursable drugs on prescription rates: A time-series analysis for France 1998–2010.

Analyse de l'impact du retrait des mucolytiques et expectorants de la liste des médicaments remboursés sur les taux de prescription : une étude à partir de séries temporelles en France sur la période 1998-2010.

HEALTH POLICY

2011/10 ; vol. 102 : n° 2-3 : Pages : 159-169, 2 tabl., 3 fig.

Cote Irdes : R1845, P92

After a comprehensive review of the therapeutic advantage of all drugs reimbursed by the French Public Health Insurance, a large number of drugs were removed from the list of reimbursable drugs, among them mucolytics

and expectorants (ATC Class R05C) in March 2006. The aim of this study is to evaluate the impact of this measure on the mucolytic and expectorant class, on the prescription of possible substitute drugs (other bronchodilators, antitussives and antibacterials) and on the costs for Public Health Insurance: Prescription data were taken from a 850 French physicians sample surveyed by the IMS-Health Permanent Survey on Medical Prescription from 1998 to 2010. We performed linear segmented regression to determine changes in the level and slope of the prescription rates and to estimate the budget impact. Following their removal from the list of reimbursable drugs, the prescription rate for mucolytics declined significantly and we recorded an increase in the prescription rates for antitussives and bronchodilators. The medically unexpected increase in antitussives can be viewed as a negative side-effect of the policy. Four years after the reform, total savings for Public Health Insurance were estimated at EUR 32.1 million. Conclusions: Further removals from the list of reimbursable drugs should take into account the possibility of negative impact on public health and potential savings.

Cote Irdes : C, P198

L'objectif de cette revue systématique Cochrane (une méta-analyse en fait) était d'évaluer les effets « à la fois négatifs et bénéfiques d'un traitement par statine chez les sujets indemnes de maladie coronaire ». Les auteurs ont analysé 14 essais randomisés avec au moins un an de traitement et six mois de suivi, et n'ayant inclus que 10 % au plus de patients avec maladie coronarienne. Dans certains de ces essais avaient été inclus des patients avec une sténose carotidienne ou un diabète. Au total ces essais avaient inclus 34 272 participants. La mortalité toute cause est réduite par les statines (RR = 0,83, IC 95 % : 0,73-0,95). Les autres types d'événements considérés étaient aussi statistiquement réduits sous statines : les événements coronariens fatals ou non, les revascularisations. Aucun surcroît d'effets indésirables n'a été mis en évidence. Les auteurs concluent cependant que les arguments en faveur d'un traitement coût-efficace sont limités et que les statines ne doivent être prescrites en prévention primaire chez les sujets à bas risque qu'avec beaucoup de retenue (Résumé de l'éditeur).

Statines
Statins

48520
ARTICLE
BOISSEL (J.P.)

Statines et prévention primaire du risque cardiovasculaire. Une lecture critique de la revue systématique Cochrane.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011 ; vol. 7 : n° 7 : Pages : 316-321, fig.

Technologies médicales/Medical technologies

Dossier médical informatisé Electronic health records

46775

ARTICLE

ROZEMBLUM (R.), JANG (Y.), ZIMLICHMAN (E.) et al.

A qualitative study of Canada's experience with the implementation of electronic health information technology.

Une étude qualitative de l'expérience canadienne en matière de mise en oeuvre d'un système d'information électronique dans le domaine de la santé.

CMAJ : Canadian Medical Association Journal
2011 ; Pages : 8p.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.100856v2>

In 2001, Canada Health Infoway unveiled a plan to implement a national system of interoperable electronic health records. This government-funded corporation introduced a novel model for interprovincial/ territorial collaboration to establish core aspects of a national framework. Despite this \$1.6 billion initiative, Canada continues to lag behind other Western countries in adopting electronic health records. We conducted a study to identify the success of different aspects of the Canadian plan and ways to improve the adoption of electronic health records.

Prescription électronique Electronic prescribing

48582

ARTICLE

CROSSON (J.C.), ETZ (R.S.), STRAUS (S.G.)

Meaningful Use of Electronic Prescribing in 5 Exemplar Primary Care Practices.

Utilisation significative de la prescription électronique dans cinq études de cas exemplaires en soins primaires.

ANNALS OF FAMILY MEDICINE
2011 ; vol. 9 : n° 5 : Pages : 392-397

Cote Irdes : En ligne

<http://www.annfammed.org/cgi/reprint/9/5/392.pdf>

Successful use of electronic prescribing (e-prescribing) is a key requirement for demonstrating meaningful use of electronic health records to qualify for federal incentives. Currently, many physicians who implement e-prescribing fail to make substantial use of these systems, and little is known about factors contributing to successful e-prescribing use. The objective of this study was to identify successful implementation and use techniques. The authors conducted a multimethod qualitative case study of 5 ambulatory primary care practices identified as exemplars of effective e-prescribing. The practices were identified by a group of e-prescribing experts. Field researchers conducted in-depth interviews and observed prescription-related workflow in these practices. In these exemplar practices, successful use of e-prescribing required practice transformation. Practice members reported extensive efforts to redesign work processes to take advantage of e-prescribing capabilities and to create specific e-prescribing protocols to distribute prescription-related work among practice team members. These practices had substantial resources to support e-prescribing use,

including local physician champions, ongoing training for practice members, and continuous on-site technical support. Practices faced considerable challenges during use of e-prescribing, however, deriving from problems coordinating new work processes with pharmacies and ineffective health information exchange that required workarounds to ensure the completeness of patient medical records. More widespread implementation and effective use of e-prescribing in ambulatory care settings will require practice transformation efforts that focus on work process redesign while being attentive to effects on patient and pharmacy involvement in prescribing. Improved health information exchange is required to fully realize expected quality, safety, and efficiency gains of e-prescribing

Systèmes d'information Information systems

48681

ARTICLE

SALENGRO (B.)
ARZEL (G.) / coord., DEMILLY (C.) / coord.
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale.
(E.N.3.S.) Saint-Etienne. FRA

La révolution industrielle du traitement de l'information à la Caisse nationale d'Assurance maladie

L'informatique au service de la Sécurité sociale

REGARDS

2011/07 ; n° 40 : Pages : 10-19

Cote Irdes : A4269

<http://www.en3s.fr/spip.php?rubrique93>

Cet article présente le bilan et les projets de la Caisse nationale d'Assurance maladie en matière de traitement de l'information.

Télé santé Tele health

49112

FASCICULE

REYNAUDI (M.), SAUNERON (S.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)
Département Questions Sociales. Paris. FRA

Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2).

La télésanté.

NOTE D'ANALYSE (LA)

2011/12 ; vol. : n° 255 : Pages : 11p., graph.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/content/la-telesante-note-danalyse-255-decembre-2011>

A quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ? Les défis sanitaires sont nombreux : hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, etc. Pour y répondre, **deux leviers d'action sont disponibles. D'une part, le développement des coopérations entre professionnels de santé, sujet traité dans le premier volet de ce mini-dossier consacré à la santé demain. D'autre part, la production de soins à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC) : on parle alors de télésanté. Aujourd'hui, son potentiel reste à exploiter. Elle demeure un secteur émergent, confronté à des freins juridiques, économiques et culturels. Lever ces obstacles permettra de passer d'expériences éparses, nées sous l'impulsion de quelques acteurs, à un déploiement plus ambitieux. Dans un schéma idéal, l'apport de la télésanté ne se cantonnera pas à la dématérialisation des procédures existantes. Elle sera aussi à l'origine d'un saut qualitatif en engendrant de nouveaux services, des pratiques plus collégiales et une réorganisation des structures sanitaires selon leur degré de spécialisation. Ainsi, la télésanté donnera corps à un continuum de soins, contribuant à l'orientation optimale du patient dans un système intégré couvrant domicile, soins primaires et aigus, soins de suite et médico-sociaux. Enfin, les**

TIC contribueront à faire de l'utilisateur un co-producteur de santé.

48709

ARTICLE

VAYSSETTE (P.)

Télesanté : deux ans après le rapport Laborde.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2011/09-10 ; n° 40 ; Pages : 28-29

Cote Irdes : P204

Deux ans après la parution de son rapport sur la télésanté, Pierre Laborde fait un bilan de son développement actuel en France. Si certaines réalisations concrètes se sont mises en place, notamment en télésurveillance (suivi du diabète) et en télé-assistance, il existe encore des freins juridiques ainsi que des réflexions en cours sur les modes de rémunération.

Systemes de santé étrangers/ Foreign health care systems

Allemagne Germany

SUNDMACHER (L.), BUSSE (R.)

The impact of physician supply on avoidable cancer deaths in Germany. A spatial analysis.

L'impact de l'offre de soins en médecins sur la mortalité évitable par cancer en Allemagne : une analyse spatiale.

HEALTH POLICY
2011 ; vol. 103 : n° 1 : 53-62.
Cote Irdes : P92

Measures of avoidable deaths incorporate the notion that deaths from certain causes should not occur within specified age groups given effective prevention or timely and appropriate access to health care. The present study investigated the impact on specific types of avoidable cancer deaths (ACD) of regional variations in the supply of health services over five years using German districts (Kreise und kreisfreie Städte) as units of analysis. Age-standardized, average ACD rates were calculated for 2000-2004 for each of the 439 districts in Germany using unit-record mortality data. The distribution of ACD was subsequently analyzed using country maps and negative binomial regression with random intercepts. Potential endogeneity of physician supply to ACD was controlled for using an instrumental variable approach. The panel data for the years 2000-2004 were merged from a range of official statistics including mortality and hospital records (DESTATIS) and statistics provided by the Federal Office for Building and Regional Planning (IN-KAR). In women, 27.81 per 100,000 died from preventable or treatable cancer types in an average year between 2000 and 2004. The rates for men were generally higher, with

40.07 standardized ACD per 100,000. The regression results showed that an increase in physician supply per 100,000 was significantly associated with lower ACD rates in cancer of the female breast, and cancer of the colon, rectosigmoid junction, rectum and anus in both sexes. The contribution ranged from a decrease by a factor of 0.9994 (female breast cancer) to a factor of 0.9986 (cancer of the colon, rectosigmoid junction, rectum and anus in men) in ACD rate as the physician-population ratio increased by one unit. An increase in physician density tended to be associated with a small reduction in some ACD rates. We suggest that better accessibility or quality of care might have linked increased physician density with improved health outcomes.

Australie Australia

46693
ARTICLE, INTERNET
PEARCE (C.), PHILLIPS (C.), HALL (S.)

Following the funding trail: Financing, nurses and teamwork in Australian general practice.

Suivre la piste du financement : financement, infirmiers et travail d'équipe en pratique générale en Australie.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 ; vol. 12 : n° 38 : Pages : 9p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-38.pdf>

Background: Across the globe the emphasis on roles and responsibilities of primary care teams is under scrutiny. This paper begins with

a review of general practice financing in Australia, and how nurses are currently funded. We then examine the influence on funding structures on the role of the nurse. We set out three dilemmas for policymakers in this area: lack of an evidence base for incentives, possible untoward impacts on interdisciplinary functioning, and the substitution/enhancement debate. Methods: This three year, multimethod study undertook rapid appraisal of 25 general practices and year-long studies in seven practices where a change was introduced to the role of the nurse. Data collected included interviews with nurses (n = 36), doctors (n = 24), and managers (n = 22), structured observation of the practice nurse (51 hours of observation), and detailed case studies of the change process in the seven year-long studies. Results: Despite specific fee-for-service funding being available, only 6% of nurse activities generated such a fee. Yet the influence of the funding was to focus nurse activity on areas that they perceived were peripheral to their roles within the practice. Conclusions: Interprofessional relationships and organisational climate in general practices are highly influential in terms of nursing role and the ability of practices to respond to and utilise funding mechanisms. These factors need to be considered, and the development of optimal teamwork supported in the design and implementation of further initiatives that financially support nursing in general practice.

Canada
Canada

48670

ARTICLE

HUTCHINSON (B.), LEVESQUE (J.F.),
STRUMPF (E.)

**Primary Health Care in Canada:
Systems In Motion.**

*Soins de santé primaires au Canada :
des systèmes en mouvement.*

MILBANK QUARTERLY (THE)

2011/06 ; vol. 89 : n° 2 : Pages : 256-288

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1913938

During the 1980s and 1990s, innovations in the organization, funding, and delivery of primary health care in Canada were at the periphery of the system rather than at its core. In the early 2000s, a new policy environment emerged. This policy analysis examines primary health care reform efforts in Canada during the last decade, drawing on descriptive information from published and gray literature and from a series of semistructured interviews with informed observers of primary health care in Canada. Primary health care in Canada has entered a period of potentially transformative change. Key initiatives include support for interprofessional primary health care teams, group practices and networks, patient enrolment with a primary care provider, financial incentives and blended-payment schemes, development of primary health care governance mechanisms, expansion of the primary health care provider pool, implementation of electronic medical records, and quality **improvement training and support.** Canada's experience suggests that primary health care transformation can be achieved voluntarily in a pluralistic system of private health care delivery, given strong government and professional leadership working in concert.

Etats-Unis
United States

GETTENS (J.), MITRA (M.), HENRY (A.D.),
HIMMELSTEIN (J.)

Have working-age people with disabilities shared in the gains of Massachusetts health reform?

Les personnes handicapées en âge de travailler ont-elles bénéficié de la réforme de santé au Massachusetts ?

INQUIRY

2011 : vol. 48 : n° 3 : 183-196.

Cote Irdes : P34

The Massachusetts health reform, implemented in 2006 and 2007, reduced the uninsurance rate for working-age people with disabilities by nearly half. Enrollment in Medicaid and subsidized insurance accounted for most of the gain in insurance coverage. The reduction in uninsurance was greatest among younger adults. The reform also reduced cost-related problems obtaining care; however, cost remains an obstacle, particularly among young adults with disabilities. The Massachusetts outcomes demonstrate that insurance subsidies, Medicaid expansions for low-income adults, individual insurance mandates, and enrollment initiatives can lead to substantial reductions in uninsurance and cost-related problems obtaining care among working-age people with disabilities.

SHEILS (J.F.), HAUGHT (R.)

Without the individual mandate, the Affordable Care Act would still cover 23 million; premiums would rise less than predicted.

Sans le mandat individuel, l'Acte pour des soins abordables devrait encore couvrir 23 millions de personnes, et les primes devraient augmenter moins que prévu.

HEALTH AFFAIRS

2011 : vol. 30 : n° 11 : 2177-2185.

Cote Irdes : P95

Many policy analysts fear that eliminating the individual health insurance mandate and penalty from the Affordable Care Act of 2010 would lead to a "premium spiral," in which healthy people would drop coverage, premiums would soar, and the number of people with coverage would plummet. However, there are other provisions of the law that would greatly mitigate this effect. For example, the subsidies provided in the law to help people purchase coverage through health insurance exchanges would restrain a premium spiral by absorbing much of the impact of premium increases. We estimate that if the mandate were lifted, premiums in the individual market would increase by 12.6 percent-somewhat less than other estimates-with 7.8 million people losing coverage, versus other estimates for coverage loss of 16-24 million people. In sum, the Affordable Care Act would still cover 23 million people who would have been uninsured without the law. Our study suggests that although the mandate would have important effects on premiums and coverage, it might not be essential to the act's successful implementation.

Europe
Europe

46685

ARTICLE

GUIGNER (S.)

L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2011/03 ; vol. 29 : n° 1 : Pages : 81-105, fig.

Cote Irdes : P86

A l'heure où l'Etat tente de réinvestir la santé publique, cet article analyse l'impact de l'Union européenne sur les politiques et pratiques en la matière. L'auteur examine les aspects de la santé publique couverts par l'Union européenne et met en évidence deux

mécanismes au travers desquels elle produit son influence. Le premier mécanisme est une européanisation verticale de la santé publique, puisque l'Union peut contraindre les acteurs du secteur à suivre des modèles spécifiques. Le deuxième mécanisme est une européanisation horizontale, l'Union pouvant favoriser l'apprentissage de nouvelles pratiques et politiques. En conclusion, bien que peu considérée, l'Union européenne constitue donc un acteur clé dans le champs de la santé publique, au même titre que l'Etat et les autorités internationales (Résumé de l'éditeur).

Irlande
Ireland

NOLAN (A.)

An extension in eligibility for free primary care and avoidable hospitalizations: a natural experiment.

Extension de l'admissibilité pour les soins primaires gratuits et hospitalisations évitables : une expérimentation naturelle.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 73 : n° 7 : 978-985.
Cote Irdes : P103

In the Republic of Ireland, approximately 30 per cent of the population ('medical card patients') are entitled to free GP services. Eligibility is determined primarily on the basis of an income means test. The remaining 70 per cent of the population ('private patients') must pay the full cost of GP consultations. In July 2001, eligibility for a medical card was extended to all those over 70 years of age, regardless of income. This extension in eligibility provides a natural experiment whereby we can examine the influence of access to free GP services on avoidable hospitalizations. Avoidable hospitalizations are those that are potentially avoidable with timely and effective access to primary care services or that can be treated more ap-

propriately in a primary care setting. Using hospital discharge data for the period 1999-2004, the purpose of this paper is to test the proposition that enhanced access to GP services for the over 70s after July 2001 led to a decline in avoidable hospitalizations among this group. The results indicate that while avoidable hospitalizations for the over 70s did decline after 2001, they also fell for the under 70s, meaning that a significant difference-in-difference effect could not be identified.

Italie
Italy

DEL (V.M.), DE (P.C.).

Italian public health care organizations: specialization, institutional deintegration, and public networks relationships.

Le secteur public du système de santé italien : spécialisation, désintégration institutionnelle et relations entre les réseaux publics.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES
2011 : vol. 41 : n° 4 : 757-774.
Cote Irdes : P35

The Italian National Health Service (INHS) has undergone profound changes over the past three decades. With establishment of the INHS in 1978--a tax-based public health care system with universal coverage--one of the underlying principles was integration. The recognition of health and health care as requiring integrated answers led to the creation of a single public organization, the Local Health Unit, responsible for the health status of the population of its catchment area. At the beginning of the 1990s, the scenario radically changed. The creation of hospital trusts, the development of quasi-market mechanisms and management control tools, the adoption of a prospective payment system for reimbursing health care providers--all were signs of deintegration and institutional

unbundling. Two structural changes have deeply sustained this deintegration: patients' empowerment and the increased possibilities for outsourcing practices. In more recent years, a new reintegration effort has occurred, often led by regional governments and based on institutional cooperation and network relationships. However, the earlier structural changes require innovative approaches and solutions if public health care organizations want to retain their leading role.

BRENNA (E.)

Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: the Lombardy model of Italy.

Quasi-marché et maîtrise des coûts dans les systèmes béveridgiens : le modèle lombard de l'Italie.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 103 : n° 2-3 : 209-218.
Cote Irdes : P92

In the very recent past, the Lombardy health care system - established in 1997 on the quasi market model - has caught the interest of researchers and politicians in different OECD countries(1). Its merits, compared to other Italian regional systems, are the control of health care spending and the balanced budget, in a frame of good quality of services and patient choice. From the theoretical point of view, an appealing aspect of the Lombardy model is its gradual shift from a quasi market (QM) to a "quasi administered" system, which maintains all the typical features of the QM orientation - separation between purchasers and providers, the co-presence of public, not for profit and public providers, and patient free choice - but has deliberately sacrificed competition in order to control health expenditure. Another aspect of the Lombardy model is the sharp presence of private providers: the evidence that private sector is mainly concentrated in the long term care, where risks of complications are lower and financial remuneration is higher, suggests that a closer control should be exerted on hospital activity. Furthermore, possible distortions such as cream skinning and cherry picking by

the private providers need more consideration. Another concern is linked to health spending control: equity issues could arise when observing a still relatively high share of private (out of pocket) health care expenditure. The paper stems from a literature review and tries to analyse the evolution of this regional system, the institutional path that brought to the implementation of the model, its theoretical basis, its merits and criticism. The period considered ranges from 1997, when the reform was enacted, to 2010.

Nouvelle-Zélande
New-Zealand

GAULD (R.), AL-WAHAIBI (S.), CHRISHOLM (J.), CRABBE (R.), KWON (B.), OH (T.), PALEPU (R.), RAWCLIFFE (N.), SOHN (S.)

Scorecards for health system performance assessment: the New Zealand example.

Cartes de notation pour l'évaluation des performances du système de santé: l'exemple de la Nouvelle-Zélande.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 103 : n° 2-3 : 200-208.
Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: To develop a national scorecard for assessing health system performance derived from routine data. METHODS: We drew upon national and international data to develop benchmarks for health system performance, then applied basic ratio scores to compare New Zealand performances to the benchmark. 64 indicators were included in four assessment categories: healthy lives, quality, access, and efficiency. In a fifth category, 27 of these indicators were used to score health system equity. Indicator scores in each category were then averaged to give a health system score out of 100. RESULTS: New Zealand's health system achieved an overall score of 71 out of 100. The system scored relatively well on quality and efficiency, but poorly on equity despite consi-

derable government investment in reducing inequalities. CONCLUSIONS: The scorecard offers a useful method for combining a range of data to give an overall picture of health system performance, highlighting strengths, weaknesses and areas for improvement. This initial study provides a baseline for assessing New Zealand's performance over time and, where data permit, a template for other countries to follow.

Pays-Bas
The Netherlands

48865
ARTICLE

HALBERSMA (R.S.), MIKKERS (M.C.),
MOTCHENKOVA (E.)

Market structure and hospital-insurer bargaining in The Netherlands.

*La structure du marché et la négociation
hôpital-assureur aux Pays-Bas.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)
2011/12 ; vol. 12 : n° 6 : Pages : 589-603, 3 fig., 4
tabl.
Cote Irdes : P151

In 2005, competition was introduced in part of the hospital market in the Netherlands. Using a unique dataset of transactions and list prices between hospitals and insurers in the years 2005 and 2006, we estimate the influence of buyer and seller concentration on the negotiated prices. First, we use a traditional structure-conduct-performance model (SCP-model) along the lines of Melnick et al. (J Health Econ 11(3): 217-233, 1992) to estimate the effects of buyer and seller concentration on price-cost margins. Second, we model the interaction between hospitals and insurers in the context of a generalized bargaining model similar to Brooks et al. (J Health Econ 16: 417-434, 1997). In the SCP-model, we find that the market shares of hospitals (insurers) have a

significantly positive (negative) impact on the hospital price-cost margin. In the bargaining model, we find a significant negative effect of insurer concentration, but no significant effect of hospital concentration. In both models, we find a significant impact of idiosyncratic effects on the market outcomes. This is consistent with the fact that the Dutch hospital sector is not yet in a long-run equilibrium.

Québec
Quebec

48792
ARTICLE
MSEFER-LAROUCSI (S.)

Analyse sociohistorique du système de couverture des services dentaires au Québec.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2010/07-09 ; n° 3 : Pages : 257-267
Cote Irdes : C, P25
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/POS1003_Analyse_de_la_couverture_des_soins_dentaires.pdf

Le système de santé du Québec repose sur le principe d'une assurance maladie universelle. Pourtant les soins dentaires sont exclus de ce régime universel. L'exclusion des soins dentaires, l'adoption de programmes ciblés et leur vulnérabilité constituent l'objet de cette recherche. L'objectif de cette étude était d'expliquer les fondements historiques et les facteurs explicatifs de l'exclusion des soins dentaires et de la vulnérabilité des programmes mis en place au cours de la période 1974-1983.

48328
ARTICLE

BRETON (M.), LEVESQUE (J.F.), PINEAULT (R.), et al.

L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2011/04-06 ; vol. : n° 2 : Pages : 101-109
Cote Irdes : C, P25
<http://www.strategie.gouv.fr/content/la-telesante-note-danalyse-255-decembre-2011>

Depuis plusieurs années, l'idée de réformer les soins de santé primaires comme stratégie d'amélioration de la performance du système de santé fait consensus au Canada. Toutefois, ce n'est que récemment que de réelles initiatives de transformations ont été entreprises dans différentes provinces canadiennes. A cet égard, le modèle de Groupes de médecine de famille (GMF) mis en place au Québec apparaît comme une initiative prometteuse pour améliorer l'organisation des soins de santé primaires.

Royaume-Uni
United Kingdom

48516
ARTICLE

LEFRESNE (F.)

Privatisation du système de santé : offensive et recul du gouvernement Cameron.

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES
2011/07 ; n° 131 : Pages : 55-55-63, 7 graph.
Cote Irdes : P177
<http://www.ires-fr.org/images/stories/C131-4.pdf>

Cet article met en perspective les réformes du système de santé britannique sur les deux dernières décennies afin de prendre la mesure des enjeux auxquels se trouve confrontée le NHS.

Suède
Sweden

JANSSON (E.), FOSSE (E.), TILLGREN (P)

National public health policy in a local context--implementation in two Swedish municipalities.

Politique de santé publique nationale dans un contexte local. Mise en œuvre dans deux municipalités suédoises.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 103 : n° 2-3 : 219-227.
Cote Irdes :

OBJECTIVES: In 2003 the wide-ranging Swedish National Public Health Policy (SNPHP), with a focus on health determinants, was adopted by the Swedish parliament. In the context of multilevel governance, SNPHP implementation is dependent on self-governed municipalities and counties. The aim of the study is, from a municipal perspective, to investigate public-health policies in two municipalities. METHODS: Content analysis of documents and interviews provided a foundation for an explorative case study. RESULTS: The SNPHP at national level is overriding but politically controversial. At local level, a health-determinants perspective was detectable in the policies implemented, but none regarding to health equality. At local level, the SNPHP is not regarded as implementable; rather, limited parts have, to varying degrees, been reconciled with local public-health goals, according to municipal needs and conditions. A success-promoting factor in the two municipalities was the presence of committed and knowledgeable actors/implementers. Also, the municipality with a more centrally controlled and stable party-political leadership succeeded better in implementing structural and intersectoral community-wide policies for coordinated local health promotion. CONCLUSIONS: The contents of national and local public-health policies differ, and municipalities that have implemented their own local health policies do not seem to regard the SNPHP as justifiable or adoptable. If the SNPHP overall aim regarding

equal health is to be achieved homogeneously in Swedish municipalities, its contents and purpose need clearer management and negotiation, so that implementation of the national policy locally is understandable and motivated.

Prévision-Evaluation/Prevision-Evaluation

Performance Performance

JAAFARIPOOYAN (E.), AGRIZZI (D.),
AKBARI-HAGHIGHI (F.)

Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures.

*Accréditation des systèmes de santé :
d'autres perspectives sur les mesures
de la performance.*

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN
HEALTHCARE
2011 : vol. 23 : n° 6 : 645-656.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: The purpose of this paper is to identify and suggest a number of performance measures to facilitate the evaluation of accreditation programs in healthcare. METHODS: The paper is based on an exploratory research which has used qualitative methods, including snowball sampling technique, email interview and thematic content analysis. PARTICIPANTS: Respondents (experts and professionals) were selected from a diverse spectrum ranging from healthcare organizations, universities and accreditation-associated institutions. RESULTS: The analysis of the data provided key measures to be considered in the evaluation of accreditation programs' impact at macro and micro levels as well as their nature and operations. The measures can be used to, for example, assess the degree of stakeholders' reliance on accreditation results, measure the cost of accreditation for participating organizations and serve as a formal mechanism for accredited organizations to appeal accreditation decisions. CONCLUSIONS: This paper has brought together a number of generic, yet influential and workable, measures which could be utilized for assessing the overall performance of an accreditation program in healthcare. The application of these measures depends on the

features of given accreditation program and the context in which the program operates. Therefore, the next step/steps in the assessment of an accreditation program might be choosing the measures suiting that program.

Politique publique Public policy

47158
ARTICLE
CASES (C.), LE DUFF (F.), GUERIN (G.)

L'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 74 : Pages : 3-4
Cote Irdes : P, P49

Le Haut Conseil de la Santé publique a rendu son rapport d'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV). Après avoir relevé le manque de moyens attribués et la redondance avec les autres grands plans, il propose de reconduire ce plan en améliorant sa gouvernance, en y incluant la problématique des inégalités de santé et en différenciant les actions à visée collective et celles à visée individuelle.

Protection sociale
Social protection

48597
ARTICLE
OLSSON (T.M.)

Comparing top-down and bottom-up costing approaches for economic evaluation within social welfare.

Comparaison de deux méthodes d'approches de coût " descendante " et " ascendante " utilisées pour l'évaluation de la protection sociale.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10 ; vol. 12 : n° 5 : Pages : 445-453, 5 tabl.
Cote Irdes : P151

This study compares two approaches to the estimation of social welfare intervention costs: one "top-down" and the other "bottom-up" for a group of social welfare clients with severe problem behavior participating in a randomized trial. Intervention costs ranging over a two-year period were compared by intervention category (foster care placement, institutional placement, mentorship services, individual support services and structured support services), estimation method (price, micro costing, average cost) and treatment group (intervention, control). Analyses are based upon 2007 costs for 156 individuals receiving 404 interventions. Overall, both approaches were found to produce reliable estimates of intervention costs at the group level but not at the individual level. As choice of approach can greatly impact the estimate of mean difference, adjustment based on estimation approach should be incorporated into sensitivity analyses. Analysts must take care in assessing the purpose and perspective of the analysis when choosing a costing approach for use within economic evaluation.

Qualité des soins
Quality of care

MEARS (A.), VESSEUR (J.), HAMBLIN (R.), LONG (P.), DEN (O.L.)

Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators.

Classification des indicateurs de qualité : une collaboration entre les régulateurs néerlandais et anglais.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTHCARE
2011 : vol. 23 : n° 6 : 637-644.
Cote Irdes : P194

INTRODUCTION: Many approaches to measuring quality in healthcare exist, generally employing indicators or metrics. While there are important differences, most of these approaches share three key areas of measurement: safety, effectiveness and patient experience. The European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care (EPSO) exists as a working group and discussion forum for European regulators. This group undertook to identify a common framework within which European approaches to indicators could be compared. APPROACH: A framework was developed to classify indicators, using four sets of criteria: conceptualization of quality, Donabedian definition (structure, process, outcome), data type (derivable, collectable from routine sources, special collections, samples) and data use (judgement (singular or part of framework) benchmarking, risk assessment). Indicators from English and Dutch hospital measurement programmes were put into the framework, showing areas of agreement and levels of comparability. In the first instance, results are only illustrative. CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS: The EPSO has been a powerful driver for undertaking cross-European research, and this project is the first of many to take advantage of the access to international expertise. It has shown that through development of a framework that deconstructs national indicators, commonali-

ties can be identified. Future work will attempt to incorporate other nations' indicators, and attempt cross-national comparison.

dépenses sociétales, dont 30 euros de dépenses directes.

Violence conjugale
Conjugal violence

47283

ARTICLE

NECTOUX (M.), MUGNIER (C.), BAFFERT (S.), et al.

Évaluation économique des violences conjugales en France.

SANTE PUBLIQUE

2010/07-08 ; n° 4 : Pages : 405-416

Cote Irdes : C, P143

L'objectif de cette étude est d'évaluer les coûts des violences conjugales en France. À partir des données publiées, des sources institutionnelles, d'études de terrain et d'avis d'experts, le coût des violences conjugales a été estimé du point de vue de la collectivité. Différentes approches économiques ont été croisées (l'approche micro, méso et macro-économique). Le coût global des violences conjugales en France a été estimé à 2,5 milliards d'euros par an (entre 1,7 et 3,5 milliards d'euros, 2006). Ce coût est composé de différents postes de dépenses : les coûts pour le système de soins qui représentent 483 millions d'euros, les coûts du secteur médico-social et judiciaire, qui représentent 355 millions d'euros, les pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme qui représentent 1 099 millions d'euros, soit plus de 40 % du coût global et enfin, les coûts humains des viols et des blessures graves, qui représentent 535 millions d'euros. Cette étude tend à montrer qu'en augmentant de un euro le budget des politiques de prévention des violences conjugales, l'État, l'assurance maladie ou encore les collectivités locales pourraient économiser jusqu'à 87 euros de

Méthodologie-Statistiques/Methodology-Statistics

Appariement Matching

48457

ARTICLE

GENSBITTEL (M.H.), RIANDEY (B.)
Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.N.S.E.E.) Paris. FRA

Appariements sécurisés et statistique (2000-2011) : une décennie d'expériences.

COURRIER DES STATISTIQUES

2011/09 ; n° 131 : Pages : 1-7

Cote Irdes : S15

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs131b.pdf

En novembre 2010 s'est tenu un séminaire sur les appariements sécurisés organisé par la Société française de statistiques (SFdS). Cet article fait le point sur le recours à cette technique d'enrichissement des données statistiques au cours de la dernière décennie.

Chaînage Linkage

49042

ARTICLE

BOCQUIER (A.), THOMAS (N.), ZITOUNI (J.), LEWANDOWSKI (E.), CARTAREDONA (S.), JARDIN (M.), FAVIER (O.), FINKEL (S.), CHAMPION (F.), BERNARDY (A.), TRUGEON (A.), VERGER (P.)

Évaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers pour l'étude des variations spatiales de santé à partir des données du PMSI. Étude de faisabilité dans trois régions françaises.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ
PUBLIQUE

2011/08 ; vol. 59 : n° 4 : Pages : 243-249, tabl., fig.
Cote Irdes : C, P11

Depuis 2001, les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comportent un numéro de chaînage anonyme permettant de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient. Sous réserve d'une qualité de chaînage suffisante, ces données pourraient contribuer à l'évaluation de la prévalence de certaines pathologies à l'échelle territoriale où peu de données de morbidité sont disponibles. Cette étude analyse le lien potentiel entre la qualité du chaînage et les taux de personnes hospitalisées dans trois régions françaises (Bretagne, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Cette analyse porte sur des séjours hospitaliers (hors séances) en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur la période 2004-2005 (ensemble des séjours, séjours avec mention de cancer ou d'asthme). Pour étudier la qualité du chaînage, le pourcentage des séjours chaînables (pas d'erreur lors de la procédure d'anonymisation) a été calculé au niveau des régions et des territoires infrarégionaux utilisés par les décideurs régionaux dans le champ sanitaire. L'intervalle interquartile (troisième quartile-premier quartile) du pourcentage de séjours chaînables a été calculé et le lien entre ce dernier et le taux standardisé de personnes hospitalisées au moins une fois en 2004-2005 testé à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman. Toutes causes confondues, les pourcentages de séjours chaînables étaient de 94,4 %, 96,6 % et 97,0 % respectivement en Picardie, Paca et Bretagne. Les variations infrarégionales étaient plus élevées en Picardie (intervalle interquartile de 4 à 6) qu'en Bretagne et Paca (1 à 2). Le pourcentage de séjours chaînables était significativement corrélé au taux de personnes hospitalisées pour l'ensemble des séjours et ceux avec mention de cancer, en Picardie uniquement. Les résultats incitent à utiliser avec prudence les données du PMSI antérieures à 2006 et à analyser la qualité du chaînage avant d'effectuer des

comparaisons géographiques ou des évolutions temporelles du taux de personnes hospitalisées. Celles-ci ne sont pas toujours envisageables. De nouvelles analyses devraient être conduites dans les autres régions et sur les évolutions récentes du taux de chaînage (Résumé d'auteurs).

Pauvreté
Poverty

48930

ARTICLE, INTERNET
NIGGEBRUGGEA (A.), HAYNESB (R.),
JONESB (A.) et al.

***The index of multiple deprivation
2000 access domain: a useful
indicator for public health?***

*Le domaine d'accès de l'indice de pauvreté
multiple 2000 : un indicateur utile pour la
santé publique ?*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011/11 ; vol. 60 : Pages : 2743–2753, 4 tabl., 5 fig.
Cote Irdes : En ligne

The access domain of the UK index of multiple deprivation (IMD) 2000 was designed to identify populations in small areas with poor geographical access to certain local key services. The measure is a composite of straight line distances to post offices, large food shops, primary schools and general practice surgeries for population sub-groups. Using the region of East Anglia as a case study area, this research evaluated the utility of the IMD2000 as an indicator of access to primary care. IMD2000 access scores for electoral wards were compared with a range of more detailed indicators of travel times and bus availability for visiting a general practitioner generated in a geographical information system (GIS). A range of easy-to-calculate surrogate variables was developed and tested as possible candidates to improve the explanatory power of the IMD2000 access score. The access domain was negatively

correlated with the other five deprivation domains that comprise the overall index, suggesting that access should not be combined with the other measures of deprivation into a composite single score. The access domain was also found to predict access to primary care only with moderate accuracy. Two additional indicators of accessibility calculated in a GIS (road kilometres per thousand population and the presence of a major road in each ward) were found to add slightly to the power of the index. The predictive power of the index was best in urban areas, although it is in rural areas that access to primary care is a more important public health issue. The IMD2000 should be therefore used with caution as a measure of health service accessibility in rural areas.

47953

ARTICLE
GELOT (D.)

La mesure de la pauvreté.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES
2011/07-08 ; n° 304 : Pages : 80-83, graph.
Cote Irdes : c, P104

La France comptait 8 millions de pauvres en 2008, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes économiques (INSEE). Face à une telle situation, le gouvernement s'est engagé à réduire d'un tiers la pauvreté d'ici 2012. Mais comment mesure-t-on exactement la pauvreté ? Le sujet fait débat. Le résultat de l'action gouvernementale aussi.

Qualité des soins
Quality of care

49233
ARTICLE

JANUEL (J.M.), COURIS (C.M.), LUTHI (J.C.), HALFON (P.), TROMBERT PAVIOT (B.), QUAN (H.), DROSLER (S.)

Adaptation au codage CIM-10 de 15 indicateurs de la sécurité des patients proposés par l'Agence étasunienne pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ).

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2011/10 ; vol. 59 : n° 5 : Pages : 341-350, tabl., fig.
Cote Irdes : C, P11

Position du problème : Aux États-Unis, l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ) a développé 20 indicateurs de la sécurité des patients afin de mesurer la survenue d'événements indésirables liés aux soins (EIS) à partir des données médico-administratives codées selon la neuvième révision de la classification internationale des maladies (CIM-9-CM). L'adaptation de ces indicateurs de sécurité des patients (Patient Safety Indicators [PSI]) à la version OMS de la CIM-10 du codage des diagnostics a été réalisée par un consortium international. Méthodes : Les codes diagnostiques CIM-9-CM proposés par l'AHRQ ont été transcodés en CIM-10-OMS parallèlement par deux équipes. Un processus Delphi a été utilisé par des experts de six pays qui ont évalué indépendamment chaque code en précisant s'il était " inclus ", " exclus " ou " incertain ". Les experts se sont ensuite réunis pour discuter les codes qui n'avaient pas obtenu un consensus et les codes additionnels proposés. Résultats : Quinze PSI ont été adaptés. Parmi les 2569 codes diagnostiques proposés, 1775 ont été adoptés unanimement d'emblée. Les 794 codes restants et 2541 codes additionnels ont été discutés. Trois documents ont été préparés : (1) une liste de codes CIM-10-OMS pour les 15 PSI adaptés ; (2) des recommandations destinées à l'AHRQ pour l'amélioration du cadre nosologique et du codage des PSI avec la

CIM-9-CM ; (3) des recommandations destinées à l'OMS pour améliorer la CIM-10. Conclusion : Ce travail permet d'envisager des comparaisons internationales des PSI entre les pays qui utilisent la CIM-10. Toutefois ces PSI doivent encore faire l'objet d'une évaluation plus approfondie avant leur utilisation (Résumé d'auteurs).

Tarification hospitalière
Hospital payment system

48857
ARTICLE

PIRSON (M.), DELO (C.), MARTINS (D.), LECLERCQ (P.)

Comparison of cost-weights scales methodologies in the perspective of a financing system based on pathologies.

Comparaison des méthodologies des échelles de coûts-poids dans la perspective d'un système de financement basé sur les pathologies.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/12 ; vol. 12 : n° 6 : Pages : 503-508, 4 tabl.
Cote Irdes : P151

The objectives of this article are to evaluate the possibility to create a cost_weights scale by pathology on the basis of cost data from Belgian hospitals, to compare several methodologies to create this CW scale, and to evaluate the financial impact of a modification of the financing system on hospitals' income. CW scales were elaborated according to various methodologies in order to isolate the scale allowing the most adequate financing system, i.e. approaching the real costs as much as possible. Twelve scales were created. They vary according to the type of data used, according to DRGs and severities of illness included within the scale, and according to the variable used in order to isolate outliers. For a similar case-mix, Hospitals H2 and H5 would

see their financing increased through a prospective system based on the selected CW scale (No. 6). This modification would generate a reduction in financing going from -1 to -9% according to hospitals. The cost database created made it possible to create a CW scale according to a technique which could constitute the first step of a PPS if advantages of a such financing system were established. In the Belgian context, it would be probably judicious to envisage regional databases allowing diversified methodological approaches whose results would be confronted, discussed, and coordinated at the federal level.

46910

ARTICLE

SIBILLE (A.L.), BOULET (N.)

***Du modèle ENC au modèle ENCc :
Impact, exemples. Le point de vue de
l'ATIH.***

13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2010/10-11 ; vol. 28 : n° 6-7 : Pages : 231-233

Cote Irdes : C, P85

Le passage de l'Etude Nationale de Coûts (ENC) à l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCc) s'inscrit dans le contexte de mise en oeuvre de la T2A MCO et plus particulièrement de la convergence tarifaire entre les deux secteurs ex-DGF et ex-OQN. En effet, le modèle de l'ENC pour le champ MCO a été revu dans le but de disposer de référentiels de coûts issus d'une méthodologie commune aux deux secteurs. Cet article présente et évalue de façon quantifiée les changements méthodologiques induits. Concrètement, l'application de la nouvelle méthode s'est traduite par une diminution du coût de LGG estimé des séances au profit d'une augmentation du coût de LGG (Logistique de gestion générale) estimé des séjours de moins de 2 jours (CM 24).

Démographie-Modes de vie/ Demography-Living conditions

Espérance de vie Health expectancy

46918

FASCICULE

VALLIN (J.), MESLE (F.)

Institut National d'Etudes Démographiques.
(I.N.E.D.) Paris. FRA

Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?

POPULATION & SOCIÉTÉS

2010/12 ; n° 473 ; Pages : 4p., fig.

Cote Irdes : C, P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1521/publi_pdf1_pes473.pdf

Dans un article paru en 2002 dans la revue Science, James Oeppen et James Vaupel, observant que les records d'espérance de vie avaient progressé linéairement depuis 1841 au rythme constant de 3 mois par an, en concluaient qu'il y avait toute raison de croire que cela continuerait encore longtemps. Un réexamen critique des données et une vue plus longue sur le passé indiquent, au contraire, que les rythmes de croissance de l'espérance de vie ont varié avec le temps, au fur et à mesure que les ressorts essentiels du progrès sanitaire ont eux-mêmes changé. En particulier, le rythme caractérisant l'étape la plus récente, la révolution cardiovasculaire, a été moins rapide que celui de la période précédente, celle de la victoire sur les maladies infectieuses. Plus l'espérance de vie augmente, plus sa progression exige un recul massif de la mortalité à des âges de plus en plus élevés. La suite dépendra d'innovations à venir dont on ne peut connaître aujourd'hui le rythme d'accomplissement. Une espérance de vie de 100 ans n'est certainement pas hors de portée mais nul ne peut encore dire à quelle échéance.

Indicateurs démographiques Demographic indicators

48629

FASCICULE

LEON (O.)

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

La population active en métropole à l'horizon 2030 : une croissance significative dans dix régions.

INSEE PREMIERE

2011/10 ; n° 1372 ; Pages : 4p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P172

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=i_p1371

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1371/ip1371.pdf>

Entre 2010 et 2030, la population active augmenterait significativement dans dix régions : **dans le Sud et l'Ouest de la métropole, ainsi qu'en Île-de-France. L'alternance de générations nombreuses puis creuses sur le marché du travail, l'évolution des comportements d'activité et les migrations interrégionales, notamment aux jeunes âges, aboutissent à des disparités de projection entre régions. Seules les différentes hypothèses sur les migrations pourraient modifier ces évolutions, sans toutefois remettre en cause la hiérarchie entre régions. Les écarts de croissance entre la population active et la population âgée, en nette progression partout, pourraient accentuer des déséquilibres locaux entre les besoins des populations et les ressources de main-d'œuvre disponibles pour y répondre. Ainsi, des tensions sur l'emploi dans certains secteurs, tels que les services aux particuliers, pourraient survenir. Jusqu'au début des années 2020, la population active vieillirait dans toutes les régions. Puis, l'arrivée sur le marché du travail des générations nombreuses nées après 2000 inverserait la tendance.**

48514
ARTICLE

AVDEEV (A.), EREMENKO (T.), FESTY (P.),
et al.

***Population et tendances
démographiques des pays européens
(1980-2010).***

POPULATION
2011 ; vol. 66 : n° 1 : Pages : 9-133, fig., tabl.,
annexes
Cote Irdes : P27/1

Au cours des trente dernières années, la croissance de la population européenne s'est effectuée à un rythme de plus en plus ralenti. L'excédent naturel des naissances sur les décès n'a cessé de reculer, et l'excédent migratoire représente désormais un apport substantiel, parfois décisif pour le maintien d'une croissance positive. Cette tendance générale est largement partagée par la plupart des pays, à travers un mouvement qui combine recul de la fécondité, progression des espérances de vie et solde migratoire positif en augmentation. À un niveau plus fin d'analyse, on observe une évolution semblable des formes familiales vers moins de mariages et davantage de situations de fait, et un même recul des causes majeures de mortalité, cancéreuses ou cardiovasculaires. Pourtant, il y a moins convergence de ces tendances à travers l'espace européen que répétition à quelques années d'intervalle de ces transformations, les écarts se maintenant entre les pays ou les régions du continent. L'avenir de la population européenne dépendra largement du niveau de la fécondité future : croissance ou décroissance selon qu'elle sera élevée ou faible, quasi-stabilité si elle reste moyenne. Quelle que soit la fécondité des quarante ans à venir, le vieillissement de la population européenne est inéluctable, y compris en cas de poursuite de l'immigration, et des différences notables vont perdurer à travers l'Europe.

48785
FASCICULE

Institut National d'Etudes Démographiques.
(I.N.E.D.) Paris. FRA
PISON (G.)

***Le nombre et la part des immigrés
dans la population : comparaisons
internationales.***

POPULATION & SOCIETES
2010/12 ; n° 472 : Pages : 4p.
Cote Irdes : C, P27/2
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1520/publi_pd_f1_472.pdf

Les États-Unis sont le pays du monde ayant sur son sol le plus grand nombre d'immigrés (personnes nées à l'étranger) : 43 millions. C'est six fois plus que l'Arabie saoudite (7,3 millions) ou le Canada (7,2). Mais proportionnellement à leur taille, ces deux derniers pays ont deux fois plus d'immigrés : 28 % et 21 %, contre 13 % aux États-Unis. Les pays de petite taille accueillent proportionnellement le plus d'immigrés. La Suisse, avec 23 % d'immigrés, se situe devant les États-Unis, et le Luxembourg a une proportion encore plus élevée (35 %). Dans les vieux pays d'immigration comme les États-Unis ou la France, la population immigrée s'est constituée progressivement. Le flux d'entrée, même modeste à certaines périodes, comme en France aujourd'hui, s'est maintenu de façon presque ininterrompue sur plus d'un siècle. Dans les pays d'immigration récente comme l'Espagne, la population immigrée s'est en revanche constituée très récemment avec des flux massifs.

Relations intergénérationnelles
Intergenerational relationships

48855

ARTICLE, INTERNET

CLEMENT (C.), BONVALET (C.), OGG (J.)

***Les baby-boomers et leurs parents :
une analyse des relations
intergénérationnelles.***

POLITIQUES SOCIALES ET FAMILIALES

2011/09 ; n° 105 : Pages : 1-12

Cote Irdes : P190

<http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/VueLien/POLITIQUESSOCIALESFAMILIALES105ART1?opendocument>

À partir de récits de vie réalisés en France et en Angleterre, cet article analyse le réseau familial des baby-boomers en se concentrant sur les liens qu'ils maintiennent avec leurs parents. La lecture des entretiens met en lumière plusieurs formes d'investissement des enquêtés vis-à-vis de leurs parents, allant des « impassibles » aux « aidants actifs ». Elle montre également que ces aides peuvent varier en fonction de l'existence de frères et de sœurs, d'un conjoint, et qu'elles s'insèrent dans un système. À ce titre, le rôle primordial des enfants est souligné à travers la garde des petits-enfants. Cela ne signifie pas pour autant une absence d'aides à l'égard des parents, mais ces aides sont différentes selon les membres de la parenté et elles n'ont pas les mêmes significations (expression d'une norme sociale pour les parents et d'un investissement affectif pour les enfants).

Economie générale/Economy

Emploi Employment

49175

FASCICULE

DORIVAL (C.) / éd., DESRIAUX (F.) / éd.

L'état de la France au travail.

SANTE & TRAVAIL

2011/11 ; numéro Hors-Série : Pages : 144p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P205

http://www.sante-et-travail.fr/l-etat-de-la-france-au-travail_fr_pub_1112.html

Emploi, chômage, métiers, salaires, conditions de travail, pénibilité, syndicalisme, négociation collective... Ce hors-série poche rassemble toutes les données clés sur le travail et l'emploi en France, et les analyses des meilleurs spécialistes de ces questions.

48671

FASCICULE

MEURIC (L.), WARNAN (R.)

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

Les professions entre 1999 et 2007 - Plus de femmes dans les métiers plus qualifiés.

INSEE PREMIERE

2011/10 ; n° 1376 : Pages : 4p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1376.pdf>

En 2007, 58,1 % des femmes ayant entre 15 et 64 ans travaillent. Leur taux d'emploi a progressé de 4,3 points depuis 1999. Plus diplômées qu'en 1999, elles exercent plus souvent des métiers à responsabilités. Les non-salariés pâtissent de la concentration des entreprises et des commerces ; ils tiennent une place de plus en plus faible dans l'emploi. L'outil de travail est plus normalisé et informatisé dans tous les domaines. Dès lors,

les salariés comptent plus de cadres et de professions intermédiaires, et moins d'agents de maîtrise, d'employés et d'ouvriers (qualifiés ou non). Ce phénomène est plus marqué dans le public. Dans le privé, les employés deviennent plus polyvalents. Avec le vieillissement de la population, les métiers de la santé et du travail social se développent. Cet essor profite plus aux professions de type infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants et ambulanciers qu'aux médecins et pharmaciens.

Niveaux de vie Living standards

48248

FASCICULE

LOMBARDO (P.), SEGUIN (E.), TOMASINI (M.)

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

Les niveaux de vie en 2009.

INSEE PREMIERE

2011/08 ; n° 1365 : Pages : 1-4, 4 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1365/ip1365.pdf>

En 2009, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux, le niveau de vie médian s'élève à 19 080 euros annuels, soit une augmentation en euros constants de 0,4 % par rapport à 2008. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 410 euros tandis que pour les 10 % les plus aisées, ce niveau est d'au moins 35 840 euros, soit 3,4 fois plus. Le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 954 euros mensuels en 2009. 13,5 % des personnes vivent en dessous de ce seuil, soit 8,2 millions de personnes. Le taux de pauvreté s'accroît de 0,5 point entre

2008 et 2009. L'augmentation du nombre de personnes pauvres peut être rapprochée de la hausse du chômage induite par la crise. Toutefois des mesures ponctuelles et la montée en charge progressive du revenu de solidarité active ont permis de limiter les effets de la crise. En 2009, 10,1 % des actifs ayant au moins 18 ans sont pauvres, soit une augmentation de 0,6 point par rapport à 2008. Parmi les personnes occupant un emploi, ce sont les non-salariés qui sont touchés par la hausse de la pauvreté : leur taux de pauvreté passe de 15,3 % à 16,9 % (Résumé d'auteur).

48020
ARTICLE
GADREY (J.)

Un creusement des inégalités par le haut.

PROBLEMES ECONOMIQUES
2011/07/06 ; n° 3023 : Pages : 14-17, fig.
Cote Irdes : P100

La richesse est un concept purement conventionnel forgé au fil du temps, étroitement associé à des normes sociales et culturelles. Il n'existe pas plus de définition objective de la richesse monétaire que de la pauvreté. Au cours des dernières années, les recherches de Thomas Piketty, Emmanuel Saez et Camille Landais, ainsi que certaines études de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ont montré que, en particulier entre 2004 et 2007, les inégalités s'étaient creusées par le haut. Selon l'auteur, la France semble avoir suivi avec retard les tendances apparues aux États-Unis, quelques années plus tôt, sous l'effet de deux facteurs : la loi de la valeur pour l'actionnaire et une fiscalité qui apparaît comme régressive à partir des revenus des 5 % les plus riches.

Salaire Salary

48060
ARTICLE
FORSE (M.), PARODI (M.)

La perception des inégalités en France depuis dix ans.

REVUE DE L'OFCE
2011/07 ; n° 118 : Pages : 5-32
Cote Irdes : c, P120

La comparaison des enquêtes ISSP (International Social Survey Programme) menées en France de 1999 et 2009 montre que la crise financière de 2008 **n'a pas fortement bouleversé les perceptions qu'ont les Français des inégalités salariales, ni leurs souhaits de correction de celles-ci ou encore leur sentiment de justice concernant leur salaire.** Pour l'essentiel, ils continuent de penser que les inégalités en France sont **trop fortes, qu'il faut les réduire nettement et qu'ils ne sont pas payés à la hauteur de leur mérite.** En même temps, sur la période considérée, le niveau des inégalités apparaît objectivement assez stable au sein de la plus grande partie de la population et seule une petite élite voit ses **revenus s'envoler. La stabilité des opinions semble refléter fidèlement cet état de fait d'autant que, dans le détail, les Français semblent aussi assez conscients qu'il se passe quelque chose en haut de la pyramide, en particulier du côté des PDG (Présidents directeurs généraux).** Aussi, dans l'ensemble, ils continuent de souhaiter que l'on corrige les inégalités salariales à peu près dans les mêmes proportions qu'il y a dix ans. Et lorsque les excès récents sont perçus, la demande consiste à les corriger d'autant.

Documentation/Documentation

Pratiques documentaires Information practice

49151

ARTICLE

WOLCIERCHOWSKA (A.)

Pratiques documentaires de chercheurs à l'ère numérique : le cas des mathématiciens et informaticiens en France.

DOCUMENTALISTE - SCIENCES DE L'INFORMATION

2011/09 ; n° 3 : Pages : 62-68

Cote Irdes : P154

S'appuyant sur trois enquêtes (2005, 2007 et 2010) visant à explorer les pratiques, en matière documentaire et d'archi-vage des articles, de la connaissance mathématique et informatique en France liée aux bibliothèques du Réseau national des Bibliothèques en mathématiques (RNBM), cet article dresse ici une analyse comparative des résultats qui met en lumière les évolutions des comportements informationnels des chercheurs

L'anglais est devenue incontournable dans le monde scientifique. Le facteur d'impact des revues françaises, et notamment de la RESP (**revue d'épidémiologie et de santé publique**), reste faible comparé aux revues de langue anglaise. Ainsi, pour être lus et cités davantage, certains articles, publiés en français dans la revue RESP, sont diffusés en anglais sur Internet. Cependant, publier dans des revues à faible facteur d'impact minorerait le facteur d'impact moyen des chercheurs d'un pays, ce qui aurait une conséquence sur le rang dans les classements scientifiques mondiaux et donc sur le poids de ce pays dans la course au développement scientifique et technique.

Revues francophones French journals

47540

ARTICLE

SPIRA (A.)

Éditorial - Reste-t-il une place pour les petites revues, de surcroît francophone ?

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2011/02 ; vol. 59 ; n° 1 : Pages : 1-2

Cote Irdes : C, P11

Réglementation/Law

Accidents du travail Work injuries

49266
ARTICLE
PRETOT (X.)

L'indemnisation de la faute inexcusable de l'employeur est-elle conforme à la Constitution ? ou l'esprit bien oublié de la loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976...

DROIT SOCIAL
2011/12 ; n° 12 : Pages : 1208-1217
Cote Irdes : P169

Après une présentation sur la prise en charge des accidents du travail et maladie en France par la Sécurité sociale, cet article aborde **l'aspect plus complexe de la faute inexcusable de l'employeur ou de l'un de ceux qu'il s'est substitué dans la direction**. En effet, ce régime conduit à une indemnisation plus étendue de la victime et de ses ayants droits, indemnisation dont le paiement incombe à la Sécurité sociale à charge pour elle **d'en recouvrer le montant auprès de l'employeur**. Mais la réparation de la faute inexcusable n'en demeure pas moins assortie de sérieuses limites dans les dispositions mêmes de la loi du 6 décembre 1976. La question est revenue sur le devant de la scène en juin 2010, lorsque le Conseil constitutionnel a dû se prononcer sur la conformité à la Constitution des dispositions applicables en la matière. Cet article revient sur le contenu de ce débat.

48431
ARTICLE
VINEY (G.)

L'évolution du droit de l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

DROIT SOCIAL
2011/09-10 ; n° 9-10 : Pages : 964-973
Cote Irdes : P166

Cet article dresse un historique du droit de l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il revient sur les modes d'indemnisation basés sur la responsabilité sans faute, puis sur la faute inexcusable pour améliorer l'indemnisation des victimes, alors qu'émerge parallèlement une indemnisation d'autres risques sociaux (terrorisme, transfusion sanguine, accidents médicaux non fautifs...) sur la base de la responsabilité civile assurant une réparation financière intégrale.

Assurance Insurance

48004
ARTICLE
FROMENTEAU (M.), RUOL (V.), ESLOUS (L.)

Sélection des risques : où en est-on ?

Assurance et santé
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 31 : Pages : 63-71
Cote Irdes : P168

Les sociétés d'assurance doivent analyser les risques pour, soit les accepter au tarif ordinaire ou à un tarif plus élevé, soit les refuser. Cette technique de sélection des risques est inhérente au système concurrentiel. Mais elle trouve une limite dans le cas particulier des

préjudices liés à l'état de santé. La France a développé au fil des années une réglementation qui influence de manière significative les pratiques de marché et qui constitue de fait un compromis entre le principe précédent de sélection et l'enjeu social particulier attaché à des prestations liées à la santé. L'article décrit ces évolutions qui s'efforcent de rester dans une configuration « euro-compatible ».

Cote Irdes : P69

Dix ans après la loi du 4 mars 2002 réformant les droits des malades, ce numéro spécial analyse la mise en pratique de cette loi et l'évolution, dans les faits, des relations médecins malades.

Droits des malades Patients rights

Inspection du travail Labour inspectorate

48907

ARTICLE

MOUTEL (G.), NAUDIN (J.), LANCON (C.) et al.

La recherche du consentement aux soins : dossier.

SANTE MENTALE

2011/10 ; n° 161 ; Pages : 19-75

Cote Irdes : P50

Même si elle est controversée, la loi du 5 juillet 2011 sur les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques donne l'occasion de se questionner sur le concept de consentement aux soins dans ses rapports avec la médecine, l'histoire, l'éthique appliquée et la philosophie. Mais s'il est possible d'être l'objet de soins techniques, il est plus difficile d'être l'objet de soins qui engagent le psychisme. Dès lors, comment décrypter ces situations complexes ? Comment se positionner ? Quels outils et démarches adopter ? Telles sont les problématiques abordées dans ce dossier.

48714

ARTICLE

BESSIERE (J.)

L'activité de l'inspection du travail dans un contexte de fortes évolutions.

DROIT SOCIAL

2011 ; n° 11 ; Pages : 1021-1030

Cote Irdes : P109

Cet article fait un bilan de l'activité de l'Inspection générale du travail pour 2010 en France, à partir du rapport d'activité produit par l'institution. Cette édition 2009 du rapport marque une étape tant sur la forme que sur le contenu. C'est le premier rapport d'une inspection presque unique, puisque une série de décrets a fusionné, en 2008, les quatre anciens services antérieurement dédiés aux secteurs de l'agriculture, des gens de la mer, de l'industrie et du commerce, et des transports. Cet article revient sur ce changement organisationnel.

48648

FASCICULE

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

Les droits des patients, un progrès pour tous.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

2011/09-10 ; n° 19 ; Pages : 30p.

Maladies à déclaration obligatoire Notifiable diseases

49006

ARTICLE

HERIDA (M.)

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

Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : évolutions récentes.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/09/20 ; n° 33-34 : Pages : 366-368

Cote Irdes : C, P140

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-33-34-2011>

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur des textes réglementaires. Cet article décrit les grandes lignes du dispositif de surveillance des MDO remanié en 2003 et les évolutions introduites depuis cette date : inscription de nouvelles maladies, circuit de déclaration, modifications de certaines fiches de déclaration. L'évaluation du dispositif en 2005 auprès de cliniciens et biologistes a conduit à des actions de sensibilisation par une meilleure rétro-information en direction des déclarants potentiels, afin d'optimiser le taux de déclaration (Résumé d'auteur).

Médecine du travail Occupational medicine

49258

ARTICLE

Les dispositions de la loi sur la médecine du travail du 20 juillet 2011.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE
L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

2011/11-12 ; n° 20 : Pages : 19-20

Cote Irdes : P69

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_20.pdf

Cet article détaille les nouvelles dispositions contenues dans la loi sur la médecine du travail de juillet 2011, qui induisent de profonds changements sur le rôle du médecin du travail et sur ses attributions.

Réglementation pharmaceutique Pharmaceutical law

48154

ARTICLE

Renouvellement de dispensation de médicaments.

REVUE PRESCRIRE

2011/08 ; vol. 31 ; n° 334 : Pages : 582-585

Cote Irdes : P80

En France, la dispensation des médicaments est soumise à des mesures réglementaires plus ou moins strictes selon le niveau de risques des substances que les médicaments contiennent. Appliquer les règles de dispensation contribue à protéger les patients de prise inappropriées de médicaments, mais ce cadre strict est parfois à assouplir, dans l'intérêt de la santé des patients. Tel est l'objectif de cet article.

Sécurité sociale
Social security

49268
ARTICLE
MOREAU (Y.)

Assurance-maladie et santé publique : un droit pour gérer des crises ou un droit pour aller vers une "maîtrise intégrée" ?

DROIT SOCIAL
2011/12 ; n° 12 : Pages : 1268-1276
Cote Irdes : P169

Depuis une trentaine d'années, le droit de la Sécurité sociale et le droit de la santé se sont considérablement développés face au problème récurrent du déficit de la Sécurité sociale et à l'émergence des crises sanitaires. Tenter de comprendre l'importance des différentes menaces pour la santé publique est essentiel pour maîtriser les dépenses et conduire une politique de santé. La description des voies de droit utilisées pour réduire les déficits de l'assurance-maladie et faire progresser la santé publique ainsi que l'analyse de leurs résultats peuvent orienter la réflexion sur le type de règles à mettre en place et les modes d'élaboration des réformes les plus importantes qui pourraient être adoptées. Cet article décrit la variété des évolutions juridiques en la matière (1996 : instauration des lois de financement pour la sécurité sociale...), la diversification des ressources (CSG – Cotisation sociale généralisée...), le recours à l'emprunt (CADES – Caisse d'amortissement de la dette sociale), etc.

Soins de santé primaires
Primary healthcare

49259
ARTICLE

Les dispositions de la loi Fourcade du 10 août 2011.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2011/11-12 ; n° 20 : Pages : 16-18
Cote Irdes : P69
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_20.pdf

Cet article détaille les dispositions contenues dans la loi Fourcade d'août 2011, qui modifie certains articles de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). Le Conseil de l'Ordre des médecins a eu gain de cause sur deux aspects : l'abrogation du dispositif de déclaration des absences des médecins et du dispositif de contrat santé solidarité (sous son angle coexcitif).

Télé médecine
Telemedicine

48710
ARTICLE

Télé médecine : repères.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/09-10 ; n° 40 : Pages : 30
Cote Irdes : P204

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009 a donné une définition légale à la télé médecine (article 78) et le décret d'application du 10 octobre 2010 en a précisé le contenu. Les projets de télé médecine se développent surtout à l'hôpital. En ville, l'essor est beaucoup plus timide. Au niveau national, des priorités ont été fixées, et cela va être le tour des régions d'établir leurs programmes d'actions.

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ABECASSIS (P.)	92
ABEGUNDE (D.)	109
Académie Nationale de Médecine	111
AG2R La Mondiale	24
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)	107, 111
Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.)	61, 95
Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.)	64, 132
Agence Régionale de la Santé d'Ile de France. (A.R.S.)	82
Agence Régionale de Santé Languedoc- Roussillon. (A.R.S.)	83
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.)	99, 104
ALAKESON (V.)	124
ALAVOINE (L.)	64
ALGAVA (E.)	56
ALLOING (C.)	153
ALLONIER (C.)	50
ALVAREZ (S.)	77
ANASTASIOU (G.)	141
ANCELLE (T.)	139
ANDERSON (G.)	16
ANDREWS (R.E.)	121
ANGRIST (J.D.)	137
AOUN (A.)	117
ARNAUD (R.)	130
ARRIPE (A.d')	116

Assemblée Nationale. (A.N.)	19, 26, 38, 39, 44, 59, 116, 130, 132
Assessing Needs of Care in European Nations. (A.N.C.I.E.N.)	66

Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. (A.N.E.M.F.)	89
Association Pour l'Informatique Médicale. (A.P.I.M.A.)	36
AUBERT (J.M.)	17
AUTON (M.)	109
AUVERLOT (D.)	139
Axa Prévention	55

B

BABUSIAUX (C.)	144
BAIL (J.N.)	17
Bank of Italy	123
Banque Mondiale	149, 151
BARBIER (J.C.)	29
BARNAY (T.)	17
BARRY (M.M.)	154
BASSO (G.)	147
BATIFOULIER (P.)	92
BAUM (C.F.)	71
BAUMSTARK (L.)	139
BAZILLON (B.)	60
BERGUA (L.)	115
BICLET (P.)	156
BIRRAUX (C.)	116, 117
BLANCHFLOWER (D.G.)	107
BOJKE (C.)	101
BONGAARTS (J.)	149
BONMARIN (I.)	97
BOONE (J.)	140
BOUBAL (C.)	39
BOUCHER CASTEL (L.)	64
BOURBEAU (R.)	146
BOURDON (E.)	67
BOURGUEIL (Y.)	138
BOURGUIGNON (F.)	31
BOWSER (D.)	125
BRAS (P.L.)	17
BRAUMAN (R.)	113
BRECHAT (P.H.)	18
BRIERE (T.)	152

BRIGNON (J.).....	152
BRISSY (S.).....	156
British Medical Association. (B.M.A.)	74
BRUCKER (G.).....	139
BRUGERE (F.)	15
BUSSE (R.).....	101

C

CAHUZAC (J.)	44
CAILLE (Y.).....	14
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.).....	70
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)	65
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	26, 36, 42, 46, 105
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.).....	62, 141, 143
Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine. (C.P.A.M.).....	46
California Health Care Foundation. (C.H.C.F.).....	89
CAMERON (A.).....	109
CAMPION (M.D.).....	15
Canadian Center for Policy Alternatives. (C.C.P.A.).....	103
Canadian Reference Group on social determinants of health. (C.R.G.)	75
CANAT (G.).....	85
CANNING (D.)	125
CARTIER (T.).....	115
CASERIO-SCHONEMANN (C.).....	20
CAVALIE (P.).....	107
CAVALIER (M.)	22
CAVALIN (C.)	56
CAYLA (F.)	62
CAZEAU (B.)	114
CELANT (N.)	115
CELERIER (S.).....	56
Centre d'observation économique et de Recherche pour l'Expansion de l'économie et le Développement des Entreprises. (COE-REXECODE)	150

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	69, 130, 139, 147
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.)	70
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.) ..	68
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.)	56
Centre for Economics Policy Research. (C.E.P.R.)	140
Centre National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.)	141
Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.).....	156
Cercle Santé Société. (C.S.S.)	123
CHAPPAZ (P.).....	153
CHAUVEAU (C.)	77
CHAUVET (R.)	67
CHAUVIÈRE (M.).....	64
CHIVOT (F.X.)	117
CHOSSY (J.F.).....	16
CHRIQUI (V.).....	147
CHRISTOPANOS (P.)	83
CLARK (M.)	118
CLELAND (J.).....	149
CLEMENT (M.).....	88
COEURE (B.)	147
COHEN (M.).....	103
COIGNARD (B.).....	21
COLE (A.)	152
Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.)	32
Collège National des Enseignants de Gériatrie. (C.N.E.C.G.)	61
COMBIER (M.).....	17
Comité d'agrément des hébergeurs de données de santé.....	156
Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.).....	123
Commission Européenne. (C.E.) ...	34, 110, 141
Commonwealth Fund.	122
COM-RUELLE (L.).....	50
CONNANGLE (S.)	60
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.) ..	68
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.)	82, 88, 117, 152
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.)	109
Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.).....	79, 131
CORVEZ (A.).....	17

Index des auteurs
Author index

COSTA-FONT (J.)	65
Cour des Comptes	20, 45, 63, 131
COURBAGE (C.)	65
COURTEMANCHE (C.J.)	28
COUZY (E.)	122
CSERE (M.)	120
CULYER (A.J.)	151

CURTIS (S.E.)	76, 86
CUTLER (D.M.)	72

D

DAEL (T.)	13, 157
DAI (J.)	136
DAIDONE (S.)	101, 103
DAMBERG (C.L.)	130
DANET (S.)	50
DANZON (P.M.)	111
DAS GUPTA (M.)	149
DAUDIGNY (Y.)	45
DAURES (J.P.)	17
DAVIES (H.T.O.)	18
DE BRUYN (T.)	105
DE PAOLA (M.)	28
DEBRAND (T.)	138, 144
DEDESSUS-LE-MOUSTIER (N.)	54
DEGOS (L.)	25
DELARUE (L.A.)	133
DELAVOIX (M.)	67
DELEVOYE (J.P.)	156
DELOITTE	24
DEMORTIERE (G.)	53
DENTON (F.T.)	65
Department of Health. (D.H.)	94, 124
DEPINOY (D.)	90
DESREUMAUX (M.)	82
DEVREESE (E.)	158
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	32, 33, 35, 50, 62, 96
Direction Générale du Trésor. (D.G.T.)	147

DIRICQ (N.)	42
DIXON (A.)	46
DOLLS (M.)	147
DOMEGAN (C.)	154
DORNGE (M.)	141
DOUCIN (M.)	14
DOUGUET (F.)	23, 54
DREUX (C.)	13
DRULHE (M.)	23
DRUMMOND (M.)	112
DUBOIS (H.F.W.)	97
DUBOIS (M.)	59
DUBOWITZ (T.)	86
DUCHIER (J.)	62
DUGUET (E.)	55
DUPRAT (P.)	64
DURAN (A.)	97
DURAND (E.)	53
DURAND-ZALESKI (I.)	15
DURANTEAU (O.)	89

E

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.)	22, 67
Economic and Social Research Institute (E.S.R.I.)	92
EDOUARD (R.)	88
EICHHORST (W.)	147
ESPINASSE (C.)	82
ESTEBE (P.)	152
Europ Assistance	123
European Centre for Disease Prevention and Control. (E.C.D.C.)	154
European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.)	66
Eurostat	60
EVIN (C.)	25, 157
EWEN (M.)	109

F

FAGOT CAMPAGNA (A.)	49
FAHET (G.)	62
FARJAT (G.)	108
FARRAR (S.)	94
FAYON (D.)	153
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés à but non lucratifs. (F.E.H.A.P.)	98
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD. (F.F.A.M.C.O.)	61
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.)	151, 157
Fédération Nationale des Associations des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.)	32
FENG (Y.)	94
FERY (P.)	139
FILIPPINI (M.)	113
FILLAUT (T.)	23
FINNIE (R.)	65
FLECHE (S.)	48
FLEUREL (S.)	76, 86
FOLCO (J.B.)	106
Fondation d'Entreprise Crédit Coopératif	148
Fondation Konrad Adenauer	69
Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.)	141
Fondation Roi Baudouin	105
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	33
FONTAINE (R.)	58
FONTAINE GAVINO (K.)	85
FOSSE (S.)	49
FOURNET (N.)	20
FRACHON (I.)	113
FRANCESE (M.)	123
FURUKAWA (M.F.)	111

G

GAAL (P.)	120
GALLET (B.)	157

Index des auteurs
Author index

GALLET (M.A.).....	77
GALLOUJ (C.).....	152
GANZ (M.).....	71
GARNERO (M.).....	33
GARNUNG (M.).....	62
GASKIN (D.).....	75
GAUDART (C.).....	149
GAUDRON (G.).....	38
GAYNOR (M.).....	102
GEISSLER (A.).....	101
Gemme.....	110
GERGER (M.).....	119
GIBBS (M.).....	93
GILLES (L.).....	70
GILSON (L.).....	143
GIORDANO (R.).....	118
GOASGUEN (C.).....	26
GOBILLON (L.).....	100
GODAGER (G.).....	93
GODDARD (M.).....	102
GODET (M.).....	30
GOELZER (B.).....	56
GOLDBERG (D.).....	102
GOLDSTEEN (K.).....	37
GOLDSTEEN (R.L.).....	37
GOLLIER (C.).....	139
GONZALEZ ORTIZ (L.G.).....	113
GOODWIN (N.).....	118
GOT (C.).....	15
GRAHAM (D.G.).....	37
GRALL (J.Y.).....	84
GRAMAIN (A.).....	58
GRAND (A.).....	17
GROSJEAN (V.).....	54
GUCHER (C.).....	77
GUESMI (A.).....	108
GUIGNER (S.).....	152
GUILLAUME (S.).....	50
GUILLEMIN (M.).....	56
GUILLIER (F.).....	129
GUTACKER (N.).....	101
GUTHRIE (S.).....	100

H

HAAS (S.).....	98
----------------	----

HARKER (R.).....	154
HARRISON (A.).....	46
Harvard School of Public Health.....	71, 125
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.).....	21, 40
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.).....	72
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	95, 114, 129, 133, 143
HEINRICH (J.).....	132
HENDERSON (J.).....	44
HERREROS (G.).....	95
HERVE (C.).....	14
HERVE (M.).....	152
HIGGINS (O.).....	154
HM Treasury.....	131
HOAREAU (E.).....	52
HOBER (J.).....	43
HOFER (S.M.).....	135
HOFMAN-RISPAL (D.).....	130
Hogeschool-Universiteit Brussel (H.U.B.).....	54
HOLLAND (W.W.).....	119
HOUSSIN (D.).....	22
HOYEZ (A.C.).....	76, 86

I

IMBERT (G.).....	141
INGLEBY (D.).....	76
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).....	14, 73, 74, 117
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.).....	44, 120
Institut CSA.....	55
Institut d'Aménagement et d'Urbanisme Ile de France. (I.A.U.).....	83
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).....	115, 138, 144
Institut des Données de Santé. (I.D.S.).....	144
Institut d'Etudes Politiques. (I.E.P.S.).....	78
Institut Français d'Opinion Publique et d'Etude de Marchés. (I.F.O.P.).....	90
Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft. (I.B.E.S.).....	91, 93
Institut LH2.....	24
Institut Montaigne.....	30

Index des auteurs
Author index

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	62
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	148
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.).....	40, 53, 141
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).....	20, 21, 49, 97
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)	36, 40, 91
Institut Thomas More.....	43
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.)	48, 55, 58, 76, 93, 107, 147
Institutions Publiques. (T.A.C.I.P.).....	17
International Tobacco Control. (I.T.C.).....	40
IVANOVA (I.)	103

J

JACOB (P.).....	99
JACOBS (R.).....	102
JACOBSON (D.)	86
Jalma.....	90
JEANDEL (C.)	57, 61
JEGOU (J.J.)	96
JOHAR (M.)	119
Joint Center for Political and Economic Studies. (J.C.P.E.C.)	75
JONES (G.).....	119
JONES (M.K.).....	55
JONES (R.N.)	135
JONSSON (R.).....	137
JOURDAIN (A.)	18
JOUVENEL (H. DE).....	25
JUANICO (R.).....	132
JUNG (A.)	39
JURIN (V.).....	84

K

KAUFMANN (S.).....	126
KEANE (M.)	119

KERDRAON (R.)	30
KIM (D.)	71
King's Fund Institute	46, 118
KNOEF (M.)	58
KNOX LOVELL (C.A.)	137
KOCHER (G.).....	126
KOLLER (T.).....	80
KOOREMAN (P.)	58
KPGM	60
KRAUS (M.).....	66
KUMBHAKAR (S.C.)	137
KUPIEC (J.M.)	59
Kyiv School of Economics.....	43

L

LABARTHE (J.).....	32
LABELLE (B.)	85
Laboratoire Montpellierain d'Economie Théorique et Appliquée. (L.A.M.E.T.A.)	55
LACOMBLEZ (M.).....	149
LADURNER (J.).....	119
LAFERRERE (A.)	138
LAFORGUE (D.).....	77
LANCRY (P.J.).....	17
LAUDE (A.).....	156
LAUDICELLA (M.).....	102
LAUTIER (S.)	70
LAVEIST (T.).....	75
LE CLAINCHE (C.).....	55
LE DEAUT (J.Y.).....	116
LE FUR (P.).....	50
LE GUEN (J.M.)	20
LE NEZET (O.)	53
LE PEN (C.).....	17
LECLERCQ (B.)	122
LEGARE (J.)	146
LELIEVRE (M.).....	32
LEVY-BRUHL (D.)	97
LEYMARIE (C.)	149
LLERAS-MUNEY (A.)	72
LOPEZ (A.)	14, 73
LOVEJOY (S.L.).....	130

M

MA (A.)	94
MAES (M.).....	54
MANGENEY (C.)	83
MANNION (R.)	18
MANSION (S.)	17
MANTOVANI (J.)	62
MARMOT (M.)	74
MARSDEN (P.V.)	138
MARSHALL (M.N.).....	18
MARTELLI-BANEGAS (D.)	82
MARTIN (J.K.).....	23
MAS (B.).....	98
MASIERO (G.).....	113

MATTEI (J.F.).....	13
MAVROMARAS (K.G.)	55
MCGOVERN (M.E.).....	73
MCGREGOR (M.).....	103
MCGUIRE (A.)	44
MCLEOD (J.D.).....	23
McMaster University	65
MEHAIGNERIE (P.)	44
MEMBRADO (M.).....	62
MENARD (C.).....	53
MENKES (C.J.)	111
MILCENT (C.).....	100
MILLY (B.).....	95
MILTON (B.)	71
Ministère chargé de la Santé 13, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 40, 50, 95, 96, 113, 142, 157	
Ministère chargé des Affaires Sociales....	16, 62
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale.....	31, 131
Ministère du Budget - des Comptes Publics - de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat.....	30
Ministère du Travail - de la Solidarité et de la Fonction Publique.....	60
Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.)	62
MOLEUX (M.).....	73, 74
MOLINIE (A.F.)	149
MONCET (M.C.)	129
MOONAN (M.).....	71
MOONEY (G.).....	44
MUNDLE (C.).....	46

Mutualité Sociale Agricole de Gironde. (M.S.A.)	46
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.)	85

N

National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).....	28, 72, 102, 111
NEWMAN (J.)	14
NEWSOM (J.T.).....	135
NIZRI (D.).....	117
NOLAN (A.).....	92
NOLTE (E.)	100

O

Obea/Infraforces	27
OBRIZAN (M.).....	43
Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.)	77, 78, 79
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.).....	52, 53
Observatoire International des Prisons. (O.I.P.)	80
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.)	84
Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.)	62
Observatoire Régional de la Santé de Rhône- Alpes. (O.R.S.)	85
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.P.L.).....	85
Observatoire Suisse de la Santé. (O.B.S.A.N.)	66, 67
Office de Prospective en Santé. (O.P.S.)	25
Office Fédéral de la Santé Publique. (O.F.S.P.)	127
Office of Health Economics. (O.H.E.)	94
OGGIER (W.).....	126
ORBAN (D.).....	153
O'REILLY (J.).....	92

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	16, 48, 50, 68, 126, 136
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)... 40, 51, 76, 80, 84, 97, 101, 108, 109, 119, 120, 125, 136, 143	
Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance. (O.C.I.R.P.)	59
Organisme Gestionnaire Conventionnel. (O.G.C.)	89
ORTIZ (J.P.).....	83
ORTIZ (Y.)	127
OSBORN (R.)	122
OSWALD (A.J.)	107
OUELLETTE (N.).....	146

PUPUO (V.)	28
------------------	----

P

PAGE (E.C.).....	152
PANOUSIS (V.)	141
PARAPONARIS (A.).....	67
PARIS (V.).....	17
Paris School of Economics (P.S.E.).....	100
PASQUIER (R.).....	152
PAWSON (R.)	142
PELLET (F.)	105
PESCOSOLIDO (B.A.)	23
PICARD (J.M.).....	105
PICHETTI (S.)	115
PICHON (A.)	147
PIERRU (F.).....	98
PINVILLE (M.)	38
PISCHKE (J.S.).....	137
PLOCHG (T.)	16
POIROT-MAZERES (I.)	17
POLLAK (C.)	68
POPOVICH (L.).....	125
POPOVICI (C.).....	43
POTAPCHIK (E.).....	125
POUVOURVILLE (G. de).....	17
PRAZNOCZY (C.).....	83
PREEL (J.L.).....	19
Premier Ministre	16
PROPPER (C.)	102
Public Health Agency of Canada. (P.H.A.C.) ..	75
PUEYO (V.)	149

Q

QUENTIN (W.).....	101
QUINTIN (O.).....	130

R

Rand Corporation	86, 130
Rand Europe	100
RAYNARD (C.)	139
RAYNAUD (J.)	83
Recherches et études sur les vulnérabilités sociales et la santé publique. (R.E.V.E.S.S.) ..	141
REED (S.J.)	122
REILICH (J.)	52
REMICHE (B.)	108
Réseau Français des Villes-Santé. (R.F.V.S.) ..	84
REY (A.)	152
REYNAUD-MAURUPT (C.)	52
RIBES (A.)	23
RICHARD (D.)	23
RICHARD (N.)	107
RIEDEL (M.)	66
ROBETTE (N.)	135
ROBLES (A.G.)	80
ROCHEREAU (T.)	50
ROGERS (A.)	23
ROLAND (M.)	100
ROMANELLI (M.)	123
ROSANVALLON (P.)	30
Rosenwald	151
ROSKAM (A.J.)	50
ROUTIER (C.)	116
RUHM (C.)	76
RUMBOLD (B.)	124

S

SALAMA (P.).....	146
SALTMAN (R.B.)	97
SARGUEIL (S.).....	145
SCHAETZEL (F.).....	73, 74

SCHAFF (C.)	147
SCHILLINGER (P.).....	34
SCHWEYER (F.X.).....	23
SCOTTON (C.)	74
Secours Catholique	148
Sénat	30, 34, 38, 45, 96, 114, 116, 117
SENIK (C.)	48
SERMET (C.)	57, 115
SHISHKIN (S.).....	125
SICOT (F.)	23
SIRUGUE (C.)	26
SIRVEN (N.)	68, 138
SIXSMITH (J.)	154
SLOANE (P.J.).....	55
SMITH (A.).....	103
SMITH (C.)	48
SMITH (P.)	124
SMITH (S.)	92
SMOLSKI (N.).....	98
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.).....	146
Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (S.F.G.G.).....	61
Société Française de Santé Publique. (S.F.S.P.)	84
SORASITH (C.).....	115, 144
SORBERO (M.E.)	130
SORSA (P.)	48
SPENCER (B.G.).....	65
SPERLICH (S.).....	136
SPILKA (S.)	53
SPINAKIS (A.).....	141
STAMMEN (B.)	54
STRUPLER (P.)	126
Study Center Gerzensee	127
SURLES (D.)	17
SUTTON (M.)	94
Syndicat National de Gérontologie Clinique. (S.N.G.C.).....	61
SZIGETI (S.)	120

T

TABUTEAU (D.).....	22, 25, 122, 156
--------------------	------------------

Index des auteurs
Author index

TALLEC (A.).....	85
TANSELLA (M.).....	102
TAYLOR (R.).....	16
TAYLOR-ROBINSON (D.).....	71
TEISSEIRE (B.).....	15
TESTENOIRE (M.L.)	56
The Nuffield Trust.....	124
THERET (B.).....	29
THIBAUT (C.)	141
THOMAS (D.)	91
THOMSON (S.)	122
THORNICROFT (G.)	102
TIERNEY (J.F.).....	121
TONKENS (E.).....	14
TORRIELLI (R.)	98
TOUBOUL (M.).....	129
TOVAR (M.L.).....	53
TRANCART (D.).....	56
TRUJILLO (A.J.).....	75
TUFFREAU (F.).....	85

U

Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.)	32
Union Régionale des Professions de Santé. (U.R.P.S.).....	83
Unité transversale d'éducation et de promotion de la santé du Pays des Vans	105
United States General Accounting Office. (G.A.O.).....	121
Università della Calabria.....	28
Universität Witten/Herdecke	37
Université de Grenoble 1	106
Université de Poitiers	133
Université de Potsdam	52
Université Paris Dauphine	58
University College Dublin	73
University of Göteborg	137
University of Liverpool	71
University of Lugano.....	113
University of Oslo	93
University of Technology.....	119
University of York	101, 102, 103, 112

V

VASSELLE (A.)	45
VEGA (A.).....	109, 115
VERZULLI (R.).....	102
VIAL (B.)	77, 79
VIDAL (W.).....	129
VIGNERON (E.)	98

W

WAGSTAFF (A.)	151
WALDFOGEL (J.)	76
WALENZIK (A.)	91, 93
WARRIN (P.)	77, 78
WEEGEN (L.).....	91
WEHBY (G.L.).....	43
WEI (Z.)	55
WETS (J.)	105
WIESEN (D.).....	93
WILEY (M.)	101
WILLIAMS (M.V.).....	86
WITTWER (J.)	58
WRIGHT (J.D.)	138
WÜBKER (A.)	37

Z

ZAIDMAN (C.).....	33
ZAPATA (D.).....	28
ZUCCHINI (W.).....	136

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers adress book

CARNET D'ADRESSES DES ÉDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

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)

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

Rédaction : Alternatives économiques
28, rue du Sentier
75002 Paris
☎ 01 44 88 28 90
Fax : 01 40 28 43 58
Email : redaction@alternatives-economiques.fr
<http://www.alternatives-economiques.fr>

Abonnements : 12 rue du Cap Vert
21805 Quetigny cedex
☎ 03 80 48 10 25
Fax : 03 80 48 10 34

Diffusion en librairie : Dif'pop
21 ter, rue Voltaire
75011 Paris
☎ 01 40 24 21 31
Fax : 01 40 24 15 88

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et diffusion : American public health association
800 I Street, NW
Washington, DC 20001
Etats-Unis
☎ 00 (202) 777-2742
<http://www.apha.org/publications/journal/>

ANNALS OF FAMILY MEDICINE

Annals of Family Medicine, Inc.
11400 Tomahawk Creek Parkway
Leawood, KS 66211-2672
Etats-Unis
<http://www.annfammed.org/>

ANNEE GERONTOLOGIQUE (L')

Editions Serdi
43 Chemin Del'Prat
31320 Auzeville-Tolosane
<http://www.serdi-fr.com/publications/lannee-gerontologique>

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

Fax : 00 64 9 414 6491
Email : subs@nz.adis.com
<http://adisonline.com/health/economics/pages/default.aspx>

ARgSES

Rédaction et diffusion : ARgSES
(ARguments Socio-Economiques pour la Santé)

☎ 01 46 63 46 37

<http://argses.free.fr/>

B

BIOSOCIETIES

Customer services -Subscription

Department
Palgrave Macmillan
Brunel Road
Houndmills
Basingstoke
Hampshire
RG21 6XS
Royaume-Uni

Email: subscriptions@palgrave.com

<http://www.palgrave-journals.com/biosoc/index.html>

B M C F A M I L Y
P R A C T I C E

Diffusion : BioMed Central

Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB, UK.
Royaume-Uni

<http://www.biomedcentral.com/bmcfampract/>

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

Diffusion : BioMed Central

Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB, UK.

Royaume-Uni

<http://www.biomedcentral.com/bmchealthservres>

**BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE (BEH)**

Rédaction et diffusion :
Institut de veille sanitaire
BEH Abonnements
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
☎ 01 41 79 68 89
Fax : 01 41 79 68 40
Email : abobeh@invs.sante.fr
<http://www.invs.sante.fr/beh/> (en ligne depuis
1996)



CADRAGE

Rédaction et diffusion : CNAV
(Caisse Nationale de l'Assurance
Vieillesse)
110, rue de Flandre
75951 Paris cédex 19
☎ 01 55 45 89 29
Fax : 01 55 45 82 63
<http://www.cnav.fr/>

**CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)**

Rédaction et diffusion :
Fondation Gabriel Péri
11 rue Etienne Marcel
93500 Pantin
[http://www.gabrielperi.fr/Les-Cahiers-de-Sante-
Publique-et.1156](http://www.gabrielperi.fr/Les-Cahiers-de-Sante-Publique-et.1156)

**CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALE (LES)**

Rédaction et diffusion : CDSM
(Centre de Sociologie et de Démographie
Médicales)
15, villa Léandre
75018 Paris

CAHIERS HOSPITALIERS (LES)

Rédaction : Berger-Levrault Editions
5 rue André-Ampère
BP 79
54250 Champigneulles
☎ 03 83 38 83 83
<http://www.berger-levrault.fr/>

**CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION
JOURNAL**

1867, prom. Alta Vista
Ottawa (ON) K1G 5W8
Canada
<http://www.cmaj.ca/jamc/>

**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/publications/la-chronique-internationale>

CONCOURS MEDICAL

Rédaction et diffusion :
Global Media Sante
114, av. du Gal de Gaulle
92522 Neuilly sur Seine cedex
☎ 01 55 62 68 00
Fax : 01 55 62 69 79
Email : abo@gmsante.fr
<http://www.egora.fr/boutique/abonnements>

**CONNAISSANCES DE L'EMPLOI :
QUATRE PAGES DU CEE**

Rédaction et diffusion : CEE
(Centre d'Etudes de l'Emploi)
29 promenade Michel Simon
93166 Noisy-le-Grand cedex
http://www.cee-recherche.fr/fr/c_pub2.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/>

CONTACT SANTE

Contact Santé – GRPS
Parc Eurasanté
235, avenue de la Recherche
CS 50086 – 59373 LOOS Cédex
☎ 03 20 15 49 36 / 03 20 15 49 05 /
03 20 15 59 81
Email : contactsante.diffusion@grps-npdc.fr
<http://www.santenpdc.org/?cat=588>

COURRIER DES STATISTIQUES

Rédaction : INSEE (Institut National de la Sta-
tistique 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>

D

DOCUMENTALISTE : SCIENCES DE L'INFORMATION

Rédaction et diffusion : ADBS
(Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation)
25, rue Claude Tilliers
75012 Paris
☎ 01 43 72 25 25
Fax : 01 43 72 30 41
Email : adbs@adbs.fr
<http://www.adbs.fr> (sommaires de la revue)

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

DREES
Diffusion : 124 rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.sante.gouv.fr/dossiers-solidarite-et-sante,5293.html>

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

EBRI NOTES

Employee Benefit Research Institute
1100 13th Street, NW Suite 878
Washington, DC 20005-4051
Email : publications@ebri.org
<http://www.ebri.org/publications/notes/>

ECONOMIE ET STATISTIQUE

Rédaction : INSEE
(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Garlin
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
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)

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@cnafr.fr
<http://www.cnaf.fr>
=> Publications => l'E-sentiel (en ligne depuis le 1^{er} numéro de juin 2002)

ESPACE SOCIAL EUROPEEN

Rédaction et diffusion :
Observatoire Européen de la Protection So-
ciale
5, rue Geoffroy Marie
75009 Paris
☎ 01 53 24 13 00
Fax : 01 53 24 13 06
<http://www.espace-social.com/>

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

Rédaction et diffusion :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Centre d'information et de diffusion de la
DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75694 Paris Cedex 14
☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40

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/LSHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx>

EUROPEAN JOURNAL OF AGEING

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.springer.de>

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>

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Diffusion : Oxford University Press
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 556 767
Fax : 00 44 1865 267 773
<http://www3.oup.co.uk/eurpub/>

F

FUTURIBLES

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

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/>

G

GERONTOLOGIE

Rédaction et diffusion :
Les Amis de la revue Gérontologie
14, Passage Du Guesclin
75015 Paris
☎ et fax : 01 47 34 64 63

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_socie%te/index.htm

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 POLICY

Diffusion : Elsevier Science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 37 57
Fax : 00 31 20 485 34 32
Email : nlinfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505962/description

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
<http://www.health-policy-systems.com/>

HEALTHCARE POLICY / POLITIQUE DE SANTE

Longwoods Publishing Corporation
260 Adelaide Street East, No. 8,
Toronto ON M5A 1N
Canada
<http://www.longwoods.com/home.php?cat=247>

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
<http://www.health-policy-systems.com/>

HESAMAG : BULLETIN D'INFORMATION DU DEPARTEMENT SANTE SECURITE E.T.U.I.-R.E.H.S.

5 bd du Roi Albert II
1210 Bruxelles
Belgique
☎ +32 2 224 05 63;
Fax : +32 2 224 05 61
Email : ghofmann@etui.org
<http://hesa.etui-rehs.org/fr/newsevents/newsfiche.asp?pk=1510>

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
<http://www.health-policy-systems.com/>

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)

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

Oxford University Press
Journals Customer Service Department
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
☎ 44 1865 353907-claim
<http://www.oxfordjournals.org>

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

Diffusion :
Baywood Publishing Compagny, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis
<http://baywood.com>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
CARE FINANCE AND ECONOMICS**

Diffusion : Springer Heidelberg Customer Service Journals
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ : ++ 49-6221-345-4304
Fax: ++ 49-6221-345-4229
Email : subscriptions@springer.com
<http://www.springer.com/public+health/journal/10754>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
GEOGRAPHICS**

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
Email : mkamel@medicad.com
(Editorial enquiries)
<http://www.ij-healthgeographics.com/>

**ISSUES IN INTERNATIONAL HEALTH
POLICY**

The Commonwealth Fund
One East 75th Street
New York, NY 10021
Etats-Unis
<http://www.commonwealthfund.org/Topics/International-Health-Policy.aspx>

J

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne
Diffusion : Diffusion ESKA
12, rue du quatre septembre
75002 Paris
☎ 01 40 94 22 22
<http://www.eska.fr/>

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

Diffusion : Elsevier Science
PO Box 945
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 3757
Fax : 00 31 20 485 3432
Email : ninfo@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505560/description#description#description

L

LANCET (THE) : Edition anglaise

Rédaction : The Lancet Ltd
32 Jamestown Road
London NW1 7BY, UK
Royaume-Uni
☎ 00 44 207 424 4910
<http://www.thelancet.com/>

Customer Services
Elsevier Ltd
The Boulevard
Langford Lane, Kidlington
Oxford OX5 1GB
Royaume-Uni
☎ 00 44 186 584 3077
custserv@lancet.com

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>

<http://www.unaformec.org>

Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

**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/>

LETTRE DU CEPII (La)

CEPII - Centre d'Etudes Prospectives et
d'Informations Internationales.
113, rue de Grenelle
75007 Paris
<http://www.cepii.fr/welcome.asp>

MEDICAL CARE

Rédaction : Sue E. Houchin
8848 Winding Ridge Road
Indianapolis, IN 46217
Etats-Unis
☎ 00 1 317 796 5752
Email : medical_care@regenstrief.org

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/>

Diffusion : Lippincott Williams & Wilkins
Journal orders and Requests
250 Waterloo Rd
London SE18RD
Royaume Uni
Tel : 00 44 20 7981 0535
Fax : 00 44 20 7981 0535
Email : orders@lww.com
<http://www.lww-medicalcare.com>



MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unaformec
(Union nationale des associations de forma-
tion médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex
☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unformec@wanadoo.fr

**MEDICAL CARE RESEARCH AND
REVIEW**

Diffusion : Sage publications
2455 Teller Road
Thousand Oaks, CA 91320
Etats-Unis
☎ 00 1 805 499 9774
Email : order@sagepub.com
<http://www.sagepub.com>

MILBANK QUATERLY (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

**NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
(THE)**

Rédaction :
The Massachussets Medical Society
Diffusion en France : EMD France SA
BP 1029
59011 Lille cedex
☎ 03 20 30 03 02
Fax : 03 20 57 07 60
<http://content.nejm.org/>

NOTE D'ANALYSE

Rédaction et diffusion :
Centre d'analyse stratégique
18 rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
☎ : 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/Les-notes-d-analyses>

NOTES DE L'IES (LES)

IES – Institut Européen du Salarat
Université Paris Ouest Nanterre,
Maison Max Weber
200, av.de la République,
92001 Nanterre cedex 01.
Email : notes-ies-subscribe@ies-salarat.org
<http://www.ies-salarat.org/spip.php?rubrique10>

P

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

Diffusion : AISS
Communication et publications
Case postale 1
CH-1211 Genève 22
Suisse
Email : issa@ilo.org
<http://www.issa.int>

**PERSPECTIVES SANITAIRES &
SOCIALES**

FEHAP – fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés à
but non lucratifs
179 Rue de Lourmel
75015 Paris
Email : contact@fehapa.fr
<http://www.fehapa.fr/>

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>

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

POLITIQUES SOCIALES ET FAMILIALES

Diffusion : CNAF
(Caisse Nationale des Allocations
Familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
Email : patricia.lefebvre@cnafr.fr
<http://www.cnafr.fr>

POPULATION

Rédaction et diffusion : INED
(Institut National des Etudes
Démographiques)
133, Bd Davout
75020 Paris
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
Email : ined@ined.fr

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/
(sommaires et résumés, index des auteurs)

POPULATION ET SOCIETES

Rédaction et diffusion : INED
(Institut National des Etudes
Démographiques)
133, Bd Davout
75980 Paris cedex 20
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/
(tous les numéros sont en ligne à partir du
n° 298 de février 1995, et quelques numéros
entre 1992 et 1994)

POUVOIRS LOCAUX : LES CAHIERS DE LA DECENTRALISATION

Rédaction : Institut de la décentralisation
Square d'Orléans, 80 rue Taitbout
75009 Paris
<http://www.idecentralisation.asso.fr/revue.php>

Diffusion : la Documentation française
29 quai Voltaire
75007 Paris
☎ 01 40 58 75 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.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)

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)

☎ 04 77 81 15 15

Fax : 04 77 81 15 00

Email : en3s@en3s.fr

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

REGARDS SUR L'ACTUALITE

Rédaction : Premier Ministre

Diffusion : La Documentation Française

29-31, Quai Voltaire

75344 Paris Cedex 07

☎ 01 40 15 70 00

Fax : 01 40 15 72 30

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

PUBLIC HEALTH REPORTS

Diffusion :

Association of Schools of Public Health

1900 M Street NW, Suite 710

Washington, DC 20036

Etats-Unis

☎ 877-478-2468 or 202-296-1099

Fax: (202) 296-1252

Email : support@publichealthreports.org

<http://publichealthreports.org/>

RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Diffusion : Editions de santé

49 rue Galilée

75116 Paris

☎ 01 40 70 16 15

laetitia.dupas@editionsdesante.fr

PUBLIC HEALTH REVIEWS

Presses de l'EHESP

Avenue du Professeur-Léon-Bernard

CS 74312

35043 Rennes Cedex, France

<http://www.publichealthreviews.eu>

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

Rédaction : Observatoire Français des

Conjonctures Economiques (OFCE)

69, Quai d'Orsay

75340 Paris cedex 07

☎ 01 44 18 54 00

Fax : 01 45 56 06 15

Diffusion : Presses de Sciences Po

Service Abonnement :

117, boulevard Saint-Germain

75006 Paris

☎ 01 45 49 83 64

Fax : 01 45 49 83 34

Email : info.presses@sciences-po.fr



REGARDS

Rédaction et diffusion : E.N.3.S.

(Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale)

(ex C.N.E.S.S.S. - Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale)

27, rue du Docteur Charcot

42031 St Etienne

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.

62, rue Camille Desmoulins

92442 Issy les Moulineaux cedex

☎ 01 71 16 55 99

S

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL

Diffusion : Editions Dalloz
31-35, rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
☎ 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
Email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.fr/>

REVUE DU PRATICIEN (LA)

Rédaction et diffusion : Global Media Santé
114, av. Charles de Gaulle
92522 Neuilly sur Seine cedex
☎ 01 55 62 69 75
Email : abo@gmsante.fr

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://www.fhf.fr>
<http://editions.fhf.fr/>

PRESCRIRE (La Revue)

Rédaction et diffusion :
Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75558 Paris cedex 11
Fax : 01 49 23 76 48
Email : revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org>
(pour les abonnés : articles depuis le n° 103
en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers
mois)

SANTE DE L'HOMME (LA)

Rédaction et diffusion : I.N.P.E.S.
(Institut National de Prévention et d'Education
pour la Santé)
42, Bd de la Libération
93203 St Denis cedex
☎ 01 49 33 22 22
<http://www.inpes.sante.fr>
=> La santé de l'Homme (sommaires des 6
derniers numéros, liste des numéros depuis
le n° 327, index à partir de 1999)

SANTE ET TRAVAIL

Rédaction : Mutualité française
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
☎ 01 40 43 30 30

Diffusion : santé et travail abonnements
12, rue du Cap Vert
21800 Quétigny
☎ 03 80 48 10 25
Email : abonnements@sante-et-travail.fr
<http://www.sante-et-travail.fr/>

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

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Email : pn@sfsp.info
<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/>
(sommaries et texte intégral de 1998 à 2001,
sommaries depuis 2002)

SANTE SOCIETE SOLIDARITE

Rédaction et diffusion : OFQSS
(Observatoire Franco-Québécois de la Santé
et de la Solidarité)

Diffusion : IRDES (Institut de Recherche et
Documentation en Economie de la Santé)
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 39
Fax : 01 53 93 43 50
Email : ofqss@irdes.fr
<http://www.irdes.fr/Ofqss/Ofqss.html>

ou
MSSS
(Ministère de la Santé et des Services
Sociaux)
1075, chemin Ste Foy - 11e ét.
G1S 2M1 Québec (Québec)
Canada
☎ 00 1 418 266 7043
Fax : 00 1 418 646 8186
Email : ofqss@msss.gouv.qc.ca

SCIENCES & AVENIR

Rédaction : 62, rue Richelieu
75002 Paris
☎ 01 55 35 56 00

Diffusion des n° courants :
8, rue Aboukir
75002 Paris
☎ 01 40 26 86 11

Diffusion des n° Hors Série
80, rue Montmartre
75002 Paris
☎ 01 44 76 92 30
<http://tempsreel.nouvelobs.com/actualites/sciences/>

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS
(Association pour le Développement des
Sciences Sociales de la Santé)

Diffusé par : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : marketing@jle.com
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm>
(résumés en ligne depuis 1997)

**SERIE ETUDES ET RECHERCHES -
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.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche.html>

**SERIE STATISTIQUES- DOCUMENT 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.gouv.fr/serie-statistiques.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.editionsdesante.fr/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml

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

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:

Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15
am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé