

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Mai - Juin - Juillet 2007

■ Service Documentation

► Présentation

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

- La plupart d'entre elle sont 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 deux parties :
 - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
 - plusieurs index qui facilitent la recherche :
 - un index des auteurs cités,
 - un index des éditeurs.

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

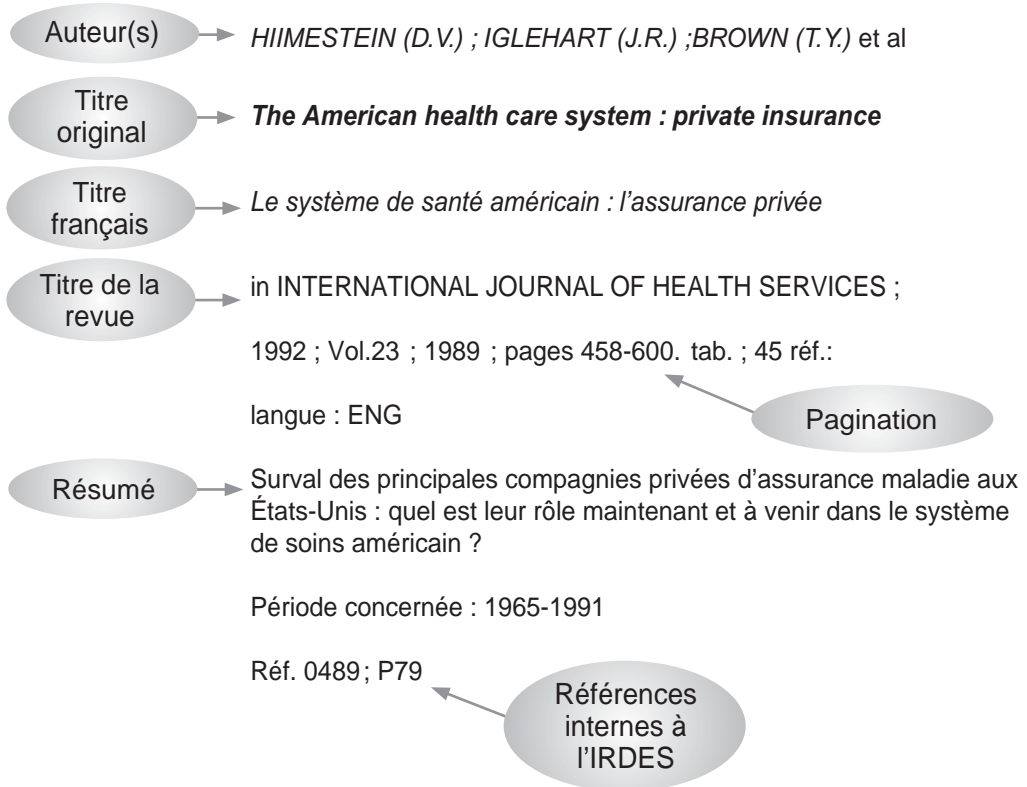
L'IRDES est disponible sur Internet.

Pour contacter le centre de documentation : email : documentation@irdes.fr

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

Serveur Web : www.irdes.fr


Comment lire une notice?



Signification des abréviations

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

Sommaire



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

Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

15 POLITIQUE DE SANTÉ

| | |
|--------------------------------|----|
| Généralités..... | 15 |
| Participation des usagers..... | 15 |
| Plans de santé | 16 |
| Réforme | 16 |

16 PROTECTION SOCIALE

| | |
|---------------------------------------|----|
| Assurance complémentaire..... | 16 |
| Assurance maladie..... | 17 |
| Comptes de la protection sociale..... | 17 |
| Comptes du handicap | 17 |
| Couverture sociale | 18 |
| Financement | 18 |
| Indicateurs socio-économiques..... | 18 |
| Retraite..... | 19 |
| Revenu minimum d'insertion..... | 19 |

20 PRÉVENTION

| | |
|-----------------------|----|
| Dépistage | 20 |
| Veille sanitaire..... | 20 |

20 DÉPENSES DE SANTÉ

| | |
|-----------------------------|----|
| Généralités..... | 20 |
| Comptes de la santé | 20 |
| Financement des soins | 21 |
| Maîtrise des dépenses..... | 21 |
| Prévention | 21 |
| Projections | 21 |
| Remboursement..... | 22 |
| Troubles visuels | 22 |
| Vieillesse | 22 |

23 INDICATEURS DE SANTÉ

| | |
|------------------|----|
| Généralités..... | 23 |
| Alcoolisme..... | 23 |
| Asthme | 24 |

| | |
|--------------------------|----|
| Dépression..... | 24 |
| Épidémiologie..... | 24 |
| Facteurs de risque | 24 |
| Obésité..... | 25 |
| Travail et santé..... | 25 |

26 PERSONNES ÂGÉES

| | |
|-----------------|----|
| Dépendance..... | 26 |
|-----------------|----|

27 GROUPES DE POPULATION

| | |
|-----------------------------|----|
| Accès aux soins | 27 |
| Adolescents..... | 28 |
| Étudiants | 28 |
| Exclusion..... | 28 |
| Inégalités sociales..... | 28 |
| Population défavorisée..... | 30 |
| Jeunes adultes..... | 30 |
| Travailleurs pauvres..... | 31 |

31 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

| | |
|-------------------------------------|----|
| Observatoire local de la santé..... | 31 |
| Paris | 31 |
| Périnatalogie | 31 |
| Planification sanitaire | 32 |
| Régionalisation..... | 32 |
| Territoire..... | 33 |

34 MÉDECINE LIBÉRALE

| | |
|----------------------------------|----|
| Consultation de prévention | 34 |
| Filière de soins..... | 34 |
| Formation médicale..... | 34 |
| Gatekeeping..... | 35 |
| Pratique médicale | 35 |
| Prescription | 36 |
| Relation médecins malades..... | 36 |
| Revenus..... | 36 |
| Urgences médicales..... | 37 |

37 HÔPITAL

| | |
|---|----|
| Budget hospitalier | 37 |
| Chirurgie..... | 37 |
| Cliniques privées..... | 38 |
| Financement | 38 |
| Gestion hospitalière | 38 |
| Handicap social..... | 38 |
| Hôpital local..... | 39 |
| Indicateurs de gestion hospitalière | 39 |
| Investissements | 39 |
| Listes d'attente..... | 40 |
| Psychiatrie..... | 40 |
| Réforme | 40 |
| Satisfaction des usagers..... | 41 |

41 PROFESSIONS DE SANTÉ

| | |
|--|----|
| Conditions de travail..... | 41 |
| Coopération professionnelle | 42 |
| Démographie médicale | 42 |
| Évaluation des pratiques professionnelles..... | 42 |
| Infirmiers | 43 |
| Lobbying..... | 43 |
| Modes d'exercice | 43 |

44 MÉDICAMENTS

| | |
|---------------------------------|----|
| Automédication | 44 |
| Antidépresseurs | 44 |
| Brevets | 44 |
| Génériques..... | 45 |
| Industrie pharmaceutique..... | 46 |
| Innovation médicale | 46 |
| Observance thérapeutique..... | 48 |
| Officine | 48 |
| Pharmacie hospitalière..... | 48 |
| Politique des médicaments | 50 |
| Prix de référence..... | 51 |
| Publicité..... | 52 |
| Régulation..... | 53 |
| Remboursement..... | 53 |
| Tarification..... | 54 |

54 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

| | |
|-----------------|----|
| Allemagne | 54 |
| Australie | 55 |
| Espagne | 55 |
| États-Unis..... | 56 |
| Europe..... | 56 |

| | |
|---------------------------|----|
| Israël | 58 |
| Italie..... | 59 |
| Japon | 59 |
| Norvège..... | 59 |
| Pays-Bas..... | 60 |
| Pays industrialisés | 60 |
| Portugal..... | 61 |
| Royaume-Uni | 61 |
| Suède..... | 62 |
| Suisse | 62 |
| Union européenne..... | 63 |

63 PRÉVISION - ÉVALUATION

| | |
|----------------------------|----|
| Analyses économiques | 63 |
| Recherche en santé | 64 |
| Recommandations | 64 |
| Réseaux de soins..... | 65 |

65 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

| | |
|------------------------------|----|
| Entretien biographique | 65 |
| Épidémiologie..... | 65 |
| Lecture critique..... | 66 |

66 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

| | |
|---------------------------------------|----|
| Conditions de travail..... | 66 |
| Espérance de vie | 67 |
| Famille..... | 68 |
| Population | 68 |
| Relations intergénérationnelles | 69 |

69 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

| | |
|----------------------------|----|
| Croissance économique..... | 69 |
| Emploi | 69 |

70 DOCUMENTATION

| | |
|---------------------------------|----|
| Diffusion de l'information..... | 70 |
| Site Internet..... | 70 |

AUTRES RUBRIQUES

73 Index des auteurs

81 Carnet d'adresses des éditeurs

93 Calendrier des colloques

► Références bibliographiques

► Généralités

34608

ARTICLE
TABUTEAU (D.)

La santé en quête de politique.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2007/04; vol. : n° 14 : 29-44

Cote Irdes : P168

Les rapports entre la politique et la santé sont ambigus. Alors que les questions de santé occupent une place importante dans les préoccupations du public, elles peinent à s'inscrire dans le débat politique. Cet article est un plaidoyer pour que des débats sur la santé, forgés et mûris au sein des démocraties sociales et sanitaires, soient mis au cœur de la démocratie politique.

► Participation des usagers

33608

ARTICLE
GHADI (V.), NAIDITCH (M.)

Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ?

SANTÉ PUBLIQUE

2006/06; vol. 18 : n° 2 : 171-186

Cote Irdes : C, P143

Après les ordonnances Juppé de 1996, les lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 ont consacré juridiquement de nouvelles formes de représentation des usagers au sein du système de santé. Cette légitimité nouvelle institutionnelle, conférée du haut, n'a pas pour autant réglé la question de leur reconnaissance sur le terrain. Il importe donc de réfléchir à d'autres modalités de représentation qui permettraient de nourrir cette légitimité par le bas. L'objectif du travail des auteurs a consisté d'abord à comprendre comment, et indépendamment des questions de représentativité, pouvait se construire concrètement une certaine légitimité des usagers. Pour y répondre, les auteurs sont partis de l'analyse de différentes expériences de participation des usagers dans le champ de la santé et mises en œuvre par eux-mêmes ou par d'autres. Les résultats de leur analyse mettent à jour les principaux facteurs au travers desquels la légitimité des usagers se construit : les attentes formulées par les promoteurs vis-à-vis des usagers en lien avec le statut qui leur est conféré a priori ; le type d'usagers concernés en lien avec la question de représentativité ; la nature du processus de

montée en généralité ; les modes d'interaction avec les professionnels. Les auteurs discutent ensuite des rapports conflictuels entre représentativité et légitimité en lien avec le processus de construction de cette dernière (passage d'une auto légitimation à une alter légitimation) ; enfin pour conclure, ils abordent succinctement l'articulation entre démocratie « représentative » et démocratie « participative ».

33618

ARTICLE
BRECHAT (P.H.), BERARD (A.),
MAGNIN-FEYSOT (C.), et al.

Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives.

SANTÉ PUBLIQUE

2006/06; vol. 18 : n° 2 : 245-262, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P143

Les pouvoirs publics français ont imaginé que l'usager pouvait permettre de rendre les débats sur les politiques de santé plus transparents face aux logiques professionnelles ou technico-administratives. Nous pouvons nous demander quelle est la réalité de cette participation. La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement des données issues de l'analyse de compte rendu d'entretiens semi-directifs de référents nationaux, régionaux et d'usagers et de documents concernant la construction et la mise en œuvre des politiques de santé nationales, régionales et locales. Cette étude montre que, de 1996 à 2002, des usagers ont été associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques nationales, régionales et locales de santé. Il existe des réussites exemplaires qui témoignent de la possibilité d'ancrage d'un modèle de concertation démocratique dans les institutions de santé quel que soit le niveau de décision et d'application. Des propositions sont faites pour renforcer ces dynamiques.

34601

ARTICLE
DOMIN (J.P.)

La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ?

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

2006/11-12; vol. 24 : n° 7-8 : 427-438, rés.

Cote Irdes : P85

Le développement de la démocratie sanitaire est un phénomène assez récent privilégiant la traduction au sein du système de santé des libertés classiques qui constituent les droits fondamentaux de la personne. Elle est le signe avant-coureur d'un déplacement des valeurs reposant sur le droit à l'information et la recherche du consen-

tement éclairé du malade. Mais, elle peut également être appréhendée comme une tentative de désépécification de la relation thérapeutique et comme le passage progressif à une relation d'agence parfaite. Cette évolution s'inscrit plus largement dans le cadre d'une régulation marchande où le patient cède sa place au consommateur de soins. (Résumé d'auteur).

► Plans de santé

33188

ARTICLE

BARA (C.), REVEL (M.),
DESGRANGES (J.F.),
BONHOMME (C.)

Territoire et plan Cancer.

Territoires de santé.

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2006/05-06; vol. : n° 510 : 33-34

Cote Irdes : C, P22

Le SROS place le territoire de santé au cœur des enjeux de la politique sanitaire 2006-2010. Comment ces territoires s'inscrivent-ils dans la démarche portée par le plan Cancer? L'objectif de ce plan est de garantir plus de qualité, plus d'équité, plus d'accès aux innovations et à la recherche. Il prône davantage de coordination entre les acteurs, y compris les médecins traitants, et plus d'information vis-à-vis des malades et de leurs proches. À ce titre, une prise en charge de qualité pour un patient atteint de cancer inclut un ensemble de critères décrits dans cet article.

► Réforme

33886

FASCICULE

CASES (C.), BERTRAND (X.),
GRANDFILS (N.), SERMET (C.), OR (Z.),
BOURGUEIL (Y.), DURAND-ZALESKI (I.),
POUVOURVILLE (G.de), BERLAND (Y.),
FRANC (C.), POLTON (D.), MELKE (A.),
LISAC (M.), SCHLETTE (S.)

French health system reform : recent implementation and future challenges.

*Réforme du système de santé :
récente mise en œuvre et futurs enjeux.*

EUROHEALTH

2006; vol. 12 : n° 3 : 55 p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/>

Réalisé par l'Irdes, ce dossier dresse un état des lieux de la réforme de la santé en France. Il

est composé : - d'articles de présentation ou de points de vue sur la réforme de 2004, en particulier : d'une présentation critique des dernières réformes et des enjeux par Chantal Cases; d'un article sur les récentes mesures prises en matière de politique de régulation du médicament par Nathalie Grandfils et Catherine Sermet; d'une discussion sur la réforme hospitalière « hôpital 2007 » qui ouvre, avec la tarification à l'activité, une nouvelle ère et une possible mise en compétition du secteur public et privé par Zeynep Or et Gérard de Pouvourville; d'un point de vue sur les différentes orientations et points de convergence des deux nouvelles grandes lois votées en France en 2004 : la loi de Santé publique et la loi de Sécurité sociale par Isabelle Durand-Zaleski; d'un article sur la politique de gestion des professionnels de santé, dans un contexte de baisse des effectifs et de déséquilibres géographiques par Yann Bourgueil et Yvon Berland; d'une présentation de la nouvelle gouvernance qui instaure un nouveau partage des responsabilités entre l'État et l'Assurance-maladie de Carine Franc et Dominique Polton; d'une interview de Xavier Bertrand, ministre de la santé, qui exprime son optimisme pour les années à venir, compte tenu des premiers résultats positifs en matière de régulation des dépenses de santé et des économies encore possibles tout en préservant l'innovation et la qualité des soins. Ce dossier comprend aussi deux articles sur la réforme de santé en Suède et en Allemagne.

PROTECTION SOCIALE

► Assurance complémentaire

ARTICLE

SALIBA (B.), VENTELOU (B.)

**Complementary health insurance in France :
Who pays? Why? Who will suffer
from public disengagement?**

HEALTH POLICY

2006/05; vol. 81 : n° 3 : 166-182

Cote Irdes : P92

The study is based on a rare database with information about health status, socioeconomic characteristics and the complementary health insurance choices of the French population. We intend to characterise a two-stage decision process : first, the decision to purchase complementary health insurance, and then the factors related to choice of policy quality. Our econometric study indicates that (i) income level has a strong and significant effect on the decision to purchase complementary insurance, whilst

there is no evidence that health risk considerations affect this decision at all; (ii) the individual decision about quality is associated barely if at all with any rational explanatory variables. The population's concrete behaviour, revealed by the study, is consistent with an allocation of low-risk people to private insurance and high-risk people to public insurance. Complementary insurance is not especially relevant to patients with serious diseases, who depend much more on the public system. If the public insurance system were to disengage significantly from coverage of serious illness, a vacuum would be created that would leave people at high risk without full coverage. These results have broad implications for numerous national systems of social protection seeking a new mix between private and public insurance.

► Assurance maladie

33959

ARTICLE
VINCENT (W.)

Réforme de l'Assurance maladie : quel bilan ?

MÉDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)
2006/12; vol. : n° 297 : 27-29
Cote Irdes : P145/2

Cet article dresse un bilan de la réforme de l'assurance maladie mise en place par la loi du 17 août 2004 : équilibre des comptes, dossier médical partagé, Haute Autorité de santé, place des régimes complémentaires, Uncam...

► Comptes de la protection sociale

34278

FASCICULE
BECHTEL (J.), BOURGEOIS (A.),
CAUSSAT (L.), LÉBOURG (N.), LEVREY (P.)

Les comptes de la protection sociale en 2005.

SÉRIE STATISTIQUES - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES
2006/12; vol. : n° 104 : 109 p.
Cote Irdes : S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/series-tat104.pdf>

En 2005, les dépenses liées à la protection sociale se sont accrues en valeur de 3,6% et de 1,6% en termes réels. Les prestations de protection sociale perçues par les ménages (94% des dépenses) ont progressé de + 3,9% en euros courants, et de + 1,9% en termes réels. Elles

représentent 29,6% du PIB - 29,3% en 2004. Ce niveau est légèrement supérieur à celui observé pour l'ensemble de l'Union européenne. Les prestations de protection sociale ont connu un ralentissement sensible (+ 5,1% en 2004 en euros courants), essentiellement imputable à la décélération des dépenses afférentes au risque maladie et à la diminution de celles liées au chômage et à la perte d'emploi. Les régimes d'assurance sociale demeurent prépondérants dans le système de protection sociale : ils supportent les quatre cinquièmes des dépenses de prestation. Le « taux de pression sociale » s'est établi à 25,6% du PIB, dont 21,6% de prélèvements obligatoires sociaux. Les cotisations sociales, principale ressource des régimes d'assurance sociale, se sont accrues à un rythme légèrement supérieur à celui de la masse salariale, elles représentent les deux tiers des recettes hors transferts.

► Comptes du handicap

34533
FASCICULE
BOURGEOIS (A.), DUEE (M.)

Le compte social du handicap de 2000 à 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS
2007/02; vol. : n° 554 : 8 p., tabl., graph.
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er554/er554.pdf>

Les dépenses de protection sociale liées au handicap représentent 6,4% de l'ensemble des dépenses sociales. Elles sont passées entre 2000 et 2005 de 25,2 à 32,4 milliards d'euros. Leur part dans le PIB a progressé, passant de 1,7% en 2000 à 1,9% en 2005. Les pensions d'invalidité (y compris militaires) demeurent le principal poste de dépenses, représentant 26% du total des dépenses liées au handicap en 2005. Entre 2000 et 2005, leur croissance a été soutenue par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, liée au vieillissement de la population. Elles sont suivies, en termes d'importance, par les prestations d'accident du travail (22%), accroissement essentiellement lié au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). L'allocation aux adultes handicapés connaît une évolution modérée au cours de la période, avec cependant une accélération en 2004 et 2005. Les frais d'hébergement et les dépenses d'aide sociale des départements progressent quant à eux de façon soutenue tout au long de la période.

► Couverture sociale

ARTICLE
OLIVELLA (P.), HERNANDEZ (V.)

Competition among differentiated health plans under adverse selection.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2007/03 ; vol 26 : n° 2 : 251-262
Cote Irdes : P79

Market power and adverse selection are prevalent features of the market for pre-paid health plans. However, most of the literature on adverse selection considers extreme cases : either perfect competition or monopoly. If instead health plans are horizontally differentiated, then (i) profits derived from each low risk are higher than from each high risk and (ii) when the profits derived from each high risk are negative (cross-subsidization), a health authority as informed as the health plans can implement a Pareto-improvement. Both local and global deviations from cross-subsidization are addressed within a Nash equilibrium framework.

► Financement

33714

ARTICLE
HENNION (M.), LOISY (C.)

L'impact des exonérations de cotisations patronales de Sécurité sociale sur l'emploi : une nouvelle évaluation.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ (DREES)
2006/04-06 ; vol. : n° 2 : 65-72
Cote Irdes : C, S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200602.pdf>

La structure de financement de la protection sociale a connu de profonds changements au cours des vingt dernières années. Les diminutions de cotisations sociales patronales en constituent l'un des plus importants. Ces mesures s'intègrent dans une volonté d'alléger le coût du travail pour favoriser l'emploi et notamment l'emploi peu qualifié. Ainsi, des politiques résolues d'allègements de cotisations patronales de Sécurité sociale sur les bas salaires ont été mises en œuvre depuis les années 1990. L'analyse des variations du taux apparent de cotisations sociales patronales révèle l'ampleur de ces diminutions du coût du travail pour certaines catégories d'emplois. Entre 1990 et 2003, la baisse des charges patronales aurait permis la création de 250 000 emplois salariés.

33961

ARTICLE
VINCENT (W.)

La LFSS : un budget pour six mois ?

MÉDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)
2006/12 ; vol. : n° 297 : 30-31
Cote Irdes : P145/2

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 est quelque peu différente des précédentes. D'abord parce qu'elle est la dernière présentée par le gouvernement avant l'élection présidentielle de 2007. Ensuite parce qu'elle a suscité un nombre élevé d'amendements des parlementaires. Au point que le Conseil constitutionnel appelé à se prononcer, en a invalidé certains, dont celui portant sur le secteur optionnel.

► Indicateurs socio-économiques

34281

FASCICULE
LELIEVRE (M.), CAUSSAT (L.)

Les indicateurs européens de cohésion sociale.

ÉTUDES ET RÉSULTATS
2007/01 ; vol. : n° 549 : 8 p.
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er549/er549.pdf>

Depuis le sommet de Lisbonne de 2000, les chefs d'État et de gouvernement de l'Union européenne ont adopté une « méthode ouverte de coordination » destinée à organiser la convergence des systèmes nationaux de protection sociale vers la réalisation d'objectifs communs dans le domaine de la cohésion sociale. Des indicateurs sociaux publiés régulièrement permettent de mesurer les progrès de l'Union dans les domaines suivants : inclusion sociale, pensions et soins de santé. Treize indicateurs transversaux sont complétés par trois séries d'indicateurs thématiques, couvrant de façon plus complète chacun des domaines concernés. Les données produites dans le cadre de cet exercice mettent en évidence que la France présente des valeurs de ces indicateurs à la fois supérieures à la moyenne européenne en matière de limitation de la pauvreté monétaire et laborieuse, de qualification des jeunes ou de cohésion territoriale, et voisines de la moyenne européenne, pour ce qui est du taux d'activité ou des besoins de financement futurs des régimes de protection sociale. Elle paraît toutefois en situation relativement défavorable en matière de performances du marché du travail ou d'espérance de vie sans incapacité à la naissance des hommes.

► Retraite

33223

ARTICLE

BONNET (C.), BUFFETEAU (S.),
GODEFROY (P.)

Quelles évolutions des retraites des hommes et des femmes ? Un essai de prospective.

GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ

2006 ; vol. : n° 117 : 57-72, ann., graph., tabl.

Cote Irdes : C, P8

Les disparités de retraite entre hommes et femmes (niveau de pension, âge de liquidation) sont aujourd'hui importantes, même si elles semblent se réduire (lentement) pour les générations de retraités les plus jeunes. Cet article s'intéresse à la poursuite de ces évolutions à l'horizon 2040. Sous l'effet d'une hausse de leur participation au marché du travail, les durées validées par les femmes croissent au fil des générations, permettant une poursuite de la réduction de l'écart de pension entre les deux sexes. Ce dernier demeure néanmoins important. Si les hommes des générations 1940-1944, anciens salariés du secteur privé, perçoivent une pension de droit direct double de celle des femmes, le ratio s'établit à 1,59 pour les générations nées entre 1965 et 1974. Il semblerait que les réformes mises en œuvre en 1993 et en 2003 aient freiné la réduction des écarts de pension. En effet, sans ces réformes, la pension des hommes des générations 1965-1974 aurait été supérieure de 47 % à celle des femmes (Résumé d'auteur).

33636

ARTICLE

QUEISSER (M.), WHITEHOUSE (E.)

Retraite : le niveau des prestations futures dans les pays de l'OCDE.

REVUE INTERNATIONALE

DE SÉCURITÉ SOCIALE (AISS)

2006/07-09 ; vol. 59 : n° 3 : 59-92, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P55

Cet article présente une étude comparative, conduite au niveau micro-économique, des retraites futures dans les trente pays de l'OCDE pour les salariés du secteur privé. Les modèles utilisés prennent en compte tous les régimes obligatoires de retraite, publics ou privés. L'étude indique, pour les salariés hommes et femmes justifiant d'une carrière complète, les taux de remplacement du revenu (bruts et nets d'impôt et de cotisations sociales) et le montant relatif des retraites (par rapport au gain national moyen) pour différents niveaux de gain, en fonction des dispositifs et des paramètres applicables en

2002. Au niveau du gain moyen, les retraites devraient représenter en moyenne, en termes nets, 70 pour cent environ du revenu antérieur, la pension minimale se montant en moyenne à un peu moins de 29 pour cent du gain national moyen.

► Revenu minimum d'insertion

33711

FASCICULE

LE BIHAN (B.), MARTIN (C.)

L'organisation du RMI et de son volet insertion dans neuf départements depuis la décentralisation.

ÉTUDES ET RÉSULTATS

2006/11 ; vol. : n° 535 : 12 p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er535/er535.pdf>

Cette étude monographique, menée dans neuf départements en 2005-2006, analyse l'impact de la décentralisation intervenue en 2004 sur les modes de gestion du RMI et de son volet insertion dans les départements. Deux formes de réorganisation ont été mises en œuvre, globales ou ciblées. L'offre d'insertion s'est traduite par la redéfinition des instances existantes et la création de nouvelles structures, avec un maillage du territoire variable d'un département à l'autre. Quant à l'articulation entre politique d'insertion sociale et d'insertion professionnelle, elle est pensée d'au moins trois manières différentes, l'équilibre entre ces deux volets étant plus ou moins mis en avant.

33715

ARTICLE

AVENEL (M.), NABOS (C.)

Les disparités départementales d'organisation concernant la mise en œuvre du RMI un an après la décentralisation.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ (DREES)

2006/04-06 ; vol. : n° 2 : 73-85

Cote Irdes : C, S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200602.pdf>

Avec la loi du 18 décembre 2003, décentralisant le revenu minimum (RMI) et créant le CI-RMA (contrat d'insertion-revenu minimum d'activité), le département est devenu, depuis le 1er janvier 2004 le chef de file du dispositif RMI. Au premier trimestre 2005, une enquête de la DREES - menée en collaboration avec l'Assemblée des Départements de France (ADF) - montrait la diversité des modes d'organisation adoptés par les

conseils généraux, pour mettre en place ce dispositif. Début 2005, les disparités départementales en la matière étaient déjà importantes, même si les réorganisations n'étaient pas encore stabilisées à cette date. Là où le nombre d'allocataires était relativement faible, les collectivités se sont réorganisées plus rapidement et ont adopté plus vite leurs programmes départementaux d'insertion (PDI) et leurs plans locaux d'insertion (PLI). Les départements comptant les plus fortes proportions de personnes couvertes par le RMI offrent une plus grande diversité des lieux de dépôt de demande. Enfin, une typologie des départements, selon les modes d'organisation retenus au début de l'année 2005, a été dégagée.

PRÉVENTION

► Dépistage

33908

ARTICLE

GUITTET (L.), BOUVIER (V.), MARIOTTE (N.)

Dépister le cancer colorectal : avec quel test ? : une étude comparative test *gaïac* vs. test immunologique en population générale.

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2006 ; vol. 2 : n° 10 : 472-477
Cote Irdes : P198

Pendant les premiers mois de la mise en œuvre du dépistage du cancer colorectal dans le Calvados, les performances du test de référence (hémo-cult II non réhydraté) ont été comparées à celles du test immunologique Magstream. Trente mille personnes ont réalisé les deux tests. La coloscopie était proposée si l'un au moins des tests était positif. Cette étude porte sur les 10 673 premières personnes ayant réalisé leurs tests entre le 1^{er} juin 2004 et le 30 juin 2005.

► Veille sanitaire

34706

ARTICLE

GIRARD (J.F.), BENAMOUZIG (D.), BESANCON (J.), LE BOULER (S.) et al.
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).
Paris. FRA

Veille et sécurité sanitaire : dossier.

HORIZONS STRATÉGIQUES
2007/01 ; vol. : n° 3 : 1-80., tabl.
Cote Irdes : B5926

http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_versionIntegrale.pdf

DÉPENSES DE SANTÉ

► Généralités

33966

ARTICLE

POUVOURVILLE (G. de)

Le temps de la santé : le coût du temps ultime.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2007/01 ; vol. : n° 13 : 77-85
Cote Irdes : P168

Pour réduire les déficits de l'assurance maladie, il conviendrait sans doute de réduire les dépenses de fin de vie, qui représentent actuellement 13% des dépenses de santé. Pourtant, l'analyse des données disponibles démontre que ce sont les maladies chroniques ou les soins prodigués aux personnes de moins de 65 ans qui représentent la plus grande part des dépenses.

► Comptes de la santé

33723

FASCICULE

FENINA (A.), GEFFROY (Y.)

La base 2000 des Comptes de la santé : méthodologie.

SÉRIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL (DREES)
2006/07 ; vol. : n° 99 : 44 p.
Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/series-tat99.pdf>

Les Comptes de la santé sont un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils décrivent l'ensemble du secteur de la santé et son insertion dans l'équilibre macro-économique général. Ils présentent les différentes dépenses de santé et leur financement (Sécurité sociale, organismes complémentaires, ménages, État et collectivités locales). Périodiquement, les Comptes nationaux de l'INSEE changent de base, l'actuelle est la base 2000. Ces changements sont l'occasion de revoir les concepts, les méthodes, les évaluations des séries et d'intégrer les sources d'informations les plus récentes. À l'occasion de ce changement de base, les Comptes de la santé ont également été révisés. Ce volume présente la méthodologie générale des Comptes de la santé en base 2000 : architecture, définitions, sources et méthodes d'élaboration. Elle décrit notamment les évolutions conceptuelles concernant la prévention et la décomposition des évolutions entre effet volume et effet prix.

► Financement des soins

33751

ARTICLE

SHIELL (A.), HAWE (P.)

Test-retest reliability of willingness to pay.

Fiabilité testée et retestée du concept de la volonté à payer.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2006/09; vol. 7 : n° 3 : 176-181, 3 tabl.

Cote Irdes : P151

This article describes the results of a survey designed to assess the test-retest reliability of a method of establishing willingness to pay. Willingness to pay values for a hypothetical intervention were elicited from a randomly selected, population sample by face-to-face interview on three occasions over a period of 5 weeks. Test-retest reliability was assessed by intraclass correlation and by generalizability analysis. Reliability was acceptable but not substantial, and there was a statistically significant shift in mean value between first and second assessments. The greatest source of variation in values was the participants. There was also a substantial interaction between time and participants, suggesting that some respondents changed their answers at follow-up. The results were sensitive to the high valuations provided by four of the participants, however.

► Maîtrise des dépenses

34044

ARTICLE

CATRICE-LOREY (A.), STEFFEN (M.)

La mise en œuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE

DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 171-190

Cote Irdes : C, P59

La mise en œuvre est souvent négligée dans les analyses comparatives de la régulation des dépenses de santé. La prise en compte de cette dimension réintroduit la diversité nationale des trajectoires de réformes, alors que les approches centrées sur les modèles institutionnels et les données financières en estompent les différences, mettant l'accent sur les transferts internationaux d'idées et les contraintes économiques communes. La comparaison présentée ici, de la mise en œuvre de la régulation des

dépenses de santé dans les pays d'inspiration bismarckienne (Allemagne, France, Pays-Bas, Espagne), montre une capacité inégale à réaliser le changement, variant en fonction du système d'acteurs et notamment des rapports entre l'État et l'Assurance maladie. L'analyse s'attache également aux réformes de structures, visant à modifier l'architecture d'origine au profit de nouveaux opérateurs, qui diffèrent des réformes de gestion, cherchant à s'affranchir d'une administration opaque et à promouvoir une approche médico-économique liant rigueur managériale et qualité médicale.

► Prévention

33756

ARTICLE

VINCENT (W.)

Dépenses de prévention et dépenses de soins par pathologie.

MÉDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2006/10; vol. : n° 285 : 46-47, 1 graph.

Cote Irdes : P145/2

L'évolution des dépenses de santé est le plus souvent abordée sous l'angle des dépenses relatives aux soins. Une étude de l'IRDES et de la DREES s'attache à l'examen des dépenses de prévention et de la répartition des dépenses de soins par pathologie. Cet article en résume les principaux résultats.

► Projections

ARTICLE

POISAL (J.A.), TRUFFER (C.)

Health Spending Projections Through 2016 : Modest Changes Obscure Part D's Impact

HEALTH AFFAIRS

2007/03; vol 26 : n° 2 : w242-w253

Cote Irdes : P95

Growth in national health spending is projected to slow slightly from 6.9 percent in 2005 to 6.8 percent in 2006, marking the fourth consecutive year of a slowing trend. The health share of gross domestic product (GDP) is expected to hold steady in 2006 before resuming its historical upward trend, reaching 19.6 percent of GDP by 2016. Prescription drug spending growth is expected to accelerate to 6.5 percent in 2006. Medicare prescription drug coverage has dramatically changed the distribution of drug spending among payers, but the net effect on aggregate spending is anticipated to be small.

► Remboursement

34616

ARTICLE

BRAS (P.L.), GRASS (E.), OBRECHT (O.)

En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge.

DROIT SOCIAL

2007/03; vol. : n° 3 : 463-471

Cote Irdes : P109

Après avoir présenté le dispositif français de couverture des restes à charge importants et en avoir analysé les limites, cet article propose la création d'un mécanisme de plafonnement du reste à charge sur la dépense remboursable, hors dépassement. Ce bouclier contre les restes à charge importants se substituerait notamment au régime d'exonération des affections longue durée. Plus équitable, il présente l'intérêt de libérer un temps médical conséquent pour l'amélioration de la qualité des pratiques.

► Troubles visuels

33750

ARTICLE

LAFUMA (A.), BREZIN (A.), FAGNANI (F.) et al.

Non medical economic consequences attributable to visual impairment : a nation-wide approach in France.

Les conséquences économiques non-médicales attribuables aux déficiences visuelles : une approche au niveau national en France.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2006/09; vol. 7 : n° 3 : 158-164, 6 tabl.

Cote Irdes : P151

The nonmedical costs of visual impairment are crucial when allocating resources for prevention or treatment programs. We analyzed the data from two representative nationwide French surveys aimed at documenting impairments that included 14,603 subjects living in institutions and 16,945 in the community. Three groups were identified : blind (light perception), low vision (loss of shape perception, LV), and controls. Item consumption was standardized on confounding factors using logistic regression. Costs attributable to visual impairment were estimated from control subjects. National nonmedical costs due to visual impairment were euro 9,806 million, arising mostly from LV (euro 8,735 million). The annual average cost/subject was euro 7,242 for LV and Euro 15,679 for blindness. Loss of family income was euro 4,552 million, the burden on the caregiver euro 2,525 million, paid assistance

euro 2,025 million, social allowances euro 0,942 million, and unmet needs euro 5,553 million. Resource allocation strategies aimed at controlling visual impairment should cover all relevant economic dimensions, including nonmedical items.

► Vieillessement

MARTIN (E.M.), GARRETT (N.),

LINDQUIST (T.), ISHAM (G.)

The Boomers Are Coming : A Total Cost of Care Model of the Impact of Population Aging on Health Care Costs in the United States by Major Practice Category

HEALTH SERVICES RESEARCH

2007/02; vol 42 : n° 1 : 201-218

Cote Irdes : P33

Objective. To project the impact of population aging on total U.S. health care per capita costs from 2000 to 2050 and for the range of clinical areas defined by Major Practice Categories (MPCs). Data Sources. Secondary data : HealthPartners health plan administrative data ; U.S. Census Bureau population projections 2000–2050 ; and MEPS 2001 health care annual per capita costs. Study Design. We calculate MPC-specific age and gender per capita cost rates using cross-sectional data for 2002–2003 and project U.S. changes by MPC due to aging from 2000 to 2050. Data Collection Methods. HealthPartners data were grouped using purchased software. We developed and validated a method to include pharmacy costs for the uncovered. Principal Findings. While total U.S. per capita costs due to aging from 2000 to 2050 are projected to increase 18 percent (0.3 percent annually), the impact by MPC ranges from a 55 percent increase in kidney disorders to a 12 percent decrease in pregnancy and infertility care. Over 80 percent of the increase in total per capita cost will result from just seven of the 22 total MPCs. Conclusions. Understanding the differential impact of aging on costs at clinically specific levels is important for resource planning, to effectively address future medical needs of the aging U.S. population.

ARTICLE

SALTMAN (R.), DUBOIS (H.F.W.),
CHAWLA (M.)

The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses.

INTERNATIONAL JOURNAL
OF HEALTH SERVICES

2006/11; vol 36 : n° 4 : 719-746

Cote Irdes : P35

The article examines recent data on the impact of increasing numbers of elderly people in Europe on expenditures for long-term care services. After reviewing recent and projected future costs of long-term care, the authors examine current national strategies for long-term care as well as potential policy options that could reduce future expenditures due to aging. Although long-term care expenditures in Europe will rise over the next several decades, countries can adopt a variety of strategies--many of them in social sectors outside the health system--to reduce or mitigate the overall effects of likely long-term care needs.

health, the presence of longstanding diseases and restriction in daily activities. The total variance of the health expectancy estimates, taking into account the variance related to the mortality and the variance due to the census data, was estimated. Results : At birth, the life expectancy (LE) for-females is 81.7 years. The HE, MFLE and DFLE are respectively 59.5,63.4 and 66.1 years. The MDLE and SOLE are 7.8 and 7.7 years. The LE for males is 75.4 years with a HE, MFLE and DFLE of respectively 58.0,59.7 and 62.8 years. The years with moderate and severe disability are 6.6 and 6.0 years. In all regions, women live longer than men and can expect to live more years in good health. They live on average more years in bad subjective health, with longstanding morbidity and with moderate and severe disability. At birth the health status is worse in the Walloon Region. There they experience a shorter life with fewer years in good health and have more years to live with ill health. A similar but smaller difference is observed comparing the Brussels Region to the Flemish Region. However at older ages the different health indicators are more favourable in the Brussels Region. Conclusion : Health expectancy indicators are summary measures of the current health of a population. They allow to assess and monitor patterns of health and to identify differences by gender and by region.

INDICATEURS DE SANTÉ

► Généralités

33664

ARTICLE

VAN OYEN (H.), BOSSUYT (N.),
BELLAMAMMER (L.), DEBOOSERE (P.),
DEMAREST (S.), LORANT (V.),
MIERMANS (P.J.)

Scientific Institute of Public Health.

Unit of Epidemiology.

Brussels. BEL

Composite health measures in Belgium based on the 2001 census.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2005; vol. 63 : n° 3 : 107-126

Cote Irdes : C, P98

Objective : The objective of the paper is to present the health status of the population using a set of composite health measures. Health expectancy indicators are calculated : healthy life expectancy (HE), the life expectancy free of chronic morbidity (MFLE) and the disability free life expectancy (DFLE). A severity level (moderate (MDLE) and severe (SOLE) is considered for the expected years with disability. Methods : The Sullivan method was used to calculate the health expectancies. The health questions in the 2001 census include information on subjective

► Alcoolisme

33947

FASCICULE

Institut de Recherches Scientifiques
sur les Boissons. (I.R.E.B.)

Paris. FRA

Observatoire Ireb 2006 : les Français et l'alcool : opinions, connaissances et attitudes.

FOCUS ALCOOLOGIE

2006; vol. : n° 11 : 28 p.

Cote Irdes : P62

La première édition de l'Observatoire de l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb) dresse un état de l'opinion des Français sur l'alcool à travers leurs connaissances sur le sujet mais également leurs attitudes déclarées en termes de sécurité routière ou de repères de consommation. S'il fallait résumer ces premiers résultats, il serait dit que les Français semblent avoir une vision parfois erronée de la réalité alcool mais qu'ils déclarent adopter néanmoins des attitudes prudentes.

Asthme

ARTICLE

BAI (Y.), HILLEMEIER (M.M.),
LENGERICH (E.J.)

Racial/Ethnic Disparities in Symptom Severity Among Children Hospitalized with Asthma.

JOURNAL OF HEALTH CARE FOR THE
POOR AND UNDERSERVED
2007/03; vol 18 : n° 1 : 54-61
Cote Irdes : P183

Asthma is the most common chronic illness among U.S. children as well as a leading cause of hospitalization and functional disability. This cross-sectional study uses 2001 hospitalization data for Pennsylvania to examine disparities among Black, Hispanic, and White children in asthma symptomatology at the time of admission. Compared with Whites, Black children were over twice as likely to have the most severe asthma symptoms, taking into account age, sex, insurance status, income, and rural/urban residence. Increased likelihood of severe clinical condition at admission was also independently associated with Medicaid coverage, with older age at admission, and with urban residence. The relationship between symptom severity at presentation in the emergency department and access to and utilization of appropriate ambulatory care services for children with asthma warrants further investigation.

► Dépression

34620

ARTICLE

PASSERIEUX (C.), JANVIER (D.),
YOUNES (N.) et al.

Dépression : quel parcours de soin ?

Dossier.

SANTÉ MENTALE
2007/03; vol. : n° 116 : 25-81
Cote Irdes : P50

Quels sont les soins adaptés à chaque phase de la maladie dépressive ? Comment offrir ces soins au plus grand nombre et dans la limite des coûts supportables par la société ? Lorsque l'Organisation mondiale de la santé prévoit qu'en 2020, la dépression sera la 2^e cause d'invalidité après les maladies cardio-ischémiques, quelles réponses pourraient offrir la psychiatrie et les réseaux de soins à ces souffrances et comment pourrait-on trouver une organisation pertinente qui placerait véritablement le patient au centre d'une équipe pluridisciplinaire ? Autant de questions auxquelles les auteurs de ce dossier tentent de répondre.

► Épidémiologie

33642

ARTICLE

Recherche en épidémiologie et en biostatistique.

ACTUALITE ET DOSSIER EN
SANTÉ PUBLIQUE
2006/09; vol. : n° 56 : 14-
Cote Irdes : C, P49

L'Unité 780 s'est constituée en réunissant l'Unité 258 et l'Unité 472. Elle vise à développer des recherches épidémiologiques dans trois domaines : pathologies cardiovasculaires ; pneumologie et immuno-allergologie ; nutrition, obésité, diabète et maladies rénales. Elle mène également des recherches en biostatistique.

► Facteurs de risque

34463

ARTICLE

REVUE PRESCRIRE
Paris. FRA

Espérance de vie, cancers : les deux France.

REVUE PRESCRIRE
2007/01; vol. : n° 279 : 66-67
Cote Irdes : P80

L'espérance de vie en France est une des plus élevées du monde. Elle est supérieure de trois ans dans le Sud de la France par rapport au Nord-Pas-de-Calais. Le cancer est la première cause de mortalité chez les hommes. Avant 65 ans, le taux varie presque du simple au double entre les régions Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais. Aux inégalités territoriales sont juxtaposées des inégalités sociales. En France, un ouvrier a quatre fois plus de risques de décéder d'un cancer qu'un cadre supérieur, mais cinq fois plus dans le Nord-Pas-de-Calais. A côté des facteurs classiques, alcoolisme, tabagisme, mauvaise alimentation, et risques professionnels, relevant de la prévention, certains auteurs soulignent la sous-scolarisation et notamment celle des femmes, comme facteur de risque de surmortalité régionale.

► Obésité

ARTICLE

SCHULTE (P.A.), WAGNER (G.R.), OSTRY (A.)

Work, obesity, and occupational safety and health.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2007/03 ; vol 97 : n° 3 : 428-436

Cote Irdes : P36

There is increasing evidence that obesity and overweight may be related, in part, to adverse work conditions. In particular, the risk of obesity may increase in high-demand, low-control work environments, and for those who work long hours. In addition, obesity may modify the risk for vibration-induced injury and certain occupational musculoskeletal disorders. We hypothesized that obesity may also be a co-risk factor for the development of occupational asthma and cardiovascular disease that and it may modify the worker's response to occupational stress, immune response to chemical exposures, and risk of disease from occupational neurotoxins. We developed 5 conceptual models of the interrelationship of work, obesity, and occupational safety and health and highlighted the ethical, legal, and social issues related to fuller consideration of obesity's role in occupational health and safety.

34225

ARTICLE

REVUE PRESCRIRE

Paris. FRA

Obésité : maigrir sans médicament.

Première partie : de nombreuses complications graves.

REVUE PRESCRIRE

2007/02 ; vol. 27 : n° 280 : 123-128

Cote Irdes : P80

Cet article aborde les thérapeutiques non médicamenteuses de l'obésité. Il recherche les éléments qui font de l'obésité un problème de santé publique, et précise son épidémiologie actuelle et ses complications.

34226

ARTICLE

REVUE PRESCRIRE

Paris. FRA

Obésité : maigrir sans médicament.

Deuxième partie : des interventions non médicamenteuses pour réduire la morbidité.

REVUE PRESCRIRE

2007/03 ; vol. 27 : n° 281 : 197-200

Cote Irdes : P80

Après avoir présenté dans la première partie de ce dossier (n° 280 pages 123-128) les éléments qui font de l'obésité un problème de santé publique, cette deuxième partie aborde la balance bénéfice-risque des interventions non médicamenteuses en privilégiant les données issues d'essais comparatifs.

► Travail et santé

33963

ARTICLE

GRIMALDI (A.)

Le temps de la santé : la maladie chronique.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2007/01 ; vol. : n° 13 : 33-38

Cote Irdes : P168

La maladie chronique, en raison de son incurabilité, bouleverse le rapport au temps. L'homme sait bien que la mort l'attend au bout du chemin, mais il se comporte comme si la vie n'avait pas de fin. Parce que le terme n'est pas fixé. Parce que la mort reste abstraite pour qui n'a pas subi l'épreuve du deuil. Paradoxalement, en brisant l'utopie inconsciente de l'immortalité, la maladie chronique tend à changer si ce n'est le sens, du moins la tonalité de la vie. L'existence ne devient pas forcément tragique, mais en tout cas moins insouciant, plus réfléchi et ce faisant dans une certaine mesure plus humaine.

33954

ARTICLE

GREGOIRE (D.)

Institut Syndical Européen pour la Recherche

- la Formation et la Santé Sécurité (E.T.U.I. -

R.E.H.S.). Département Santé Sécurité.

Bruxelles. BEL

Jeunes travailleurs : danger santé!

HESA NEWSLETTER : BULLETIN

D'INFORMATION DU DEPARTEMENT SANTÉ

SÉCURITÉ E.T.U.I.-R.E.H.S.

2006 ; vol. : n° 30-31 : 15-42

Cote Irdes : P189

Les études européennes et internationales confirment toutes que les jeunes sont plus souvent victimes d'un accident du travail en raison de leur goût du risque et de leur inexpérience. Mais cet article s'interroge aussi sur les conditions de travail des jeunes, qui se sont dangereusement précarisées ces dernières années : montée du chômage, industries du fast-food, travail des mineurs, etc.

► Dépendance

33241

ARTICLE

ABRAMOWSKA (A.), GOURBIN (C.),
WUNSCH (G.)

University of Louvain. (U.C.L.).
Louvain. BEL

Projections of the dependent elderly population by age, sex, and household composition. Scenarios for Belgium.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2005; vol. 63 : n° 5 : 243-257

Cote Irdes : C, P98

Projections of the dependent elderly population (65 + years old) have been made for Belgium as a whole, by age, sex, and composition of the household, for the period 2005-2050, taking into account the differences in prevalence rates of dependency by household type and possible future declines in these rates. Population projections are made by the Belgian national statistical institute (INS-NIS). The distribution of the population by five-year age groups and sex according to the composition of the household is taken from the Belgian population register. Only three categories are considered: single person private households, other private households, collective households. The latter category has been corrected using the national health insurance data (INAMIRIZIV). In the absence of adequate data for Belgium, data on the elderly dependency rates by age, sex, and type of household are those of the French HID (Handicap-Invalidité-Dépendance) survey. Concerning trends, two scenarios have been adopted. In the first scenario, dependency rates are assumed to be stationary during the projection period. In the second scenario, rates decline in the future according to past trends observed in France. The projections show that even with declining dependency rates in the future, one can expect a significant increase in the absolute numbers of institutionalized population especially at older ages, for males and for females.

33643

ARTICLE

CHAMBARETAUD (S.) / *coord.*

Les personnes âgées en situation de dépendance.

ACTUALITÉ ET DOSSIER EN

SANTÉ PUBLIQUE

2006/09; vol. : n° 56 : 15-70

Cote Irdes : C, P49

La société française et notre système de protection sociale (conçu pour protéger des citoyens jeunes et actifs) doivent aujourd'hui répondre aux attentes des plus âgés et de leurs proches. En particulier lorsque le grand âge s'accompagne d'une perte d'autonomie, comment peut-on concilier libertés individuelles et responsabilités collectives? Le panorama dressé dans ce dossier propose aux lecteurs différents points de vue et angles d'analyse.

34405

ARTICLE

BOSCH (G.), SCHIEF (S.)

L'emploi des 55 ans et plus en Europe entre Work Line et préretraite.

TRAVAIL ET EMPLOI

2006/07-09; vol. : n° 107 : 19-32

Cote Irdes : B5892

L'Union européenne s'est fixée pour objectif une amélioration notable de l'emploi des plus de 55 ans d'ici 2010. À l'heure actuelle, seuls 5 des anciens pays appartenant à l'Union européenne atteignent les 50% prescrits. Les pays qui ont mis en place une politique de Work Line, c'est-à-dire d'activation de toutes les personnes en âge de travailler, affichent un taux d'emploi de travailleurs de plus de 55 ans nettement supérieur à ceux des pays qui ont fortement eu recours à l'anticipation de retraite. La comparaison des retombées de ces deux politiques fait ressentir six séries de problèmes: égalité femmes/hommes, humanisation du travail, qualification, flexibilité, motivation et croissance. Il ne suffira pas de mettre un terme à la pratique actuelle de retraite anticipée et de retarder l'âge de départ à la retraite pour les régler. Une politique d'emploi spécifique à ces travailleurs ne pourra pas à elle seule résoudre tous ces conflits.

► Accès aux soins

ARTICLE

MOSHSENI (M.), LINDSTROM (M.)

Social capital, trust in the health-care system and self-rated health : The role of access to health care in a population-based study.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007/04 ; vol. 64 : n° 7 : 1373-1383

Cote Irdes : P103

This paper investigates the relationship between institutional trust in the health-care system, i.e. an institutional aspect of social capital, and self-rated health, and whether the strength of this association is affected by access to health-care services. The 2004 public health survey in the Scania region of Sweden is a cross-sectional study; a total of 27,963 respondents aged 18-80 years answered a postal questionnaire, which represents 59% of the random sample. Logistic regression model was used to investigate the association between institutional trust and self-rated health. Multivariate analyses of self-rated health were performed in order to investigate the importance of possible confounders (age, country of origin, education, economic stress, generalized trust in other people, and care-seeking behaviour) on this association. A 28.7% proportion of the men and 33.2% of the women reported poor self-rated health. A total of 15.0% and 58.3% of the respondents reported "very high" and "rather high" trust in the health-care system, respectively. Almost one-third of all respondents reported low institutional trust. Respondents born outside Sweden, with low/medium education, low generalized trust and low institutional trust had significantly higher odds ratios of poor self-rated health. Multiple adjustments for age, country of origin, education, economic stress, and horizontal trust had some effect on the significant relationship between institutional trust and poor self-rated health, for both men and women, but the additional introduction of care-seeking behaviour in the model substantially reduced the odds ratios. In conclusion, low trust in the health-care system is associated with poor self-rated health. This association may be partly mediated by "not seeking health care when needed". However, this is a cross-sectional exploratory study and the causality may go in both directions.

ARTICLE

JAPPELLI (T.), PISTAFERRI (L.), WEBER (G.)

Health care quality, economic inequality, and precautionary saving.

HEALTH ECONOMICS

2007/04 ; vol 16 : n° 4 : 327-346

Cote Irdes : P173

We argue that health care quality has an important impact on economic inequality and on saving behavior. We exploit district-wide variability in health care quality provided by the Italian universal public health system to identify the effect of quality on income inequality, health inequality and precautionary saving. We find that in lower quality districts there is greater income and health dispersion and higher precautionary saving. The analysis carries important insights for the ongoing debate about the validity of the life-cycle model and interesting policy implications for the design of health care systems.

ARTICLE

SCHANZER (B.), BOARNERGES (D.)

Homelessness, health status, and health care use.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2007/03 ; vol. 97 : n° 3 : 464-469

Cote Irdes : P36

Little is known about the health status of those who are newly homeless. We sought to describe the health status and health care use of new clients of homeless shelters and observe changes in these health indicators over the study period. METHODS : We conducted a longitudinal study of 445 individuals from their entry into the homeless shelter system through the subsequent 18 months. RESULTS : Disease was prevalent in the newly homeless. This population accessed health care services at high rates in the year before becoming homeless. Significant improvements in health status were seen over the study period as well as a significant increase in the number who were insured. CONCLUSION : Newly homeless persons struggle under the combined burdens of residential instability and significant levels of physical disease and mental illness, but many experience some improvements in their health status and access to care during their time in the homeless shelter system.

► Adolescents

33946

ARTICLE

CORCOS (M.), JEAMMET (P.)

Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens.

PSYCHOTROPES

2006; vol. 12 : n° 2 : 71-91

Cote Irdes : Bulletin bibliographique -

Département doc Inpes

Cet article étudie, dans une approche psychodynamique, la défense addictive à l'adolescence, dans sa fonction économique comme un moyen de contenir une relation objectale de dépendance et de maintenir un écart narcisso-objectal suffisamment sécurisant. De nombreux auteurs estiment que des angoisses narcissiques majeures couvent derrière les conduites addictives et sont plus ou moins contenues par le comportement. Quand cette défense est inefficace, les décompensations dépressives sévères sont fréquentes.

► Étudiants

33610

ARTICLE

MIGEOT (V.), INGRAND (I.), DEFOSSEZ (G.)

Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers.

SANTÉ PUBLIQUE

2006/06; vol. 18 : n° 2 : 195-205, tabl.

Cote Irdes : C, P143

Une meilleure connaissance des comportements de santé de la population étudiante est un préalable au ciblage d'une stratégie de prévention. Une enquête auprès de 617 étudiants de l'IUT de Poitiers a montré que, si certains indicateurs témoignaient d'une bonne santé (relations avec l'entourage, contacts avec le système de soins ou de prévention, vie sexuelle, pratique sportive), d'autres indicateurs attestaient de souffrances. Les étudiants ont en effet rapporté des pensées suicidaires, des signes évocateurs d'un mal-être (fatigue, troubles du sommeil, difficultés à se concentrer, tristesse ou déprime) et des comportements alimentaires perturbés. Chez certains étudiants, la consommation de produits licites et illicites semble faciliter l'intégration sociale. C'est pourquoi proposer un contre-modèle, valorisant le non-consommateur bien intégré parmi ses pairs, est probablement le défi des campagnes de prévention.

► Exclusion

ARTICLE

SCHMITT (J.), ZIPPERER (B.)

Is the United States a Good Model for Reducing Social Exclusion in Europe?

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2007/04; vol. 37 : n° 1 : 15-45

Cote Irdes : P35

Advocates of U.S.-style labor market flexibility have long argued that Europe could generate jobs and lower unemployment if the continent's economies followed the example of the United States. More recently, proponents of the U.S. model have suggested that labor market deregulation also holds out the possibility of reducing the problem of « social exclusion » in Europe, primarily because unemployment is one of the worst forms of social exclusion and contributes to other forms of social marginalization. The authors review a broad range of social and economic indicators and conclude that the United States fares poorly compared with much of Europe on social measures. Meanwhile, U.S.-style flexibility has had only mixed success in improving employment outcomes, and the U.S. economy consistently provides lower levels of economic mobility than economies in Europe.

► Inégalités sociales

34527

ARTICLE

PROUVOST (H.), POIRIER (G.)

Observatoire Régional de la Santé du Nord Pas de Calais. (O.R.S.).

Lille. FRA

Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002.

Numéro thématique.

Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/01/23; vol. : n° 2-3 : 17-20

Cote Irdes : P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

Objectifs : Mesurer l'influence des facteurs socio-économiques sur la pratique du dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus à partir des résultats de l'enquête décennale Santé de

l'Insee de 2002 dans la région Nord - Pas-de-Calais. Méthodes : Les questions sur le dépistage ont été posées aux femmes de plus de 39 ans pour la mammographie (N = 858 pour l'échantillon régional) et aux femmes âgées de 21 à 70 ans pour le frottis gynécologique (N = 1 126). Le statut socio-économique a été apprécié à partir de données individuelles et à partir de données concernant le ménage dans lequel vit la femme. L'analyse a été réalisée en prenant en compte le plan de sondage pour l'estimation des différents paramètres.

Résultats : Dans la région, 69,2% des femmes ont bénéficié d'une mammographie au moins une fois dans leur vie et 88,1% des femmes ont déjà fait un frottis. Le fait de vivre dans un ménage aux revenus élevés et d'avoir fait des études augmente la participation au dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus. Le fait d'avoir réalisé les examens depuis moins de deux ans, est fortement lié à l'âge de la femme. Conclusion : Les inégalités socio-économiques de participation au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus peuvent contribuer à la surmortalité observée dans la région. Les campagnes de dépistage organisé doivent s'efforcer de toucher les femmes au statut socio-économique bas (Résumé d'auteur).

34528

ARTICLE

LECLERC (A.), CHASTANG (J.F.),
REGNARD (I.), RAVAUD (J.F.)

Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). U687.
Saint-Maurice. FRA,
Université Paris 11. IFR 69.
Saint-Maurice. FRA, Institut National de la
Santé et de la Recherche Médicale.
(I.N.S.E.R.M.). U502.
Villejuif. FRA

**Lombalgie invalidante et situation sociale,
résultats issus de l'enquête HID (Handicap-
incapacité-dépendance), France.**

Numéro thématique.

Les inégalités sociales de santé en France
en 2006 : éléments de l'état des lieux.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2007/01/23; vol. : n° 2-3 : 15-17

Cote Irdes : P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

Objectifs - Décrire les relations entre lombalgie invalidante et situation sociale en France. Méthodes - Les données utilisées ont été celles de l'enquête nationale HID menée en 1999 auprès des ménages, pour la tranche d'âge 30-64 ans,

et celles de l'étape longitudinale menée en 2001; la catégorie lombalgie invalidante a été construite à partir des réponses en clair données par les sujets. Résultats - Les sujets souffrant de lombalgie invalidante sont relativement plus nombreux dans les catégories ouvrières; un lien avec la situation sociale dans l'enfance est aussi observé. En dépit des limitations dont ils souffrent, une grande majorité des lombalgiques est en activité, les professions ouvrières étant surreprésentées parmi les actifs. Les évolutions socialement défavorables, telles que la perte d'emploi, sont plus fréquentes parmi les lombalgiques que dans la population française. Discussion-Conclusion - Les résultats documentent des inégalités intervenant tout au long de la vie, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, avant que la maladie n'existe et dans les conséquences une fois qu'elle est survenue. Des interventions utiles pour réduire les inégalités peuvent être identifiées, qu'il s'agisse en particulier de la prévention précoce en milieu de travail, et de l'aide au maintien en activité de travailleurs souffrant de limitations (Résumé d'auteur).

34529

ARTICLE

CAMBOIS (E.), JUSOT (F.)

Institut National d'Études
Démographiques. (I.N.E.D.).

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

**Ampleur, tendance et causes des inégalités
sociales de santé et de mortalité en Europe :
une revue des études comparatives.**

Numéro thématique.

Les inégalités sociales de santé en France
en 2006 : éléments de l'état des lieux.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2007/01/23; vol. : n° 2-3 : 10-14

Cote Irdes : P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

La France, comme les autres pays européens, affiche de larges inégalités sociales face à la mort et en matière de santé. Les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé. Les conclusions convergentes d'une étude à l'autre dans les pays de l'Union et les tâtonnements pour mesurer, comprendre et réduire les disparités sociales ont porté les préoccupations et questionnements dans ce domaine du niveau national au niveau européen.

Les études européennes visent à limiter les problèmes de comparaison liés aux sources et données, facilitant alors l'interprétation des différences entre pays. Ce panorama des études comparatives européennes sur les inégalités sociales de santé et de mortalité montre que dans l'ensemble des pays européens, les mêmes maladies contribuent aux inégalités face au risque de décès (maladies cardio-vasculaires, cancers et maladies du système digestif et du système respiratoire) ou face au risque de mauvaise santé (maladies cardiovasculaires, du système nerveux, arthrose, diabète). On retrouve également des différences sociales face à l'incapacité et à la mauvaise santé perçue partout en Europe. Différents facteurs de risque et déterminants de ces inégalités sociales sont communs aux pays européens mais peuvent être plus ou moins prégnants, expliquant certaines variations régionales dans l'ampleur des différentiels à travers l'Union européenne. Par ailleurs, les études comparatives montrent un impact de l'accès et du recours aux soins ou encore des politiques de santé sur les inégalités sociales de santé. Ces travaux participent à l'accumulation des connaissances pouvant conduire dans les années à venir à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à réduire ces inégalités. (Résumé d'auteurs.).

34607

ARTICLE

LEFRANC (A.), PISTOLESI (N.),
TRANNOY (A.)

**Inégalité de milieu d'origine
et destin salarial en France 1977-1993.**

REVUE D'ÉCONOMIE POLITIQUE

2007/01-02; vol. : n° 1 : 91-117

Cote Irdes : P42

À partir des données de l'enquête FQP (Formation Qualification Profession) de l'Insee, cet article étudie l'évolution de l'inégalité des chances entre 1977 et 1993 dans l'obtention du revenu salarial en fonction du rang ou du niveau de revenu du père. En faisant appel à des instruments de dominance stochastique, il montre que l'inégalité des chances est restée stable quand on conditionne par rapport au niveau de revenu du père, mais qu'elle a diminué lorsque l'on conditionne par rapport au rang du père.

► Population défavorisée

34619

ARTICLE

CLERC (D.)

**Réduire le nombre de pauvres en France :
un plan en trois mesures.**

PROBLÈMES ÉCONOMIQUES

2007/03/28; vol. : n° 2920 : 22-30, tabl., graph.

Cote Irdes : P160

Cet article est une reprise d'un article paru dans la revue *Économie politique* d'avril 2005 : un plan de lutte contre la pauvreté en trois mesures. Il démontre que les politiques d'aide aux plus pauvres sont indispensables pour tenter de leur redonner une certaine dignité et encourager leur insertion dans la société. Il est également important de financer davantage d'emplois aidés pour favoriser l'accès à l'emploi stable. En revanche, compléter les bas revenus d'activité, notamment en augmentant le Smic, est une fausse bonne idée, le taux de rémunération horaire ne constituant qu'une partie du problème.

► Jeunes adultes

33945

ARTICLE

ASSAILLY (J.P.)

**Les conduites à risque des jeunes :
un modèle socioséquentiel de la genèse
de la mise en danger de soi.**

PSYCHOTROPES

2006; vol. 12 : n° 2 : 49-69

Cote Irdes : Bulletin bibliographique -

Département doc Inpes

Cet article s'intéresse à la genèse de trois formes de mise en danger de soi : la prise de risques, l'addiction, la transgression. Au sein de cette genèse, le premier mécanisme séquentiel est celui des facteurs génétiques et prénatals, expression de notre héritage biologique. Ensuite, vont progressivement se construire : le contrôle social du danger par deux mécanismes socioséquentiels (type de lien mère/enfant, structure familiale et son évolution); l'apprentissage social du danger (transmission intergénérationnelle des comportements dangereux et le style éducatif parental).

► Travailleurs pauvres

34618
ARTICLE
CAZENAVE (M.C.)

Onze millions de travailleurs pauvres en Europe.

PROBLÈMES ÉCONOMIQUES
2007/03/28; vol. : n° 2920 : 15-20, tabl., graph.
Cote Irdes : P160

Les travailleurs pauvres ne constituent pas, dans les pays industrialisés et en Europe, un phénomène nouveau. Déjà dans les années 1970, en France, 40% des personnes pauvres appartenaient à un ménage d'actifs. Avec l'entrée des femmes sur le marché du travail et l'augmentation régulière du salaire minimum, on s'attendait à ce que la pauvreté laborieuse diminue peu à peu. Mais le nombre de travailleurs pauvres a constamment augmenté imposant l'idée que l'emploi ne constitue pas un rempart absolu à la pauvreté. La réduction de la pauvreté laborieuse dépend de nombreux facteurs comme les caractéristiques de l'emploi (de la durée et du taux de rémunération horaire), de la taille du ménage mais surtout de l'importance des transferts sociaux. Cet article reprend en partie le contenu d'un article paru dans : Connaissance de l'emploi (CEE) de novembre 2006.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

► Observatoire local de la santé

34693
ARTICLE
DEMEAUX (P.)

Vers un observatoire local de la santé à Nanterre.

ESPACE - POPULATIONS - SOCIÉTÉS
2006; vol. : n° 2-3 : 417-422, 1 carte, 1 graph.
Cote Irdes : P156

Cet article présente un projet original mené à Nanterre : la création d'un observatoire local de la santé dont l'objectif est d'orienter la politique et l'action de santé publique à partir de la connaissance des indicateurs disponibles à l'échelle infra-urbaine. Après l'examen des points clés de cette recherche expérimentale, l'article présente l'outil, ses enjeux et ses limites. Enfin, il propose une analyse géographique de la situation sanitaire des élèves nanterriens, résultat des premières études de l'observatoire, à partir d'indicateurs de santé bucco-dentaire et de masse corporelle.

► Paris

34684
ARTICLE
CADOT (E.), SPIRA (A.)

Canicule et surmortalité à Paris en août 2003, le poids des facteurs socio-économiques.

ESPACE - POPULATIONS - SOCIÉTÉS
2006; vol. : n° 2-3 : 239-249, 4 tabl.
Cote Irdes : P156

Cet article analyse l'impact de la vague de chaleur d'août 2003 sur la surmortalité à Paris. L'étude des disparités spatiales de mortalité dans la ville a été conduite sur les décès domiciliés selon deux niveaux d'agrégation, les arrondissements et les quartiers. Elle repose sur la cartographie d'indicateurs simples de mortalité (ratio standardisé de mortalité) et de surmortalité (ratio de mortalité). La détermination des facteurs de risques sociaux (caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques de la population) et contextuels (température, pollution, niveau socio-économique du quartier) s'appuie sur la construction d'un modèle de régression poissonnien.

► Périnatalogie

34690
ARTICLE
CHARREIRE (H.), COMBIER (E.)

Équité sociospatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire.

ESPACE - POPULATIONS - SOCIÉTÉS
2006; vol. : n° 2-3 : 313-327, 4 tabl., 5 cartes
Cote Irdes : P156

Cet article étudie l'accès aux soins périnataux en milieu urbain selon des déterminants géographiques (proximité ou non de l'offre de soins) et socioculturels. En santé périnatale, les difficultés d'accès aux soins peuvent se traduire par des retards dans la prise en charge de la grossesse (après le premier trimestre de la grossesse). Or, un mauvais suivi de grossesse augmente les risques de naissance prématurée. L'objectif de ce travail est d'élaborer une méthode d'identification et d'analyse des territoires urbains qui présentent des risques pour l'accès aux services de soins périnataux; Le modèle proposé qui allie l'analyse spatiale et l'analyse statistique, met en exergue des zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins périnataux. L'interprétation des résultats permet d'identifier les terri-

toires où des actions spécifiques pourront être menées en priorité pour assurer une plus grande équité dans l'accessibilité au système de soins en milieu urbain.

► Planification sanitaire

33184

ARTICLE
MALVY (M.)

Hôpitaux des petites villes. Nécessaires au développement des territoires de santé. Indispensables pour l'équilibre du territoire.

Territoires de santé.
REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2006/05-06; vol. : n° 510 : 17-19
Cote Irdes : C, P22

La place des petites villes dans l'aménagement du territoire n'est pas à démontrer. Le rôle des petits hôpitaux est essentiel, non seulement pour le développement des territoires de santé, mais bien au-delà pour l'équilibre même du territoire national, car l'hôpital et l'offre de soins conditionnent tout processus de développement territorial. C'est ce que refusent de voir les tenants de la concentration urbaine et ceux qui estiment qu'il faut rapatrier l'essentiel des crédits sur les plus grands établissements. L'Association des petites villes de France, qui a toujours défendu une modernisation hospitalière dans le respect de l'égal accès aux soins de tous les citoyens, fait naturellement siens les objectifs de qualité et de sécurité. Elle n'ignore pas les problèmes posés par la démographie médicale. Mais elle s'interroge : acceptons-nous, à échéance de vingt ou trente ans, l'idée d'un territoire national sur lequel l'offre de soins ne serait plus structurée que sur une centaine de pôles sanitaires ?

33186

ARTICLE
MARIN (P.)

SROS et projets médicaux de territoires.

Territoires de santé.
REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2006/05-06; vol. : n° 510 : 25-28
Cote Irdes : C, P22

La notion de planification sanitaire, notamment dans le domaine hospitalier, a été amorcée par la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, qui crée le service public hospitalier et instaure la carte sanitaire. Ce dispositif marque l'émergence de la planification sanitaire, fondée sur un découpage territorial, dont le contenu va largement évoluer avec l'ordonnance du 4 sep-

tembre 2003. Arrêté dès 1974, le découpage de l'espace géographique national, en 256 secteurs sanitaires, répartis dans 21 régions, vise l'instauration d'un plateau technique minimum au sein de chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers. Parallèlement à ce découpage territorial, la carte sanitaire renforce la notion de procédure d'autorisation visant les équipements, notamment en nombre de lits, et les installations en équipements lourds.

► Régionalisation

33309

ARTICLE
TRUCHET (D.)

Régions et santé : aspects historiques et institutionnels.

SÈVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2006; vol. : n° 12 : 23-28
Cote Irdes : P168

La courte histoire de la région en matière de santé débouche sur un panorama institutionnel modeste et morcelé. Le cadre régional s'affirme comme le lieu adéquat de décision pour l'équipement sanitaire du pays, mais il se prête mal à la détermination locale d'une politique de santé. La collectivité territoriale régionale n'a ni cherché, ni trouvé sa place dans la nébuleuse d'acteurs, dominée par l'État, qui intervient au niveau de la région.

33311

ARTICLE
LE BOULER (S.)

Un contenu diversifié pour les agences ré- gionales de santé.

SÈVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2006; vol. : n° 12 : 37-43
Cote Irdes : P168

Le projet d'Agence Régionale de santé (ARS) a longtemps souffert à la fois des ambiguïtés de l'État pour ce qui relève de la décentralisation en matière de santé et de la prudence des acteurs locaux. Il a aussi pâti d'avoir conçu en réponse aux carences de la régulation publique de l'offre et à la pusillanimité des politiques de santé publique. Des travaux tels que ceux du groupe Pôles (sur la territorialisation des politiques de santé) montrent que si la perspective est lointaine, il est tout à fait possible de se projeter dans un état du monde rendant cette construction viable. D'autres travaux, révélateurs des débats du moment (sur la prise en charge de la dépendance ou en matière de veille sanitaire), permettent de diversifier le contenu des ARS, de les rapprocher

des préoccupations de la population, éloignant sans doute ce faisant le péché originel technocratique (Résumé d'auteur).

33312

ARTICLE
MACE (J.M.)

La menace des déséquilibres régionaux.

SÈVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2006 ; vol. : n° 12 : 45-55, cartes

Cote Irdes : P168

Non seulement l'offre de soins est aujourd'hui mal répartie sur le territoire national, mais elle souffre également du manque de renouvellement des forces vives dans certaines disciplines. À partir de la situation de 2006, à quelles répercussions doit-elle se préparer pour les vingt ans à venir ? Différents scénarios sont explorés à travers une vision prospective (Résumé d'auteur).

33313

ARTICLE
LORTHIOIS (D.)

Régime local d'Alsace-Moselle : de Bismark à la régionalisation de la gestion.

SÈVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2006 ; vol. : n° 12 : 57-63

Cote Irdes : P168

De leur rattachement (1871-1918) à l'empire allemand, les départements alsaciens et la Moselle tirent une histoire différente de leur régime de protection sociale. Y est organisée depuis juillet 1946 (prévues provisoire à sa création, elle s'est depuis pérennisée), une complémentaire obligatoire – le régime local – dont l'organisation quotidienne est intégrée au régime général. Son conseil d'administration dispose de compétences singulières étendues, pilote politiquement le régime, qui, dans un contexte économique défavorable, a su préserver une forte solidarité régionale, englobant soins et prévention, le tout financé par les cotisations des seuls salariés ou retraités (Résumé d'auteur).

33314

ARTICLE
FROMENTIN (R.)

L'Assurance maladie régionalisée ?

SÈVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2006 ; vol. : n° 12 : 65-72

Cote Irdes : P168

Le sujet de la régionalisation du système de santé est récurrent. Tantôt bradi comme remède miracle, tantôt dénoncé comme utopie. Depuis vingt ans la régionalisation avance, très douce-

ment, par petites touches successives. Paradoxalement, toute réforme drastique comporte son clin d'œil à une hypothétique agence régionale de santé. Aujourd'hui, l'observateur s'y perd. Trop de structures, de missions, de financement... La régionalisation du système de santé n'est pas pour demain. Sauf à ce que les politiques fassent un choix entre trois scénarios qui se télescopent : une décentralisation complète en faveur des régions, une déconcentration qui amènerait l'État à la porte de chaque région administrative, ou à un retour à une conception assurantielle de la santé qui confierait aux caisses d'Assurance maladie une totale délégation (Résumé d'auteur).

► Territoire

33183

ARTICLE
PODEUR (A.)

Objectifs quantifiés et projet médical de territoire.

Territoires de santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2006/05-06 ; vol. : n° 510 : 12-16

Cote Irdes : C, P22

Le temps d'élaboration des SROS 3 et la période de concertation et de consultation qui vient de s'achever ont permis d'éprouver les nouvelles règles ainsi que les principes d'organisation des soins, issus de l'ordonnance du 4 septembre 2003. Colloques, tables rondes se sont succédé pour tenter de concrétiser les deux concepts nouveaux que constituent les projets médicaux de territoire (PMT) et les objectifs quantifiés de l'organisation des soins. Tandis que les premiers constituent le fruit d'une démarche volontaire et concertée, les seconds s'imposent aux établissements de santé. Le projet médical de territoire mentionné pour la première fois dans la circulaire du 5 mars 2004 ne saurait avoir de caractère opposable. La démarche proposée procède du croisement entre deux ambitions du SROS 3 : la territorialisation de l'organisation des soins et l'invitation à la concertation permanente faite aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

► Consultation de prévention

34133

ARTICLE

COLOMBET (I.), MENARD (J.)

Consultation de prévention en médecine générale : Quel cahier des charges ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2007/02 ; vol. 3 : n° 2 : 79-82

Cote Irdes : P198

Le concept de consultation de prévention en médecine générale est dans la Loi de santé publique du 9 août 2004. Il s'inscrit dans une volonté d'organiser une activité de prévention plus systématisée par les médecins généralistes. Néanmoins, 2 ans plus tard, le cahier des charges de cette consultation reste peu précisé. Cet article propose un cadre organisationnel et le contenu structurant qui doit guider cette consultation. Ces éléments de réponses sont le fruit d'un travail de plusieurs années de conception, développement et évaluation du système EsPeR d'aide à la décision en prévention.

► Filière de soins

33973

ARTICLE

HARDRE (J.M.)

Les spécialistes, premiers touchés par le parcours de soins.

PHARMACEUTIQUES

2007/02 ; vol. : n° 144 : 24-27, tabl., graph.

Cote Irdes : P28

Le dispositif du médecin traitant est entré en application depuis le 1er juillet 2005. Cet article fait un premier bilan chiffré, en termes d'activité par spécialité et par pathologie, de l'impact de ce dispositif sur la pratique médicale des médecins spécialistes.

► Formation médicale

33703

ARTICLE

HUGUIER (M.), BRUHAT (M.), LAUNOIS (B.)

Académie nationale de médecine.

FRA

Recommandations concernant l'attractivité des centres hospitaliers et universitaires pour les étudiants étrangers dans les formations médicales spécialisées.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 3 : 701-712

Cote Irdes : C, P76

Malgré la réputation internationale de la France, les formations médicales spécialisées que nous proposons aux jeunes médecins étrangers attirent de moins en moins ceux qui viennent de pays dont le niveau médical et scientifique est élevé. L'objet de ce rapport est de suggérer des propositions pour y remédier. Pour augmenter leur aura internationale, les Universités françaises doivent avoir un libellé officiel normalisé, unique, mentionné dans toutes leurs publications. Il faut faire une distinction claire entre les étudiants qui viennent de leur propre chef s'inscrire à un diplôme universitaire et ceux qui, attirés par une filière d'excellence, veulent acquérir une formation spécialisée hospitalière et universitaire. Ces derniers doivent répondre à une triple exigence pour obtenir un visa de travail : un niveau médical équivalent à celui exigé à la fin du 2^e cycle ; pour les cliniciens, une connaissance suffisante du français ; un accord conjoint du chef de service français d'accueil et du chef d'établissement ou du doyen étranger indiquant comment la formation en France s'inscrit dans le projet de carrière du candidat à son retour dans son pays d'origine. La seule voie d'accès à une formation spécialisée complète doit être le Concours d'internat à titre étranger ou l'équivalent. La formation théorique et pratique doit être similaire à celle des internes. Les formations spécialisées complémentaires (un an) doivent se faire sur des poses hospitalières fléchées. Enfin, des formations approfondies (un semestre) seraient offertes sur un projet précis à des médecins ayant déjà un diplôme de spécialiste dans leur pays. À l'issue de ces formations, un titre valorisant serait délivré, sans pour autant ouvrir droit à exercer en France. La mise en place d'une information claire dans les instances qui représentent la France à l'étranger et sur le net s'impose. Enfin, une politique à long terme pour attirer des étudiants de pays de très bon niveau médical dans des filières françaises d'excellence doit se substituer à une politique au coup par coup. Cela implique la création d'un

Comité stratégique de politique médicale internationale placé auprès du premier ministre ou de la Présidence de la République.

increase utilization, it is unlikely to overwhelm a system with new demand or create huge cost increases.

► Gatekeeping

HODGKIN (D.), MERRICK (E.)

Does Type of Gatekeeping Model Affect Access to Outpatient Specialty Mental Health Services?

HEALTH SERVICES RESEARCH
2007/02; vol. 42 : n° 1 : 104-123
Cote Irdes : P33

Objective. To measure how a change in gatekeeping model affects utilization of specialty mental health services. Data Sources/Study Setting. Secondary data from health insurance claims for services during 1996–1999. The setting is a managed care organization that changed gatekeeping model in one of its divisions, from in-person evaluation to the use of a call-center. Study Design. We evaluate the impact of the change in gatekeeping model by comparing utilization during the 2 years before and 2 years after the change, both in the affected division and in another division where gatekeeping model did not change. The design is thus a controlled quasi-experimental one. Subjects were not randomized. Key dependent variables are whether each individual had any specialty mental health visits in a year; the number of visits; and the proportion of users exceeding eight visits in a year. Key explanatory variables include demographic variables and indicators for patient diagnoses and their intervention status (time-period, study group). Data Collection/Extraction Methods. Claims data were aggregated to create analytic files with one record per member per year, with variables reporting demographic characteristics and mental health service use. Principal Findings. After controlling for secular trends at the other division, the division which changed gatekeeping model eventually experienced an increase in the proportion of enrollees receiving specialty mental health treatment, of 0.5 percentage point. Similarly, there was an increase of about 0.6 annual visits per user, concentrated at the low end of the distribution. These changes occurred only in the second year after the gatekeeping changes.

Conclusions. The results of this study suggest that the gatekeeping changes did lead to increases in utilization of mental health care, as hypothesized. At the same time, the magnitude of the increase in access and mean number of visits that we found was relatively modest. This suggests that while the change from face-to-face specialty gatekeeping to call-center intake does

► Pratique médicale

LIN (H.C.), CHEN (C.S.), LIU (T.C.)

Differences in practice income between solo and group practice physicians.

HEALTH POLICY
2006/12; vol. 79 : n° 2-3 : 296-305
Cote Irdes : P92

An examination of the distribution of physician incomes between different types of practices could help policymakers and researchers alike to gain an understanding of the effects of different organizational characteristics of practices on the practice of medicine as a whole. This study uses a national database to explore the relationships that exist between practice incomes and practice types vis-à-vis the overall size of practices. The primary data source for this study, which includes 7757 office-based physicians, was provided by the Taiwan Department of Health (DOH), with the dependent variable of interest to this study being the annual gross income of physician practices, while the independent variables are physician practice types and the number of physicians within a clinic. Multiple regression analyses were used to model the logarithm of annual physician practice incomes as a linear function of a set of independent variables. Kruskal–Wallis test results revealed the existence of significant relationships between practice incomes and practice types ($p < 0.001$) and the number of physicians within a clinic ($p < 0.001$). Multiple regression analysis also showed that after adjusting for socio-demographic and professional characteristics, the annual incomes of physicians in both single-specialty or multi-specialty group practices ($p < 0.001$) were higher than those of their solo practice counterparts. This study concludes that after adjusting for other factors, higher practice incomes are enjoyed by physicians in single-specialty or multi-specialty group practices as compared to their solo practice counterparts. The finding of higher incomes for those physicians organized into groups supports the policy call from the DOH in Taiwan for the widespread formation of group practices.

34317

FASCICULE

BILSEN (J.), COHEN (J.), DELIENS (L.)

Institut National d'Études Démographiques.
(I.N.E.D.). Paris. FRA

**La fin de vie en Europe : le point
sur les pratiques médicales.**

POPULATION & SOCIÉTÉS

2007/01 ; vol. : n° 430 : 4 p., fig.

Cote Irdes : C, P27/2

Les médecins sont de plus en plus conduits à prendre des décisions médicales susceptibles d'abrèger la vie de leurs patients très âgés. D'après l'enquête Eureld menée dans six pays européens, un quart à la moitié des décès fait l'objet d'une décision médicale de ce type. Il s'agit principalement de la mise en œuvre de traitements de la douleur susceptibles d'abrèger la vie (19% de l'ensemble des décès en Italie, 26% au Danemark). Les décisions médicales avec intention explicite de hâter la mort du patient concernent de 2% (Italie) à 21% (Suisse) des décès. Elles consistent soit à ne pas mettre en œuvre ou à arrêter un traitement, soit à administrer ou prescrire des substances létales. Patients ou familles sont généralement associés à cette décision : dans 68% des cas en Italie et dans 95% aux Pays-Bas. L'euthanasie active par administration d'une substance létale reste rare.

▮ Prescription

33972

ARTICLE

MERCIER (A.L.)

**Prescription : les médecins
jouent-ils le jeu ?**

PHARMACEUTIQUES

2007/02 ; vol. : n° 144 : 19-23, tabl., graph.

Cote Irdes : P28

Si les habitudes de prescription des médecins français sont tenaces, les données économiques les ont rattrapés par le col de la blouse. Désormais tenus de prendre en considération le poids financier des ordonnances, ils modifient leur comportement de prescription.

▮ Relation médecins malades

BOGGIS (A.R.J.), CORNFORD (C.S.)

**General Practitioners with special clinical
interests A qualitative study of the views
of doctors, health managers and patients.**

HEALTH POLICY

2007/01 ; vol. 80 ; n° 1 ; 172-178

Cote Irdes : P92

34635

ARTICLE

MANTZ (J.M.), WATTEL (F.)

**Importance de la communication
dans la relation soignant-soigné.**

BULLETIN DE L'ACADÉMIE NATIONALE
DE MÉDECINE

2006/06 ; vol. 190 : n° 6 : 1299-1302

Cote Irdes : C, P70

La relation soignant-soigné est au cœur de cette médecine humaine dont chacun rêve et dont on s'éloigne un peu plus chaque jour. Cette relation est fondée sur la communication, échange à double sens de messages verbaux, écrits ou comportementaux entre les personnes. Or un constat s'impose : d'une façon générale, la communication se fait mal. La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés sont liés à une carence de communication. Cet article en analyse des causes et émet des recommandations.

▮ Revenus

34558

FASCICULE

LEGENDRE (N.)

**Les revenus libéraux
des médecins en 2004 et 2005.**

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)

2007/03 ; vol. : n° 562 : 8 p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er562/er562.pdf>

En 2005, sous l'hypothèse d'un taux de charges inchangé par rapport à 2004, les médecins auraient perçu en moyenne 82 100 euros de revenu libéral net de charges. Un omnipraticien aurait en moyenne perçu 63 900 euros, tandis qu'un spécialiste aurait disposé de 103 900 euros de revenu libéral. Cela représente pour l'ensemble des médecins une stagnation en termes réels par rapport à 2004. Cette évolution moyenne correspond à une augmentation de 1,5% pour les omnipraticiens et à une diminu-

tion de 1% pour les spécialistes. Au total entre 2000 et 2005, le revenu réel des médecins a en moyenne progressé de 2% par an.

► Urgences médicales

33962

ARTICLE
HOUSSAIN (D.)

Le temps de la santé : l'urgence.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2007/01 ; vol. : n° 13 : 33-38
Cote Irdes : P168

L'urgence occupe une place considérable et croissante dans le champ de la santé. Autour de la notion de durée limite propre à certains mécanismes physiologiques indispensables à la poursuite de la vie, c'est peu à peu structuré une organisation des soins apte à répondre dans le temps aux exigences posées dans le domaine de la médecine. Il en a résulté un effort important d'adaptation dans le champ de ma médecine libérale comme dans celui des établissements de santé. Sans être une médecine d'exception, la médecine d'urgence est toutefois particulière, en raison des contraintes qui pèsent sur certains aspects fondamentaux de sa pratique. Le domaine de la santé publique n'échappe pas au phénomène de l'urgence. Tel est le sujet de cet article.

ble d'estimer des indicateurs de recettes et de charges entre 2001 et 2004, au moment de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses). Les PSPH étudiés sont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les établissements de court séjour et de soins de suite et de réadaptation (SSR). On s'est livré à une exploitation de données comptables par le calcul de grands ratios pour les établissements PSPH, l'année 2004 correspondant au point zéro de la mise en place de la T2A. Du côté des recettes, sont examinés les produits bruts qui correspondent à la dotation globale de financement, augmentés des produits de l'activité hospitalière, des produits vendus, ainsi que de la production stockée et immobilisée.

► Chirurgie

34088

ARTICLE
SELLIER (E.), FAUCONNIER (J.)
Cotrim Rhône-Alpes. Groupe Planification.
Lyon. FRA

Étude des réinterventions chirurgicales à partir des données issues du PMSI.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/10 ; vol. 24 : n° 6 : 287-296, rés., tabl., fig.
Cote Irdes : P85

L'objectif de cette étude était d'évaluer la possibilité d'obtenir le taux de réinterventions chirurgicales ayant eu lieu dans des établissements différents au moyen du PMSI, de calculer ce taux pour chacun des établissements concernés, et d'en préciser la signification par une analyse de dossiers. Toutes les réinterventions chirurgicales intervenues dans un établissement différent et dans les 30 jours suivant l'opération initiale, ont été extraites de la base PMSI Rhône-Alpes 2003. Les dossiers correspondant aux réinterventions identifiées pour le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble ont été analysés. Le taux moyen régional standardisé était de 0,51% [0,46-0,55]. Par établissement, le taux standardisé minimum était égal à 0,22% [0,12-0,36] et le taux maximum à 1,26% [0,50-2,61]. Le taux de réinterventions, standardisé sur le type d'intervention, était corrélé négativement avec le nombre d'interventions annuelles. Le type d'intervention occasionnant le plus de reprises était les amputations. L'analyse des réinterventions identifiées pour le CHU de Grenoble montrait que 25,6% de celles-ci résultaient d'une complication de l'acte précédent, 20,7% étaient secondaires à un transfert pour recours, 43% étaient sans rapport avec l'intervention initiale (Résumé d'auteur).

HÔPITAL

► Budget hospitalier

34285

FASCICULE
LEGENDRE (M.C.), LE RHUN (B.)

Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/01 ; vol. : n° 553 : 4 p.
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er553/er553.pdf>

L'enquête annuelle réalisée par la DREES jusqu'en 2005 permettait de recueillir des données comptables et budgétaires de la section d'exploitation du budget général auprès des établissements participant au service public hospitalier (PSPH), des établissements privés à but non lucratif. À partir de cette enquête, il est possi-

► Cliniques privées

33576

ARTICLE

Cliniques : le palmarès 2006.

LE POINT

2006/12/07 ; vol. : n° 1786 : 89-107

Cote Irdes : B8701

<http://www.lepoint.fr/content/societe/article?id=189059>

Cette enquête s'appuie sur les résultats d'une enquête réalisée, en septembre 2006, auprès de 770 établissements privés, ainsi que sur les données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) émanant du Ministère de la santé. Le classement des cliniques est réalisé pour vingt disciplines.

► Financement

34600

ARTICLE

HOLCMAN (R.)

L'avenir de l'hôpital public français compromis ?

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

2006/11-12 ; vol. 24 : n° 7-8 : 415-425, rés., tabl.

Cote Irdes : P85

Les nombreuses réformes qui affectent le fonctionnement des hôpitaux publics en France accroissent les contraintes de gestion, mettent les équipes de direction sous contrôle, et s'appliquent à associer les professionnels de soins à la gestion de leurs unités. Le panorama qui se dégage de ces réformes est celui d'un hôpital correctement financé, mal géré, handicapé par les dysfonctionnements propres aux bureaucraties professionnelles. Or ces réformes sont fondées sur un diagnostic erroné : l'hôpital français souffre en réalité d'une masse salariale trop fortement constituée de personnels techniques, de missions non financées, d'une opposition entre légitimité du savoir et légitimité de l'intérêt général, et d'une inflation d'organes dirigeants insuffisamment représentatifs. La solution passe par l'entrée des médecins dans les équipes de direction, ce qui assurerait la diffusion de légitimité bureaucratique dans les unités de soins (Résumé d'auteur).

► Gestion hospitalière

33212

ARTICLE

BREULS deTIECKEN (L.)

Benchmarking : se comparer, c'est s'améliorer.

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2006/07-08 ; vol. : n° 511 : 55-59

Cote Irdes : C, P22

Le benchmarking consiste à comparer ses propres pratiques avec celles des concurrents qui réussissent le mieux dans le domaine concerné. Pour évaluer ses activités et l'ensemble des opérations qui les composent, pour savoir si elles sont menées de manière performante et connaître celles qui peuvent être améliorées, un hôpital peut demander la comparaison des niveaux de production et des résultats financiers de ses opérations à un indicateur de référence, un « benchmark ». En 1998, six hôpitaux belges se sont réunis pour mener à bien une étude. À ce jour, une trentaine d'établissements hospitaliers ont participé à la comparaison de leurs services administratifs et logistiques et plus de la moitié contribuent à celle de leurs services de soins et médico-techniques. Un hôpital français s'est déjà inscrit dans la démarche globale. Cinq autres y participent pour les données de gestions (Résumé d'auteur).

► Handicap social

34594

ARTICLE

CASTIEL (D.), BRECHAT (P.H.), SANTINI (Y.), DELALAY (C.), SEGUOUIN (C.), GRENOUILLEAU (M.C.), BERTRAND (D.)

Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public : quelles ressources supplémentaires ?

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

2006/11-12 ; vol. 24 : n° 7-8 : 335-348, rés.,

tabl., ann.

Cote Irdes : P85

Le PMSI associé à des indicateurs de précarité permettrait de connaître les handicaps sociaux de la population prise en charge dans un établissement public de santé ainsi que ce que cela impliquerait pour ce dernier. Le questionnaire de handicap social constitué de 14 indicateurs associé à une échelle de qualité de vie a permis de classer à l'admission tout patient dans trois catégories de handicap social. L'administration du questionnaire a été réalisée auprès de 504 usagers pour des hospitalisations de plus de 24 heures. Un quart de la population étudiée pré-

sente un très sérieux handicap social et 42 % en présentent un moyen. L'état de santé plus dégradé n'est pas la particularité des patients les plus handicapés sociaux et il n'entraîne pas de surconsommation médicale. Ils restent cependant hospitalisés plus d'un jour de plus en moyenne. Cela donne un surcoût hospitalier imputable au handicap social et exprimé en termes de journées supplémentaires d'hospitalisation de 11,4 % (Résumé d'auteur).

► Hôpital local

33187

ARTICLE
BOLLIET (J.M.)

**L'hôpital local : un rôle déterminant.
Territoires de santé.**

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2006/05-06 ; vol. : n° 510 : 29-32
Cote Irdes : C, P22

Profondément ancrés dans le paysage sanitaire français, les 355 hôpitaux locaux assurent une hospitalisation de proximité en phase avec les aspirations des usagers. Sécurité et qualité des soins sont déployées à travers une médecine générale portée par des médecins libéraux (près de 70 % des cas) et par des praticiens hospitaliers (quatre sur dix sont des pharmaciens). La plupart de ces hôpitaux possèdent un service de médecine et/ou de soins de suite et de réadaptation, ainsi que des lits d'unités de soins de longue durée. De très nombreux hôpitaux locaux disposent d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. C'est dire que la palette de prise en charge à travers leurs 56 350 lits est vaste. Au sein du territoire de santé, leurs liens avec les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires sont renforcés par l'ensemble des prises en charge dédiées aux populations âgées.

► Indicateurs de gestion hospitalière

34596

ARTICLE
HAUTEMANIERE (A.)

Impact de l'inadéquation de l'offre et les besoins en lits MCO sur la DMS et la consommation d'examen de laboratoire.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/11-12 ; vol. 24 : n° 7-8 : 363-372, rés., tabl.
Cote Irdes : P85

L'objectif est d'analyser, à partir des données du PMSI (code Z75.1), les caractéristiques des séjours de malades de médecine passant par

le SAU (Service d'admission aux urgences) et « délocalisés en chirurgie » faute de place dans le service *ad hoc*. Les RSS (Résumés de sorties standardisées) produits en 2002 et 2003 ont été analysés. Un séjour éligible ne devait pas se terminer par un transfert vers un autre établissement de court séjour, ni comporter de passage en réanimation ou dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC). Les séjours des services comportant le code Z75.1 en diagnostic principal (DP) ou en associé significatif (DAS), ont été classés comme « inadéquats ». Pour la comparaison, nous avons retenu les séjours adéquats appartenant à un GHM (Groupe homogène de malades) existant dans le groupe adéquat. 6,8 % des RSS correspondaient à un séjour inadéquat. L'utilisation du code Z75.1 était erronée dans 2,1 % des RSS. L'inadéquation de l'hébergement hors CM 24 aboutissait à une augmentation de la DMS (Durée moyenne de séjour), 13,7 jours versus 8,6 jours, et du nombre de B consommés, 773 versus 440,6. Le dimensionnement inadéquat des lieux de prise en charge allonge la durée de séjour et augmente la prescription d'examen de laboratoire au patient (Résumé d'auteur).

► Investissements

34279

FASCICULE
PODEVIN (M.), VILLERET (S.)

Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2007/01 ; vol. : n° 547 : 8 p.
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er547/er547.pdf>

Malgré des systèmes comptables différents entre hôpitaux publics et cliniques privées, il est possible de dégager une définition de l'investissement commune aux deux secteurs. Cependant pour le secteur privé, les données relatives notamment aux sociétés civiles immobilières ne sont pas connues. Entre 1994 et 2004, l'investissement des hôpitaux publics a connu une période de recul jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, puis une reprise continue ensuite. Cette reprise a été soutenue en 2003 et 2004 par le volet investissement du « plan Hôpital 2007 ». Les constructions constituent la majorité du patrimoine et l'essentiel des efforts d'investissement dans le secteur public. Dans les cliniques privées, le « plan Hôpital 2007 » a également permis d'accompagner la reprise des investissements des sociétés d'exploitation dans

les années 2000. Le taux de renouvellement des immobilisations augmente généralement avec la taille des établissements dans le public comme dans le privé.

► Listes d'attente

OUDHOFF (J.P.)

Prioritising patients on surgical waiting lists : A conjoint Analysis study on the priority judgements of patients, surgeons, occupational physicians, and general Practitioners.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007/05 ; vol. 64 : n° 9 : 1863-1875

Cote Irdes : P103

The prioritisation of patients on waiting lists is ascribed high potential for diminishing the consequences of waiting times for elective surgery. However, consistent evidence is lacking about which factors determine patient priority and it is unclear whether different stakeholders have different opinions on this issue. This study, conducted in the Netherlands, investigates the judgements of patients, laypersons (i.e. patients on other waiting lists), and physicians on the priority of patients on waiting lists. Participants were former patients with varicose veins (N ¼ 82), inguinal hernia (N ¼ 86), and gallstones (N ¼ 89), 101 surgeons, 95 occupational physicians, and 65 general practitioners. Each participant judged the priority of paper vignettes of patients with varicose veins, inguinal hernia, and gallstones. The vignettes were designed according to conjoint analysis methodology and described the physical symptoms, the psychological distress, the social limitations, and impairments in work of patients. Multilevel regression analysis of the responses showed that all groups made significant distinctions in patient priority depending on the severity of each characteristic in the vignettes. The physical symptoms and impairments in work had on average the highest impact on priority, but the summed impact of non-physical factors exceeded that of the physical symptoms. The different groups of participants appraised only the importance of the physical symptoms differently, but opinions on priority varied widely within each group. Whereas the high level of agreement between the different groups would facilitate the acceptance and the implementation of explicit prioritisation of patients on the waiting list, the high inter-individual variation signifies that consensus criteria for prioritisation are needed to warrant equity and transparency in care provision.

► Psychiatrie

34094

ARTICLE

QUIDU (F.), ESCAFFRE (J.P.)

La population française et ses institutions psychiatriques.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

2006/10 ; vol. 24 : n° 6 : 297-305, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : P85

La variété des attitudes et des comportements de la population française vis-à-vis des professionnels de santé et des institutions psychiatriques contribuerait à expliquer la diversité des prises en charge psychiatriques. Partant de cette hypothèse, les auteurs de l'article ont cherché à reconstruire statistiquement, en se fondant sur un modèle théorique original en management, un spectre des comportements et des attitudes. Ils ont utilisé les données de l'enquête représentative « La santé mentale en population générale : image et réalité » effectuée par le Centre collaborateur OMS et la DREES. La méthode a consisté, dans un premier temps à s'assurer de l'existence du spectre des comportements par une AFCM (Analyse factorielle des correspondances multiples), puis dans un second temps, à étudier les combinaisons de réponses (concaténations) suggérées par le modèle théorique. Les résultats mettent en évidence une typologie qui a permis de repérer la distribution de la population par groupe de comportements : globalement, 41 % des personnes interrogées soutiennent les institutions psychiatriques tandis que 32 % s'y opposent, et 20 % hésitent entre une prise en charge hospitalière et une prise en charge à domicile (Résumé d'auteur).

► Réforme

33617

ARTICLE

DEBROSSE (D.)

Hôpital 2007. Le dispositif d'accompagnement des réformes.

Analyse. L'hôpital en mutation.

GESTIONS HOSPITALIÈRES

2006/08-09 ; vol. : n° 458 : 475-476

Cote Irdes : C, P67

L'ampleur des réformes placées sous l'enseigne Hôpital 2007 engendre une rupture organisationnelle et culturelle pour les établissements et les professionnels. Le ministre de la Santé a décidé, en avril 2005 de mettre en place une mission d'accompagnement placée sous l'autorité de Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHRU de Nice, et de Jean Castex, directeur

de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, dont l'auteur se propose de définir les actions et les objectifs. Le socle de ce projet est fondé sur une idée très structurante, « pour, par et avec les professionnels ». Le dispositif comporte trois volets : la communication, la formation, les missions d'appui et de conseil.

► Satisfaction des usagers

34595

ARTICLE

MERDINGER RUMPLER (C.)

Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/11-12; vol. 24 : n° 7-8 : 349-361,
rés., tabl.

Cote Irdes : P85

Cet article explore la façon dont les hôpitaux publics français répondent à l'obligation de prise en compte de la satisfaction du patient contenue dans l'ordonnance du 24 avril 1996. Une enquête nationale réalisée auprès des hôpitaux publics de plus de cent lits avant la mise en place de la deuxième version de l'accréditation qualité fait le point sur l'état des pratiques dans ce domaine. Les résultats montrent un intérêt croissant des établissements pour ce thème. Si les méthodologies adoptées sont très homogènes et reposent essentiellement sur la diffusion du questionnaire de sortie et la réalisation d'enquêtes de satisfaction, les outils sont hétérogènes puisque chaque hôpital a tendance à les développer en interne. Ceci met en cause la validité de leurs résultats et empêche la comparaison inter-établissements. Nous constatons par ailleurs une distanciation marquée du corps médical par rapport à la prise en compte et au suivi de la satisfaction du patient ainsi qu'une faible utilisation des informations produites pour les décisions et les actions effectivement mises en œuvre par les hôpitaux (Résumé d'auteur).

► Conditions de travail

34326

ARTICLE

ESTRYN-BEHAR (M.), JASSERON (C.),
LE NEZET (O.)

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
Coordination Centrale du Service de
Santé au Travail. Unité Presst-Next.
Paris. FRA

Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête Presst/Next.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET
DE SANTÉ PUBLIQUE

2006/12; vol. 54 : n° : 555-562

Cote Irdes : P11

Les besoins de soignants qualifiés, pour répondre aux enjeux d'une population européenne vieillissante, ont conduit l'Union Européenne à financer une étude sur 10 pays européens pour comprendre les déterminants des départs prématurés de ces professionnels et promouvoir des actions préventives adaptées. L'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est menée en France dans 55 établissements appartenant à cinq régions françaises différentes. L'étude concerne l'ensemble des soignants au sens large. Lors de la première étape de cette étude, 13 039 questionnaires ont été envoyés avec 5 376 répondants en octobre 2002. La partie longitudinale de l'étude comportait un deuxième questionnaire, reprenant à l'identique une partie des questions du Q0, transmis, 12 mois après le premier (Q12), à tous les soignants restés dans la même institution. Cependant, certains établissements n'ont pas renvoyé ce deuxième questionnaire à leurs salariés. Le Q12 porte donc sur les réponses des 2 627 soignants de 45 établissements qui représentent toujours la diversité des structures de soins et médico-sociales du pays. Les facteurs de risque d'abandon prématuré ont été cernés dans la première étape transversale de l'étude PRESST-NEXT. La partie longitudinale de cette étude permet de comparer les soignants ayant réellement quitté leur établissement au cours de l'année suivante et ceux qui y sont restés avec ou sans cette intention d'abandon. Des changements en cours dans l'organisation des institutions sanitaires et médico-sociales françaises se sont approfondis. Ils peuvent avoir été mieux compris et acceptés par des soignants ayant surmonté ce que certains appellent la peur

du changement ou, au contraire, leurs difficultés peuvent s'être aggravées.

► Coopération professionnelle

33205

ARTICLE
LANDRU (I.)

Transfert de compétences et statuts professionnels : l'expérience du centre d'hémodialyse de Lisieux.

Ressources humaines. Dossier.
REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2006/07, n° 511 : 29-31
Cote Irdes : C, P22

Comment maintenir une offre de soins de qualité en hémodialyse malgré l'évolution négative de la démographie des néphrologues et la croissance de la population dialysée ? Une expérimentation a été confiée au centre d'hémodialyse de Lisieux. Faisant suite au rapport Berland sur la démographie médicale, ses objectifs sont multiples : tester la mise en œuvre d'une coopération entre professionnels de santé, évaluer si une part de temps médical peut être redistribuée vers les autres activités de néphrologie (suivi de dialyse hors centre, des transplantés, consultations et hospitalisations) et réfléchir à la possibilité d'une nouvelle voie de promotion infirmière (Résumé d'auteur).

33716

FASCICULE
BOURGUEIL (Y.), MAREK (A.),
MOUSQUES (J.)

Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes.

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL
- DREES
2006/03 ; vol. : n° 57 : 257 p.
Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud57.pdf>

Les sept pays sélectionnés dans le cadre de cette étude - Allemagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Canada (Québec et Ontario) - présentent une variété de configurations d'organisation de l'offre de soins primaires. Celle-ci diffère grandement selon les pays et renvoie aux principes structurant l'organisation générale du système de soins. Ainsi, une opposition très nette existe, d'une part, entre les pays où les médecins généralistes exercent majoritairement

en cabinets individuels ou en groupes mono disciplinaires (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Canada), et, d'autre part, les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé, notamment des infirmières (Finlande, Royaume-Uni, Suède). Ces modèles dominants de délivrance de soins dessinent des configurations différentes de la collaboration entre médecins et infirmières.

► Démographie médicale

34580

ARTICLE
CHABROL (A.), ZEIGER (G.)
Conseil National de l'Ordre
des Médecins. (C.N.O.M.).
Paris. FRA

Médecine salariée : la crise démographique.

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS
2007/01 ; vol. : n° 1 : 8-12
Cote Irdes : P69

On estime qu'en France près de 300 000 médecins sont salariés, non compris les hospitaliers. Ce chiffre englobe beaucoup de métiers très dissemblables. Mais leurs problématiques se recoupent bien souvent. À quelques exceptions près, la pénurie de médecins figure partout en tête des préoccupations de la profession.

► Évaluation des pratiques professionnelles

33203

ARTICLE
CADET (D.)

Évaluation des pratiques professionnelles : réflexions et expériences.

Ressources humaines. Dossier.
REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE
2006/07-08 ; vol. : n° 511 : 23-25
Cote Irdes : C, P22

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), démarche obligatoire uniquement pour la profession médicale, voit son champ d'application s'élargir à tous les professionnels de la santé à travers différents textes ou procédures. L'HAS estime souhaitable notamment que l'EPP soit étendue à l'ensemble des professionnels de soins et engage les établissements à produire des évaluations pluriprofessionnelles. Pour l'ANAES, il s'agit de faire de l'EPP un axe prioritaire et d'évaluer le service médical rendu, c'est-à-dire toute activité de soins qu'elle soit réalisée

par des médecins ou d'autres personnels soignants. Certains textes réglementaires tels que l'article L. 4382-1 et le décret du 26 décembre 2005 légitiment également la nécessité d'une EPP chez les professionnels paramédicaux. À terme, l'ensemble des professionnels de soins, à l'hôpital comme en ville, seront donc concernés par l'évaluation des pratiques professionnelles. Les kinésithérapeutes et les podologues ont déjà inscrit cette mission dans leurs ordres professionnels. Pour les infirmiers, le chantier est ouvert et risque d'être difficile, en raison d'un manque d'organe de régulation de type ordinal pour la profession, susceptible de fédérer l'ensemble des exercices professionnels et de définir l'EPP dans ses missions.

▮ Infirmiers

33717

FASCICULE

VILBROD (A.), DOUGUET (F.),
LEFEUVRE (S.), LE MINOUX (N.)

Le métier d'infirmière libérale.

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL
- DREES

2006/04 ; 2 vol. : n° 58 : (194 ; 216 p.)

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud58a.pdf>

Cette recherche constitue une monographie du métier d'infirmière libérale en France. La méthodologie retenue combine l'exploitation statistique de questionnaires et l'analyse qualitative d'entretiens semi-directifs et approfondis. Il ressort trois aspects essentiels : les parcours biographiques des infirmières libérales, leurs pratiques professionnelles et les représentations qu'elles ont de leur métier. L'approche biographique tend à souligner la singularité des origines sociales, des parcours scolaires et des premières expériences professionnelles en établissement. L'activité des infirmières libérales, de son contenu comme de son organisation, apparaît également spécifique : la nature des soins produits, les aides apportées aux malades ou encore les relations entretenues avec les autres professionnels de la santé diffèrent quelque peu de ce qui peut être observé en milieu hospitalier.

▮ Lobbying

34610

ARTICLE

PIERRU (F.)

Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2007/04 ; vol. : n° 14 : 73-83

Cote Irdes : P168

L'objectif de cet article est d'analyser le rôle exercé par les professions médicales au sein de l'Assemblée nationale, ainsi que de leur impact sur la politique de santé.

▮ Modes d'exercice

34579

ARTICLE

HA DOAN (B.D.), LEVY (D.), TEITELBAUM (J.),
ALLEMAND (H.), PAVOT (J.)

Les professions libérales et la création d'emploi : enquête effectuée au printemps 2006 à la demande et sous l'égide de l'Union Nationale des Professions Libérales.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET
DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALES

2007/01-03 ; vol. 47 : n° 1 : 3-89

Cote Irdes : P14

Cet article présente les résultats d'une enquête par questionnaire, effectuée le 2 mars 2006 par voie postale, auprès d'un échantillon de 8 professions libérales : agents généraux d'assurance, architectes, avocats, biologistes (directeurs de laboratoire d'analyses), chirurgiens-dentistes, experts-comptables, médecins et notaires. À partir d'un taux de réponse moyen par profession de 34,1%, l'article dresse, dans une première partie, un panorama comparatif des professions libérales en France. Le 2^e chapitre est consacré à l'étude de leur mode d'exercice en solo, en association - collaboration ou faisant appel au salariat. La 3^e partie précise le fonctionnement des sociétés d'exercice professionnel et leurs potentialités d'embauche liées principalement à l'accroissement de leur clientèle. Le dernier chapitre évoque le problème des freins à l'embauche. En annexe, 18 tableaux chiffrés viennent compléter le commentaire.

► Automédication

33783

ARTICLE
MONTANGE (F.)

Automédication. Décollage imminent ?

PHARMACEUTIQUES

2006/11; vol. : n° 141 : 39-81

Cote Irdes : C, P28

Ce dossier fait le point sur le marché de l'automédication en France. Il tente de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les raisons qui empêchent le marché de connaître le développement tant espéré par ses acteurs, et surtout les leviers qui lui permettraient de décoller enfin ? Quelles stratégies les « big pharma » adoptent-elles ? Quelles actions le ministre va-t-il retenir du rapport Coulomb ?

34371

ARTICLE
MAZIERE (M.)

Automédication : une deuxième vie ?

PHARMACEUTIQUES

2007/03; vol. : n° 145 : 63

Cote Irdes : P28

Depuis des années que le marché de l'automédication stagne, voire régresse, les données 2006 d'IMS Health apportent un rayon de soleil aux défenseurs de l'OTC : le marché grimpe de 8,4% en volume et de 8,8% en valeur. Cet article analyse l'impact des remboursements sur le marché de l'automédication.

► Antidépresseurs

MARKOWITZ (S.), CUELLAR (A.)

Antidepressants and youth : Healing or Harmful ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007/05; vol 64 : n° 10 : 2138-2151

Cote Irdes : P103

A series of drug innovations that began in 1987, including the introduction of several selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), has led to a tremendous growth in the use of antidepressants in the United States. This growth, however, has been accompanied by a growing concern about the risks of prescribing antidepressants, particularly to children. Indeed, research linking the use of antidepressant drugs to an increased risk of suicidal behaviors in youth motivated the US Food and Drug Administration to direct antide-

pressant drug manufacturers to include warning labels about the potential dangers. This paper examines the relationship between antidepressants and suicide among youth in the USA. Using state-level data on youth suicides and age-specific prescriptions for antidepressants, we find no relationships between suicides for adolescents aged 15–19 and prescriptions for SSRIs/serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors or tricyclic and tetracyclic antidepressants. In contrast, we find that newer generation antidepressants are associated with lower numbers of suicides for this age group. For younger children aged 10–14, we find no relationship with suicides for any type of antidepressant.

34365

ARTICLE
GARLAND (E.J.), WRIGHT (J.M.)

Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent.

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2007/03; vol. 3 : n° 3 : 109-111

Cote Irdes : P198

Le texte original de cet article a été publié dans le numéro 52 de la Therapeutics letter, publication du département de pharmacologie et thérapeutique de l'Université britannique (Canada). Il analyse, dans le contexte anglo-saxon, l'efficacité, les avantages et les effets indésirables de la prescription d'antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent.

► Brevets

COHEN (J.), CAIRNS (C.)

Comparing Patient Access to Pharmaceuticals in the UK and US.

APPLIED HEALTH ECONOMICS

AND HEALTH POLICY

2006; vol. 5 : n° 3 : 177-187

Cote Irdes : P181

Background : The debate on access to new drugs has focused on the time lag between applications for approval and granting of marketing authorisation. This delay was identified as the first barrier with respect to patient access to new drugs, encompassing the hurdles of safety, efficacy and quality. Additional barriers have since been identified. These pertain to reimbursement and pricing of approved drugs, the so-called fourth and fifth hurdles.

Methods : We reviewed 38 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidance appraisals carried out between April 1999 and April 2005. These appraisals included 71 re-

cently approved drugs considered to have either high clinical or cost impact. For each drug we first determined its marketing approval date by the British Medicines Healthcare Products Agency (MHRA) or European Medicines Evaluation Agency (EMA). Secondly, we determined if each drug was approved by the US FDA for marketing and, if so, the date when it was approved. Thirdly, we considered whether and when each drug was recommended for reimbursement and use by NICE, and whether conditions of reimbursement applied. Fourthly, for the subset of FDA-approved drugs, we examined formulary placement, cost sharing and conditions of reimbursement on three-tier formularies used by seven leading US third-party payers serving Medicare beneficiaries. Fifthly, we reviewed each NICE recommendation to determine if cost-effectiveness data were referred to either in the appraisal documentation or in the final recommendation. Sixthly, we asked a spokesperson from each US payer whether cost-effectiveness assessments or rebates played a role in determining formulary placement of drugs in our sample, and whether there was a lag between marketing approval and reimbursement for any of the covered drugs.

Results : Of the 71 drugs contained in 38 NICE guidance appraisals, the US FDA approved 64. On average, the subset of 64 drugs received marketing authorisation in the US prior to the UK. On average, US plans covered 87% of the 64 drugs, the same percentage of drugs recommended for NHS reimbursement and use. Cost sharing in the US was significantly higher than in the UK, with wider variation across plans. On average, drugs covered in the US had fewer conditions of reimbursement (15%) than the percentage of drugs given conditions by NICE (46%). US plans were quicker to decide to reimburse drugs following marketing approval than NICE.

Conclusions : The US provides faster, more flexible access to most, but not all, of the UK-approved pharmaceuticals in our sample. However, US patients have higher cost sharing than the UK and coverage is less evenly spread across the population. From a policy perspective, our study findings confirm the need to bolster the NICE fast-track initiative to decrease the amount of time it takes to appraise certain new pharmaceuticals. Also, the study findings point to the need in the US for careful monitoring of plan compliance with regulations pertaining to the Medicare drug benefit, particularly with respect to formulary restrictions and limits on cost sharing

HAY (J.)

Comparing Patient Access to Pharmaceuticals in the UK and US.

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

2006; vol. 5 : n° 4 : 269-270

Cote Irdes : P181

► Génériques

ANDERSSON (K.), BERGSTROM (G.)

Impact of a generic substitution reform on patients' and society's expenditure for pharmaceuticals

HEALTH POLICY

2007/05; vol 81 : n° 2-3 : 376-384

Cote Irdes : P92

Sweden's pharmaceutical expenditure has increased during the last decades. On 1 October 2002 mandatory generic substitution was introduced in Sweden with the purpose to reduce the growth in pharmaceutical expenditure. The aim of the present study was to investigate if the implementation of generic substitution was associated with changes in patients' expenses and reimbursed cost for prescribed pharmaceuticals included in the Swedish Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). Monthly pharmacy sales data was obtained from the National Corporation of Swedish Pharmacies (Apoteket AB). The study period ranged between 1 January 2000 and 31 December 2004. Changes in pharmaceutical expenditure associated with the introduction of generic substitution were analysed with a linear segmented regression. The study comprised outpatient prescription pharmaceuticals encompassed by PBS for Sweden in total and each county council. Two different data sets were analysed. The first comprised all prescribed pharmaceuticals. The second contained only pharmaceuticals on regular prescriptions (i.e. exclusion of multidose dispensed drugs). Changes in patient co-payment per 1000 inhabitants and working day and subsidised cost per 1000 inhabitants and working day associated with the introduction of generic substitution were analysed. Expenditure was expressed in Swedish krona, SEK (SEK 1 = US\$ 0.14/D 0.11, 7 July 2006). The Swedish Consumer Price Index was used to inflation-adjust expenditures with 2004 as base. The introduction of generic substitution was associated with a significant change in slope for patient co-payment in both all prescribed pharmaceuticals and pharmaceuticals on regular prescriptions ($p < 0.005$) for Sweden in total. The slope shifted direction from a slight increase before the reform into a decline after the reform was implemented. This was also found for the

average slope of patient co-payment for all county councils ($p < 0.0001$). The introduction of generic substitution was associated with a statistically significant shift in slope for subsidised cost for Sweden in total ($p < 0.001$). The slope shifted from a monthly increase before October 2002 to a monthly decline for all prescribed pharmaceuticals afterwards. Similar results were found for the average slope of subsidised cost for all county councils both for all prescribed pharmaceuticals and pharmaceuticals on regular prescriptions ($p < 0.0001$).

KONIGBAUER (I.)

Advertising and generic market entry.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2007/03; vol 26 : n° 2 : 286-305

Cote Irdes : P79

The effect of purely persuasive advertising on generic market entry and social welfare is analysed. An incumbent has the possibility to invest in advertising which affects the prescribing physician's perceived relative qualities of the brand-name and the generic version of the drug. Advertising creates product differentiation and can induce generic market entry which is deterred without differentiation due to strong Bertrand competition. However, over-investment in advertising can deter generic market entry under certain conditions and reduces welfare as compared to accommodated market entry.

► Industrie pharmaceutique

33971

ARTICLE

PENY (J.M.)

**Princeps-génériques : faut-il
pactiser avec l'ennemi ?**

PHARMACEUTIQUES

2007/0; vol. : n° 143 : 29-33, tabl., graph.

Cote Irdes : P28

Face à la montée en puissance des médicaments génériques, les princeps semblent quelque peu désarmés. Ne pouvant lutter efficacement contre leur ennemi, certains laboratoires ont décidé de collaborer avec les génériqueurs. Cet article tente une analyse de cette situation.

34223

ARTICLE

MINTZES (B.)

**Fabriquer des maladies
pour vendre des médicaments.**

REVUE PRESCRIRE

2007/01; vol. 27 : n° 279 : 63-65

Cote Irdes : C, P80

Pour la première fois en 2006, un congrès international tenu en Australie a été consacré à cette dernière dérive des firmes : la fabrication de maladies pour vendre des médicaments. Barbara Mintzes, épidémiologiste et chercheur en politique de santé au Canada, intervenait dans ce congrès sur les liens entre la publicité grand public et la fabrication des maladies. Elle résume dans cet article certaines des interventions marquantes de ce congrès.

34224

ARTICLE

**26 ans de palmarès des médicaments
de la revue prescrire : 1981-2006.**

REVUE PRESCRIRE

2007/02; vol. 27 : n° 280 : 84-87

Cote Irdes : P80

Cet article fait le point sur 26 ans de palmarès des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.

► Innovation médicale

LUNDKVIST (J.), JONSSON (B.)

**The costs and benefits of regulations
reimbursement of new drugs**

HEALTH POLICY

2006/12; vol. 79 : n° 2-3 : 337-344

Cote Irdes : P92

An increasing regulation for pricing and reimbursement decisions is associated with both costs and benefits. One potential cost is a delayed introduction of drugs on the market. The objective of this study was to discuss and analyse the time lag between drug authorisation and reimbursement for new chemical entities (NCEs) in Sweden and Finland. The study was based on a sample of 242 NCE drugs, authorised by the regulatory authorities in Sweden or Finland between January 1995 and April 2003. Data on authorisation dates, reimbursement dates, capacity of manufacturing companies, requirements for economic evaluations by reimbursement authorities, anatomic therapeutic classification, therapeutic value and sale statistics were collected

for the drugs. A hypothesis, saying that the lag is affected by the increasing regulation associated with the introduction of formal requirements for cost-effectiveness information for pricing and reimbursement decisions, was tested. One hundred and thirty-eight of the 242 drugs included in the analyses were reimbursed in Sweden and 104 in Finland. The total mean lag time was 175 days, and the mean lag times in Sweden and Finland were 114 and 256 days, respectively. Regression analysis demonstrated that drugs with low sale and drugs from companies with large capacity of introducing new drugs were associated with a longer and shorter lag times, respectively. The results also demonstrated that authorisation during first year after introduction of requirement for cost-effectiveness information was associated with an increased lag time. The results demonstrated that there are considerable time lags between authorisation and reimbursement of new drugs, both in Sweden and Finland. The results further indicated that an increased regulation for reimbursement by introducing requirements for cost-effectiveness information is associated with an increased time lag, at least for drugs authorised early after introduction of the new requirements. It is therefore important to further discuss the costs and benefits of an increased regulation for reimbursement, in order to find the optimal regulatory requirements.

33656

ARTICLE

Médicaments pour des maladies rares : bilan contrasté en Europe.

REVUE PRESCRIRE

2006/11 ; n° 277 : 780-787

Cote Irdes : P80

On estime qu'il y a entre 6 000 et 7 000 maladies rares dans le monde. Les personnes affectées ont des difficultés pour obtenir un diagnostic, de l'information sur la maladie, et être orientée vers des professionnels spécialisés compétents. Spontanément, les firmes pharmaceutiques ne recherchent guère de médicaments pour les maladies rares, en raison notamment de l'étroitesse du marché. Seulement quelques dizaines de médicaments de ce type étaient disponibles en France avant 2000. Entre avril 2000 et avril 2005, le statut européen de « médicament orphelin » a été accordé à 268 substances, et 22 AMM ont été délivrées.

33745

ARTICLE

PEZARD (A.)

Rémunération de l'innovation.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :

FICHE

2006/11/30 ; vol. : n° 557 : 6-10

Cote Irdes : P72

Cet article présente les points forts de l'intervention d'Alice Pezard donnée lors de la troisième conférence : Droits de propriété intellectuelle, approches juridique et économique - organisée par la Cour de cassation, dans le cadre du cycle Droit et économie de la concurrence 2006. Présidente de la Cour d'appel de Paris, Alice Pezard tente de répondre à la question : comment concilier équité, efficacité et proportionnalité dans le domaine de l'innovation ?

33749

ARTICLE

POUVOURVILLE (G. de)

Risk-sharing agreements for innovative drugs : a new solution to old

Les agréments de partage des risques

pour les médicaments innovants : une solution nouvelle pour un problème ancien ?

EUROPEAN JOURNAL OF

HEALTH ECONOMICS (THE)

2006/09 ; vol. 7 : n° 3 : 155-157

Cote Irdes : P151

The concept of risk-sharing has often been discussed and sometimes as a new form of contractual agreement between payers and the pharmaceutical industry for setting the value of an innovation conditional to demonstration of its effectiveness and efficiency in real life. The most prominent applications of this concept in recent years has been the agreement in the United Kingdom between Nice and the industry for the use of B-interferons and glatiramer for the treatment of multiple sclerosis. The present contribution addresses four questions. First, it examines why this concept has emerged, problems it is supposed to answer, and by whom. Second, it considers the prerequisites to its implementation. Finally, it discusses the pros and cons of risk-sharing for both parties involved, the payer and the industry.

34222

ARTICLE

Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2006.

REVUE PRESCRIRE

2007/01 ; vol. 27 : n° 279 : 26-60

Cote Irdes : C, P80

Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2006 par spécialité médicale.

► Observance thérapeutique

33757

ARTICLE

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

L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ?

Comment l'améliorer ?

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2006/11 ; vol. 2 : n° 9 : 402-406

Cote Irdes : P198

L'objectif de ce dossier est de mieux comprendre ce que recouvre le concept d'observance. Une bonne observance s'explique autant, sinon plus, par la façon de prescrire que par la façon de suivre la prescription. Médecin et malade y ont donc chacun une part de responsabilité. Certains des facteurs d'une bonne observance sont liés à la maladie, d'autres à la nature de la prescription (celle d'un médicament, d'une modification des modes de vie...), d'autres encore à sa durée etc. À tous les niveaux de cette chaîne complexe, une meilleure connaissance des facteurs en cause doit permettre d'identifier le taux d'observance, et surtout aider le prescripteur à adopter des comportements qui favorisent une bonne observance (tiré de l'introduction).

33758

ARTICLE

REACH (R.)

La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine.

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2006/11 ; vol. 2 : n° 9 : 402-406

Cote Irdes : P198

On définit la non-observance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales. Le problème est important du fait de sa fréquence et de ses conséquences médicales et économiques. Il est en fait révélateur de la relation médecin-malade. Il a de nombreux déterminants et mécanismes qu'il est essentiel de

connaître pour améliorer l'observance thérapeutique en particulier dans le traitement des maladies chroniques (tiré de l'introduction).

► Officine

33788

FASCICULE

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

Paris. FRA

L'annuel 2006 de la pharmacie.

MONITEUR DES PHARMACIES

ET DES LABORATOIRES (LE)

2006/11/25 ; vol. : n° 2652/2653 - Cahier III :

74 p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, P44

Comme chaque année, le Moniteur vous propose son Annuel destiné à faire un bilan prospectif des grands enjeux de la pharmacie. À l'ordre du jour : un interview du président de la HAS sur les déremboursements, une enquête sur l'organisation du back-office, un article sur le e-commerce, les chiffres-clés habituels sur l'industrie du médicament et la recherche pharmaceutique.

► Pharmacie hospitalière

33173

ARTICLE

GOUGET (B.), BENSADON (A.C.),

JUNGFER (F.), RABILLER (P.),

SAULNIER (J.L.)

Circuit du médicament.

Dossier.

TECHNIQUES HOSPITALIERES

2006/07-08 ; vol. : n° 698 : 16-65, graph., tabl.

Cote Irdes : C, P77

En 2004, l'enquête Eneis a montré que, dans le cadre de la iatrogénie hospitalière, le médicament est en cause pour 20% des événements indésirables graves, soit une incidence d'environ 90 000 cas par an. Ces incidents, souvent évitables, interviennent lors des trois étapes clés du circuit du médicament à l'hôpital : pendant la prescription par le médecin, lors de la dispensation par le pharmacien ou pendant l'administration par l'infirmière. Aussi, l'introduction d'outils visant à minorer le nombre et les conséquences de ces événements s'impose à l'établissement afin d'optimiser et de sécuriser le circuit du médicament. Le présent dossier s'attache à faire le point sur les nouvelles dispositions réglementaires relatives au circuit du médicament et présente les leviers d'amélioration et les retours d'expérience de nombreux établissements. Les

différents articles abordent notamment : le développement d'un référentiel d'évaluation du circuit du médicament par la Haute Autorité de santé, la mise en place de la dispensation à délivrance nominative dans le cadre du contrat de bon usage du médicament, la réforme de 2004 relative à la rétrocession des médicaments par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, la mise en place d'un réseau ville-hôpital pharmaceutique, la problématique de l'interopérabilité au niveau de l'informatisation du circuit du médicament, la détection des erreurs par une équipe pharmaceutique lors de la fabrication centralisée des chimiothérapies.

34559

FASCICULE

CLERC (M.É.), HAURY (B.), VERNOIS (J.)

Les médicaments dans les établissements de santé en 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DRESS)

2007/03; vol. : n° 563 : 8 p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er563/er563.pdf>

Pour la deuxième année consécutive, un recueil d'informations sur les médicaments achetés par les établissements de santé, délivrés aux unités de soins ou rétrocédés au public a été réalisé auprès des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des centres de lutte contre le cancer (CLCC) ayant une activité de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les dépenses de médicaments de ces établissements s'élèvent respectivement à 1,5 milliard d'euros et 190 millions d'euros. La vente de médicaments au public a représenté 39% des dépenses des CHU et 18% de celles des CLCC, essentiellement des antiviraux pour les premiers et des anticancéreux pour les seconds. Près du quart des dépenses de médicaments des CHU et les trois quarts de celles des CLCC s'expliquent par l'achat d'antinéoplasiques ou d'immunomodulateurs, classe de médicaments la plus coûteuse, destinée notamment au traitement des cancers. La collecte d'informations sur les dépenses de médicaments a également concerné pour la première fois les centres hospitaliers publics et les établissements privés.

34597

ARTICLE

SENON (G.), TRABADO (S.),
CARUBA (T.), PAUBEL (P.)

Analyse des coûts des critères de choix pharmaceutiques lors d'une consultation pour la fourniture de spécialités pharmaceutiques dans un établissement public de santé.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

2006/11-12; vol. 24 : n° 7-8 : 373-385, rés.,
tabl., fig.

Cote Irdes : P85

Lors des consultations passées en vue de l'achat de spécialités pharmaceutiques en 2005, les critères de choix pharmaceutiques « conditionnement unitaire » (CU) du médicament et « gamme complète » (GC) ont été appliqués systématiquement lors du choix sur les 646 lots. Ces critères contribuent à sécuriser le circuit des médicaments et lutter contre l'iatrogénie. Les objectifs de ce travail sont l'analyse de la part des spécialités princeps et des spécialités génériques dans les offres retenues pour les lots devant comporter un CU et/ou une GC, de la nature des formes pharmaceutiques non proposées pour les lots nécessitant une GC, et l'estimation des surcoûts liés aux critères de choix pharmaceutiques. Cette étude montre que sur les 185 lots concernés par le CU, 48% sont attribués à un fournisseur proposant un CU, et la spécialité princeps est retenue dans 93% des cas. Sur les 218 lots concernés par la GC, la spécialité princeps est retenue dans 93% des cas. Les offres rejetées pour gamme incomplète concernent 27 princeps et 70 génériques. Les offres de génériques sont principalement rejetées pour absence de forme injectable, de GC incluant les comprimés ou les formes solutions buvables. Au total, le surcoût lié aux critères de choix pharmaceutiques est de 9 253 €. Les critères de choix pharmaceutiques ont un coût pour l'hôpital, mais inférieur aux surcoûts liés à des présentations non unitaires. La mise en place d'une politique d'achats pour les spécialités pharmaceutiques peut cependant permettre de substantielles économies dans un établissement de santé (Résumé d'auteur).

34598

ARTICLE

MEGERLIN (F.), BEGUE (D.), LHOSTE (F.)

Traçabilité et coût des médicaments non utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées en France (étude TCMNU1-IDEPC).

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/11-12; vol. 24 : n° 7-8 : 387-402,
rés., tabl.

Cote Irdes : P85

En France, les médicaments remboursés au patient lui sont délivrés sous forme de boîtes individuelles de contenance standardisée. Dès lors, les quantités délivrées sont souvent supérieures aux quantités prescrites. Or, aucune étude ne donne d'évaluation systématique précise, à l'unité de prise, de ces médicaments non utilisés, en particulier dans le cadre des traitements facturés à l'assurance-maladie pour les malades âgés, souvent polymédiqués. Cette étude a mesuré l'écart entre les quantités prescrites et délivrées durant 4 mois à 2 297 malades (effectif final de l'étude), résidant dans 48 maisons de retraite approvisionnées par 34 officines de pharmacie. Ces médicaments non utilisés représentent en valeur 10,27% du coût des boîtes délivrées et 11,45% du coût des traitements prescrits, avec une forte dispersion des taux pour chacune des 1 414 spécialités individuellement analysées représentant 62 008 boîtes de médicaments. Ils représentent un coût par résident et par jour d'au minimum 0,27 euros, auquel s'ajoute le coût, non mesuré dans cette étude, des quantités prescrites au malade mais non consommées par lui. Cette première étude invite à réfléchir sur la pertinence des conditionnements industriels et/ou à proposer un statut des médicaments non utilisés en vue de leur ré-emploi dans la chaîne nationale, afin d'empêcher les détournements, d'optimiser le soin aux patients et l'emploi de la ressource collective (Résumé d'auteur).

► Politique des médicaments

SCHNEEWEISS (S.)

Reference drug programs : Effectiveness and policy implications.

HEALTH POLICY

2007/04; vol. 81 : n° 1 : 17-28

Cote Irdes : P92

In the current economic environment, health care systems are constantly struggling to contain rapidly rising costs. Drug costs are targeted by a wide variety of measures. Many jurisdictions have implemented reference drug programs (RDPs) or similar therapeutic substitution programs. This

paper summarizes the mechanism and rationale of RDPs and presents evidence of their economic effectiveness and clinical safety. RDPs for pharmaceutical reimbursement are based on the assumption that drugs within specified medication groups are therapeutically equivalent and clinically interchangeable and that a common reimbursement level can thus be established. If the evidence documents that a higher price for a given drug does not buy greater effectiveness or reduced toxicity, then under RDP such extra costs are not covered. RDPs or therapeutic substitutions based on therapeutic equivalence are seen as logical extensions of generic substitution that is based on bioequivalence of drugs. If the goal is to achieve full drug coverage for as many patients as possible in the most efficient manner, then RDPs in combination with prior authorization programs are safer and more effective than simplistic fiscal drug policies, including fixed co-payments, co-insurances, or deductibles. RDPs will reduce spending in the less innovative but largest market, while fully covering all patients. Prior authorization will ensure that patients with a specified indication will benefit from the most innovative therapies with full coverage. In practice, however, not all patients and drugs will fit exactly into one of the two categories. Therefore, a process of medically indicated exemptions that will consider full coverage should accompany an RDP. In the current economic environment, health care systems are constantly struggling to contain rapidly rising costs. Drug costs are targeted by a wide variety of measures. Many jurisdictions have implemented reference drug programs, and others are considering them. This paper summarizes the mechanism and rationale of RDPs, presents evidence of their economic effectiveness and clinical safety, and concludes with some practical implications of implementing RDP policies.

33901

ARTICLE

Trois années de TFR : état des lieux en 2006.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :

FICHE

2006/12/07; vol. : n° 558 : 6-8

Cote Irdes : P72

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 a établi la possibilité d'un remboursement limité à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les médicaments figurant dans un même groupe de générique. Les premiers TFR sont apparus entre septembre et octobre 2003. Cet article fait un bilan sur trois années de fonctionnement.

34089
ARTICLE
SOULAS (C.)

Les classes thérapeutiques risquent-elles de tuer l'innovation pharmaceutique ?

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/10; vol. 24 : n° 6 : 307-321, rés.
Cote Irdes : P85

La régulation tarifaire des médicaments apparaît justifiée par le dérapage financier des organismes de Sécurité sociale, dont la croissance de la consommation pharmaceutique est largement responsable. Elle trouve plus particulièrement sa légitimité dans le but même qui est assigné à la mise en œuvre du financement socialisé de la demande de médicaments, à savoir promouvoir l'accessibilité aux soins d'une population la plus large possible. Nous verrons dans un premier temps, à travers un exercice de modélisation, en quoi l'adhésion française à une politique de remboursement forfaitaire s'inscrit à court terme dans cette recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses de médicaments remboursables. Nous soulignerons par ailleurs comment cette nouvelle réglementation tarifaire vise à revaloriser l'activité de recherche-développement. Enfin, les résultats mitigés de quelques expériences étrangères nous permettront dans un dernier temps de relativiser l'opportunité du remboursement forfaitaire : précisément, les classes thérapeutiques risquent-elles de tuer l'innovation pharmaceutique ? (Résumé d'auteur).

34135

ARTICLE
LIMAT (S.), ESSERT (M.), BELON (J.P.)

Médicaments à prescription restreinte. Conséquences pour le prescripteur et le dispensateur.

MEDECINE : REVUE DE L'UNIFORMEC
2007/02; vol. 3 : n° 2 : 89-91
Cote Irdes : P198

Le décret du 15 juin 2004 fait suite à un très long processus de négociation, notamment au sujet des rétrocessions de médicaments par l'hôpital. Cependant, il précise d'abord 5 catégories de médicaments à prescription restreinte et en fixe les conditions de dispensation et de rétrocession éventuelle. À cet égard la terminologie de « décret rétrocessions » est trop restrictive.

34228
ARTICLE
REVUE PRESCRIRE
Paris. FRA

L'année 2006 du médicament.

REVUE PRESCRIRE
2007/02; vol. 27 : n° 280 : 140-150
Cote Irdes : P80

Cet article aborde la politique des médicaments menée en France en 2006 sous divers aspects : innovation médicale, publicité, remboursement, conditionnement, etc.

34370

ARTICLE

L'impact mitigé des récents déremboursements.

IMPACT PHARMACIEN
2007/03/21; vol. : n° 178 : 28-30

Cote Irdes : Dossier de presse : Médicaments/
politique de santé

S'il s'avère encore difficile d'évaluer l'impact des déremboursements intervenus dans le courant de 2006 sur l'économie des officines, il apparaît qu'ils ont eu un effet négatif sur la marge : autour de 30% en moins. Pour autant, il existe dans le champ du déremboursé une réelle opportunité de développement.

► Prix de référence

KALO (Z.)

Does therapeutic reference pricing always result in cost-containment? The Hungarian evidence.

HEALTH POLICY
2007/03; vol. 80 : n° 3 : 402-412
Cote Irdes : P92

Therapeutic reference pricing is one of the potential cost containment methods for pharmaceuticals. The most critical question of reference pricing is how to select reference product(s) if their efficacy is different, especially if different strengths of the same substance are available. Authors describe the Hungarian experience related to the introduction of therapeutic reference pricing for statin therapies as of 1 September 2003. The National Health Insurance Fund selected the reference products based on their low price per DDD. Therapeutic reference pricing was expected to reduce the expenditure on statins by switching therapy to cheaper alternatives and therefore decreasing the average price per prescribed unit. The National Health Insurance Fund expected price erosion not only for brand-

ed products directly affected by generics but even for patented ones. Despite generic price erosion of simvastatin, the average unit price of statins was reduced by only 3% at 7 months after the introduction of the reference pricing system. During the same period the average DDD per prescription was increased from 1.14 to 1.65. The price of patented statins did not change over this period. Introduction of therapeutic reference pricing neglected evidence-based medicine results and ultimately increased the expenditure on statins in Hungary. Selection of the cheapest DDD per unit as the reference product resulted in growth of DDD per prescription, and consequently increased price per prescribed unit of statins. The failure of the system could have been even more dramatic if increased utilisation of generic statins had not reduced the negative effect of therapeutic reference pricing. Based upon the first experiences of the Hungarian implementation, the method described in this paper for the extension of generic reference pricing to therapeutic categories is not justifiable.

STARGARDT (T.)

**Impact of Cross-Reference
Pharmaceutical Prices.**

APPLIED HEALTH ECONOMICS
AND HEALTH POLICY
2006; vol 5 : n° 4 : 235-247
Cote Irdes : P181

Objective : Several EU countries are determining reimbursement prices of pharmaceuticals by cross-referencing prices of foreign countries. Our objective is to quantify the theoretical cross-border spill-over effects of cross-reference pricing schemes on pharmaceutical prices in the former EU-15 countries.

Methods : An analytical model was developed estimating the impact of pharmaceutical price changes in Germany on pharmaceutical prices in other countries in the former EU-15 using cross-reference pricing. We differentiated between the direct impact (from referencing to Germany directly) and the indirect impact (from referencing to other countries that conduct their own cross-reference pricing schemes).

Results : The relationship between the direct and indirect impact of a price change depends mainly on the method applied to set reimbursement prices. When applying cross-reference pricing, the reimbursement price is either determined by the lowest of foreign prices (e.g. Portugal), the average of foreign prices (e.g. Ireland) or a weighted average of foreign prices (e.g. Italy). If the respective drug is marketed in all referenced countries and prices are regularly updated, a price reduction of €1.00 in Germany will reduce maximum reimbursement prices in the former EU-15 coun-

tries from €0.15 in Austria to €0.36 in Italy.

Discussion : On one side, the cross-border spill-over effects of price reductions are undoubtedly welcomed by decision makers and may be favourable to the healthcare system in general. On the other side, these cross-border spill-over effects also provide strong incentives for strategic product launches, launch delays and lobbying activities, and can affect the effectiveness of regulation.

Conclusions : To avoid the negative effects of cross-reference pricing, a weighted index of prices from as many countries as possible should be used to determine reimbursement prices in order to reduce the direct and indirect impact of individual countries.

BREKKE (K.R.)

Reference pricing of pharmaceuticals.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2007/05; vol 26 : n° 3 : 613-642
Cote Irdes : P79

We consider a therapeutic market with potentially three pharmaceutical firms. Two of the firms offer horizontally differentiated brand-name drugs. One of the brand-name drugs is a new treatment under patent protection that will be introduced if the profits are sufficient to cover the entry costs. The other brand-name drug has already lost its patent and faces competition from a third firm offering a generic version perceived to be of lower quality. This model allows us to compare generic reference pricing (GRP), therapeutic reference pricing (TRP), and no reference pricing (NRP). We show that competition is strongest under TRP, resulting in the lowest drug prices (and medical expenditures). However, TRP also provides the lowest profits to the patent-holding firm, making entry of the new drug treatment least likely. Surprisingly, we find that GRP distorts drug choices most, exposing patients to higher health risks.

Publicité

33655
ARTICLE
REVUE PRESCRIRE
Paris. FRA

**Publicité grand public pour les
médicaments de prescription : abus
et confusion.**

REVUE PRESCRIRE
2006/11; vol. : n° 277 : 777-778
Cote Irdes : C, P49

Aux États-Unis d'Amérique, la publicité pharmaceutique destinée au grand public a connu un développement considérable dans la dernière

décennie, notamment pour les médicaments de prescription. Cette publicité utilise tous les médias, des journaux à la télévision en passant par internet. Rester vigilant comme dans beaucoup d'autres domaines, l'Europe est dans le sillage des États-Unis, avec plusieurs années de retard. Dans le domaine de la publicité sur les médicaments, la Commission européenne cherche encore à donner plus de libertés aux firmes pharmaceutiques, alors même que celles-ci sont obligées de renoncer à une partie de leur liberté aux États-Unis, pour éviter un plus grand contrôle par l'État.

34632

ARTICLE
REVUE PRESCRIRE
Paris. FRA

Les « me too » sont plus coûteux à vendre.

REVUE PRESCRIRE
2007/04 ; vol. 27 : n° 282 : 308
Cote Irdes : P80

Les firmes pharmaceutiques dépensent plus d'argent en promotion des « me too » que pour les médicaments inaugurant une nouvelle classe pharmacothérapeutique. L'analyse présentée dans cet article repose sur une enquête réalisée aux États-Unis sur le coût de lancement promotionnel des médicaments premiers.

► Régulation

33752

ARTICLE
MORTEN DALEN (D.), STROM (S.),
HAABETH (T.)

Price regulation and generic competition in the pharmaceutical market.

Régulation des prix et compétition de médicaments génériques sur le marché pharmaceutique.
EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2006/09 ; vol. 7 : n° 3 : 208-241, tabl.
Cote Irdes : P151

In March 2003, the Norwegian government implemented yardstick-based price regulation schemes on a selection of drugs subjected to generic competition. The retail price cap, termed the "index price," on a drug (chemical substance) was set equal to the average of the three lowest producer prices on that drug, plus a fixed wholesale and retail margin. This is supposed to lower barriers of entry for generic drugs and to trigger price competition. Using monthly data over the period 1998-2004 for the six drugs (chemical

entities) included in the index price system, we estimate a structural model enabling us to examine the impact of the reform on both demand and market power. Our results suggest that the index price helped to increase the market shares of generic drugs and succeeded in triggering price competition.

► Remboursement

ANDERSSON (K.), PETZOLD (M.G.)

Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures? Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986–2002.

HEALTH POLICY
2006/12 ; vol 79 : n° 2-3 : 231-243
Cote Irdes : P92

The last decades increasing pharmaceutical expenditures in Sweden and other western countries have created a need for reforms to reduce the trend. The aim was to analyse if reforms concerning the pharmaceutical reimbursement scheme in Sweden during the years 1986–2002 were associated with changes in cost, volume and cost per volume of pharmaceuticals. Effects of changes in the reimbursement schedule during the study period were evaluated for all registered pharmaceuticals in Sweden and for five indicator drug groups. Five policy changes during the study period were assessed. Three concerned increased patient co-payment (January 1, 1991 ; January 1, 1995 and June 1, 1999), one the introduction of reference based pricing and increased co-payment (January 1, 1993) and one a new structure of the reimbursement schedule (January 1, 1997). The National Corporation of Swedish Pharmacies provided pharmaceutical delivery data for all Swedish pharmacies. Possible breaks in the trend associated with the investigated reforms were analysed with linear segmented regression analysis. This showed that increased co-payments were not associated with changed level or slope of cost and volume. The new reimbursement schedule was associated with a decreased level of cost and volume, both for all drugs combined and for several of the indicator drug groups. It was also associated with an increased slope for both volume and cost in some indicator drug groups and for all drugs. Introduction of reference based pricing was associated with a reduced slope of cost/defined daily doses (DDD) in all of the indicator drug groups and for all drugs. The analysis showed that major changes in the reimbursement system such as the introduction of a new reimbursement schedule and reference based pricing were as-

sociated with reductions in cost and volume for the new reimbursement schedule and cost per volume for reference based pricing.

D Tarification

33634

ARTICLE

MOSSIALOS (E.), BROGAN (D.), WALLEY (T.)

La tarification des produits pharmaceutiques en Europe : soupeser les choix.

REVUE INTERNATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE (AISS)

2006/07-09; vol. 59 : n° 3 : 3-32

Cote Irdes : C, P55

Les coûts croissants des soins de santé, en particulier les dépenses en produits pharmaceutiques, ont débouché dans le monde entier sur l'application de diverses réglementations et politiques en matière de tarification des produits pharmaceutiques. Le présent article jette un regard critique sur les politiques actuelles et examine les différentes solutions pour les mécanismes de tarification des médicaments tant sous brevet que hors brevet. Les mesures classiques de maîtrise directe et indirecte des prix n'ont pas réussi à maintenir l'équilibre entre les objectifs d'efficacité et d'équité. Les mesures directes de maîtrise des prix ne limitent pas la croissance des coûts et peuvent ne pas répondre au besoin d'innovation. Les mesures indirectes de maîtrise des prix ne limitent pas les coûts et ne contribuent guère à créer un marché concurrentiel des produits pharmaceutiques hors brevet. Pour les marchés des médicaments sous brevet, nous évaluons le recours aux mesures de maîtrise des bénéfices, l'achat ou la vente aux enchères de brevets par l'État, et la tarification de Ramsey. Chaque système a ses mérites propres, mais il semble que l'intégration des processus décisionnels en matière de prix et de remboursement, souvent distincts, serait la solution la plus prometteuse pour l'optimisation des ressources de l'État et des acheteurs. Cette approche pourrait envoyer des signaux à l'industrie, et contribuer à orienter la recherche vers des domaines importants sur le plan clinique. Une présentation de cette étude a été faite dans : Problèmes économiques, n° 2916 du 31 janvier 2007.

D Allemagne

STOCK (S.A.K.), REDAELLI (M.)

Disease management and health care reforms in Germany – Does more competition lead to less solidarity?

HEALTH POLICY

2007/01; vol 80 : n° 1 : 86-96

Cote Irdes : P92

Up to the 1990s German health care legislation was dominated by measures regulating the supply side. Measures, such as budgets, aimed at volume control and sought to confine the increase of health care spending to the growth of the national income. To curb costs more effectively, competitive elements were introduced in the 1990s with free choice of sickness funds (open enrollment). To balance competition and solidarity, a risk compensation scheme (RCS) was implemented two years prior to open enrollment. Since then, balancing competition and solidarity has been a key feature of all consecutive health care reforms. The implementation of disease management programs in the statutory health insurance (SHI) served the dual purpose to promote quality of care and to foster competition. Preliminary experiences suggest, that the aligning of disease management programs with a RCS can greatly aid its implementation and benefit solidarity and competition.

33177

ARTICLE

BACHONGY FERBER (K.)

Allemagne. Privatisation du premier CHU.

GESTIONS HOSPITALIÈRES

2006/06-07; vol. : n° 457 : 393-394

Cote Irdes : C, P67

En préparation depuis plus d'un an, la privatisation du premier centre hospitalier universitaire a été réalisée en Allemagne. Il s'agit également d'une première en Europe. Rhön Klinikum AG, l'une des plus importantes chaînes d'hôpitaux, a acquis le CHU de Giessen-Marburg, 2400 lits, 9000 employés, né de la fusion même année de deux cliniques universitaires, pour la somme de 112 millions d'euros. Selon certains observateurs, la privatisation d'un centre hospitalo-universitaire participe pleinement du mouvement de désengagement de l'État en Allemagne. Plusieurs activités majeures, considérées auparavant comme du ressort naturel de l'État, ont été privatisées ces dernières années. Ce même Land Hesse a, par exemple, privatisé partiellement une prison. Dans le domaine hospitalier, l'opinion générale

est que le mouvement sera largement accéléré par la mise en place des Diagnostic Related Groups, la tarification à l'activité.

34053

ARTICLE
BODE (I.)

Financement solidaire et gouvernance concurrentielle : le modèle allemand d'organisation de la santé en débat.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 191-216

Cote Irdes : C, P59

En Allemagne, la fourniture des soins est assurée grâce à la coopération (régulée par la puissance publique) d'une multitude de caisses d'Assurance maladie à but non lucratif et de divers offreurs, avec lesquels les caisses entretiennent des relations contractuelles. Le système allemand, d'inspiration bismarckienne, est financé selon le principe de la répartition par des cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés - ce mode d'organisation institutionnelle a toutefois récemment été mis en question. Par ailleurs, l'organisation administrative du système de santé allemand se caractérise par l'introduction (récente) de la gouvernance concurrentielle. Cet article examine l'évolution du financement de la santé et des structures de gouvernance. Il avance que le système de financement a changé de manière parcellaire, tandis que les structures de gouvernance ont subi une transformation plus radicale.

► Australie

MOORIN (R.E.), HOLMAN (C.D.J.)

Does federal health care policy influence switching between the public and private sectors in individuals?

HEALTH POLICY

2006/12; vol 79 : n° 2-3 : 284-295

Cote Irdes : P92

Objective : The aim of this study was to determine if changes in Australian Federal health policy have influenced individual behaviour regarding utilisation of private health insurance in Western Australia.

Method : The WA Data Linkage System was used to extract all hospital morbidity records in Western Australia from 1980 to 2001. For each individual, episodes were grouped into hospital couplets classified according to the mix of public and privately insured events. Logistic regression

was used to estimate the likelihood of switching towards or away from the private sector, according to the time between episodes in each of five health care policy eras.

Results : The odds of a switch away from the private sector increased by 29% with each additional year between episodes, while the odds of a switch towards the private sector increased by 15% per intra-couplet year. In those with a private first episode the odds of switching decreased approximately exponentially across the five eras whereas the odds of switching in those with a public first episode stabilised after 1985. In the last era (1999–2001) the odds of switching away from the private sector reduced substantially.

Conclusion : Our analysis suggests that the recent policies supporting PHI (30% rebate and Lifetime Health Cover) appear to have been effective at modifying individual behaviour to reduce the drift away from the private sector. However, the reported increases in utilisation of PHI were only partially explained by switching of existing demand in patients who had been previously hospitalised as public patients, suggesting that the policy reforms had generated, rather than merely shifted, demand for health care. This finding has significant policy implications for Australia.

► Espagne

MONTERO-GRANADOS (R.)

Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980–2001).

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007/03; vol 64 : n° 6 : 1253-1264

Cote Irdes : P103

This study measures the process of convergence in the state of health among the provinces and regions of Spain during 1980–2001 in order to analyse the possible influence of the decentralisation of healthcare management to the regions in this period. Sigma and beta convergence models, traditionally employed in macroeconomics, have been used, taking Life Expectancy at Birth (LEB) and Infant Mortality (IM) as health indicators. The analysis was carried out at two territorial levels : provinces and regions. The results reveal that the process of decentralisation either does not affect convergence or leads to divergence in health. Indeed, in the case of IM the so-called change of role scenario seems to have occurred. Thus, certain provinces with initially poor indicators have improved, overtaking those that were originally in a better position. The final result, however, is of greater dispersion than initially.

► États-Unis

OLIVERA (P.)

Competition among differentiated health plans under adverse selection.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2007/03; vol 26 : n° 2 : 233-250

Market power and adverse selection are prevalent features of the market for pre-paid health plans. However, most of the literature on adverse selection considers extreme cases : either perfect competition or monopoly. If instead health plans are horizontally differentiated, then (i) profits derived from each low risk are higher than from each high risk and (ii) when the profits derived from each high risk are negative (cross-subsidization), a health authority as informed as the health plans can implement a Pareto-improvement. Both local and global deviations from cross-subsidization are addressed within a Nash equilibrium framework.

33979

FASCICULE

PERIVIER (H.)

Observatoire Français des Conjonctures
Économiques. (O.F.C.E.).
Paris. FRA

Dix ans après la réforme du welfare américain.

LETTRE DE L'OFCE (LA)
2007/01/10; vol. : n° 279 : 4 p., graph.
Cote Irdes : P105

In 1996, the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act had been voted by the US Congress. It associated welfare and work. The Aid for Families with Dependent Children Progra had been replaced by the Temporary Assistance for Needy Families (TANF). Under TANF, the support is limited to 5 years per beneficiary. The states received fixed block grants and had broad flexibility to design their own rules for their cash assistance programs, and broad authority to use the block grant resources for other programs outside of cash assistance to assist low-income families, promote marriage, and reduce non-marital childbearing. During the 1990's, employment rates of single mothers have increased, the poverty has decreased and the number of families receiving cash assistance through TANF programs has declined. But more than half of the decrease in social caseloads is due to the fact that eligible individuals do not claim the transfer. The 2002 tougher labor market has made it more difficult for unskilled people to find a job. The number of persons, who are "disconnected" from both

the labor market and the welfare system, has grown over time. Even if it has reduced poverty, the workfare has failed to support the poorest families.

KENNEDY (J.), MORGAN (S.)

Health care access in three nations : Canada, insured America and uninsured America.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES
2006/11; vol 36 : n° 4 : 697-717
Core Irdes : P33

This analysis provides new statistics for one of the oldest and fiercest debates in American health policy : whose residents have better access to health care, the United States' or Canada's? Data from the 2002–2003 Joint Canada U.S. Survey of Health show that, despite major differences in their health systems, most Canadians and Americans get the care they need. However, one group of Americans is much more likely to report serious access barriers — the uninsured. About one-third of currently or recently uninsured Americans, aged 18 to 64, said they could not get needed health care (over three times the rate of insured Americans or Canadians). Compared with Canadians and insured Americans, the uninsured are less likely to use hospital or physician services, and those who do are less satisfied with the care they receive. They are also less likely to purchase prescribed medications, due to cost. From a consumer perspective, the most salient feature of the Canadian system is its universality. In contrast, insured Americans under age 65 are at risk of losing their insurance and facing substantial access barriers.

► Europe

MAARSE (H.)

The Privatization of Health Care in Europe : An Eight-Country Analysis.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS
POLICY AND LAW
2006/10; vol 31 : n° 5 : 981-1014
Cote Irdes : P82

This article presents an analysis of recent changes in the public-private mix in health care in eight European countries. The leading question is to what extent a process of privatization in health care can be observed. The framework for the analysis of privatization draws on the idea that there are multiple public/private boundaries in health care. The overall picture that emerges

from our analysis is diverse, but there is evidence that health care in Europe has become somewhat more private. The growth of the public fraction in health care spending has come to an end since the 1980s, and in a few countries the private fraction even increased substantially. We also found some evidence for a shift from public to private in health care provision. Furthermore, there are signs of privatization in health care management and operations, as well as investments. Specific attention is spent on the identification of factors that push privatization forward and factors that work as a barrier to privatization.

VAN DER SCHEE (E.), BRAUN (B.)

**Public trust in health care :
A comparison of Germany,
The Netherlands, and England
and Wales.**

HEALTH POLICY

2007/04 ; vol. 81 : n° 1 : 56-67

Cote Irdes ; P92

This article describes public trust in health care in three European countries. Public trust is a generalised attitude, influenced by people's experiences in contacts with representatives of institutions, in its turn influencing how people enter these contacts. In general, people in Germany have less trust in health care, while people in England and Wales have the highest trust levels. Cultural differences between the three countries could be an important source of differences. That makes public trust a less straightforward candidate for use as indicator of the future oriented dimension of user views in an international, comparative performance framework.

33719

ARTICLE

GRIGNON (M.)

**La question de la régulation des systèmes
de santé : éléments d'analyse économique.**

*Réformes et régulation
des systèmes de santé en Europe.*

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 ; vol. : n° 2-3 : 43-62

Cote Irdes : C, P59

Cet article passe en revue les principaux modes de régulation des systèmes de santé en Europe et dans les pays riches. Cette régulation vise à concilier quatre objectifs contradictoires : obtenir la meilleure qualité possible pour une dépense contenue, en assurant une distribution équitable et en encourageant l'innovation. L'équité est souvent considérée comme hors champ ; seuls

les pays à allocation descendante de ressources en font un problème de régulation à part entière. Mais l'essentiel de la régulation s'intéresse à la conciliation qualité coût total. Deux approches peuvent être distinguées : l'une traite les producteurs comme des facteurs de production sous la conduite du régulateur, l'autre traite au contraire les producteurs comme des offreurs sur un marché et incite ceux-ci à se conduire de façon optimale pour soigner au mieux sans dépenser trop.

33720

ARTICLE

VELASCO-GARRIDO (M.), SCHEYROGG (J.),
STARGARDT (T.), BUSSE (R.)

**Description des paniers de soins
dans neuf pays de l'Union européenne.**

*Réformes et régulation des
systèmes de santé en Europe.*

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 ; vol. : n° 2-3 : 91-120

Cote Irdes : C, P59

Cet article décrit les paniers et catalogues de soins définis dans neuf États membres de l'Union européenne (Danemark, France, Allemagne, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Pologne, Espagne et Angleterre). Bien que tous les pays étudiés disposent d'un panier de soins relativement exhaustif, le degré de précision des catalogues varie d'un pays à l'autre et, au sein d'un même pays, d'un domaine de soins à l'autre. Actuellement, différents catalogues, - systèmes de rémunération, recommandations de pratique clinique, conventions médicales - sont en place et une harmonisation européenne des paniers de soins ne semble pas envisageable à court ou moyen terme.

33721

ARTICLE

HARTMANN (L.), ULMANN (P.), ROCHAIX (L.)

**Régulation de la demande de soins
non programmés en Europe : comparaison
des modes d'organisation de la permanence
des soins en Allemagne, Espagne,
France, Italie, Royaume-Uni et Suède.**

*Réformes et régulation des systèmes de santé
en Europe.*

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 ; vol. : n° 2-3 : 121-140

Cote Irdes : C, P59

La régulation de la demande de soins non programmés suscite actuellement, dans la plupart des pays d'Europe, des réflexions, voire des réformes d'ampleur qui visent à prendre en

compte les évolutions des modes d'exercice des médecins et à atténuer certains des dysfonctionnements des systèmes actuels de permanence des soins. Les auteurs s'interrogent sur une éventuelle convergence des modèles alternatifs de régulation de la demande dans quelques-uns des pays retenus. L'article présente, d'une part, les caractéristiques et les limites des modèles traditionnels d'organisation de la permanence des soins et, d'autre part, les nouvelles formes de régulation de la demande de soins non programmés. Un modèle commun semble ainsi se dessiner, sous la forme d'un centre unique d'appels; l'émergence de ce modèle est non seulement soutenue par les nouvelles technologies de l'information et de la communication, mais aussi par la capacité des systèmes de santé à concevoir de nouveaux rôles professionnels, à responsabiliser la demande de soins et à confronter régulièrement son fonctionnement à une évaluation économique.

33722

ARTICLE

HARTMANN (L.), ULMANN (P.), ROCHAIX (L.)

L'accès aux soins de premier recours en Europe : éléments de présentation.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE

DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 171-189

Cote Irdes : C, P59

La mise en œuvre est souvent négligée dans les analyses comparatives de la régulation des dépenses de santé. La prise en compte de cette dimension réintroduit la diversité nationale des trajectoires de réformes, alors que les approches centrées sur les modèles institutionnels et les données financières en estompent les différences, mettant l'accent sur les transferts internationaux d'idées et les contraintes économiques communes. La comparaison présentée ici, de la mise en œuvre de la régulation des dépenses de santé dans les pays d'inspiration bismarkienne (Allemagne, France, Pays-Bas, Espagne), montre une incapacité inégale à réaliser le changement, variant en fonction du système d'acteurs et notamment des rapports entre l'État et l'assurance maladie. L'analyse s'attache également aux réformes de structures visant à modifier l'architecture d'origine au profit de nouveaux opérateurs qui diffèrent des réformes de gestion, cherchant à s'affranchir d'une administration opaque et à promouvoir une approche médico-économique liant rigueur managériale et qualité médicale. Enfin, trois niveaux sont distingués dans la conduite des réformes requérant, chacun, des conditions spécifiques de mise en

œuvre : le niveau de l'arbitrage politique entre l'économique et le social, celui du retrait de l'État au profit d'une régionalisation ou d'une privatisation de la gestion des systèmes, celui enfin de l'introduction de nouveaux schémas de management médico-économique (Résumé d'auteur).

33771

ARTICLE

BROWN (L.D.)

Remèdes, financement public et insatisfaction politique. La réforme de la politique de santé en Europe vue par un chercheur américain.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 313-329

Cote Irdes : C, P59

Dans les pays occidentaux, la réforme du système de santé est devenue une quête incessante qui met en concurrence une multitude de stratégies visant à ce que le système fonctionne mieux. Bien que des chercheurs et analystes spécialistes de la politique de santé centrent leur attention sur les solutions destinées à améliorer le fonctionnement des systèmes de soins (médecine basée sur des faits, technologies de l'information par exemple) ou à le transformer (définition de priorités, concurrence régulée), dans la pratique, les réformes qui continuent d'occuper le devant de la scène sont celles qui ont vocation d'assurer la viabilité financière du système de santé en trouvant des recettes supplémentaires. C'est finalement à une discipline traditionnelle, en l'occurrence la finance publique, qu'il faut redonner une place dans les débats sur la réforme de la santé (Résumé d'auteur).

► Israël

33980

ARTICLE

MACHNES (Y.)

The demand for private health care under national health insurance.

La demande pour les soins de santé privés au sein du régime obligatoire d'Assurance maladie.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2006/12; vol. 7 : n° 4 : 265-269, 3 tabl.

Cote Irdes : P151

This study explores the demand for private health care and supplemental health insurance in Israël, where universal national health insur-

ance provides all inhabitants with a standard package of medical care. Our theoretical model and empirical study follow research previously conducted in four other countries. It was found that the self-employed in Israël demand more private health services and supplemental health insurance than wage-earners. Income, age, education, health status, marital status, origin, and profession were found to play a part in explaining these demands.

► Italie

33769

ARTICLE
FARGION (V.)

**Le système de santé italien :
évolution de la répartition des
compétences et du mode de financement.**

Réformes et régulation des
systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 285-311, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P59

Cet article porte sur les principales difficultés auxquelles est actuellement confrontée la politique de santé italienne, en particulier après la réforme constitutionnelle de 2001 et l'adoption de la législation sur le fédéralisme fiscal. La deuxième partie présente l'évolution de la politique de santé et ses réformes, notamment à partir de 1992. La troisième partie aborde les questions de financement (D'après introduction d'auteur).

► Japon

33194

ARTICLE
FOURRIER (M.A.)

**Prise en charge des personnes âgées
au Japon : un modèle original. 1^{re} partie.**

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2006/05-06; vol. : n° 510 : 58-62

Cote Irdes : C, P22

Depuis la fin des années 80, le Japon est confronté à un phénomène majeur de vieillissement de sa population dû aux effets conjugués de l'augmentation de la longévité de sa population et à la chute de la natalité. Le Japon vieillit rapidement. En 2025, la cohorte de 65 ans et plus représentera 27% de la population. Aucun pays n'a connu un changement aussi brutal. Contrairement à la France, le Japon ne vit pas ce phénomène démographique exceptionnel (le *Koreika shakai*) comme un facteur de décadence

ce dramatique mais le transforme en atout économique et social. La société japonaise s'ajuste à cette mutation, avec ce mélange étonnant pour le *Gaijin* (étranger) d'adaptation technique et comportementale, et de préservation des valeurs sociales profondes.

33213

ARTICLE
FOURRIER (M.A.)

**Prise en charge des personnes âgées au
Japon : un modèle original. 2^e partie.**

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2006/07-08; vol. : n° 511 : 60-65

Cote Irdes : C, P22

Le Japon a pris conscience dans les années 1990 de la gravité du problème qu'allait poser l'accélération exceptionnellement rapide du vieillissement de sa population. Il a mis en place, en un temps record, un système de prise en charge des personnes âgées d'inspiration cosmopolite, empruntant à chacun des modèles existant ce qu'il avait réussi le mieux. Financé par un régime original, il a trouvé sa pierre angulaire dans la formule des *care managers*, inspirée du modèle britannique. À l'instar de la société scandinave, il a su donner la priorité au maintien à domicile. Et s'il présente, comme tout système, des limites, il apparaît aujourd'hui comme une source d'inspiration remarquable pour nos sociétés occidentales (Résumé d'auteur).

► Norvège

AAKVIK (A.), HOLMAS (T.H.)

**Access to primary health care and health
outcomes : The Relationships between GP
characteristics and mortality rates.**

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2006/11; vol. 25 : n° 5 : 1139-1153

Cote Irdes : P79

This paper analyses the impact of economic conditions and access to primary health care on health outcomes in Norway. Total mortality rates, grouped into four causes of death, were used as proxies for health, and the number of general practitioners (GPs) at the municipality level was used as the proxy for access to primary health care. Dynamic panel data models that allow for time persistence in mortality rates, incorporate municipal fixed effects, and treat both the number and types of GPs in a district as endogenous were estimated using municipality data from 1986 to 2001. We reject the significant relationship between mortality and the number of GPs per capita found in most previous studies. However, there is a significant effect of the composition of GPs,

where an increase in the number of contracted GPs reduces mortality rates when compared with GPs employed directly by the municipality.

MAGNUSSEN (J.), HAGEN (T.P.)

Centralized or decentralized?

A case study hospital reform.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007/05; vol 64 : n° 10 : 2129-2137

Cote Irdes : P103

In recent years, decentralization of financial and political power has been perceived as a useful means to improve outcomes of the health care sector of many European countries. Such reforms could be the result of fashionable policy trends, rather than being based on knowledge of "what works". If decentralization is the favored strategy in health care, studies of countries that go against the current trend will be of interest and importance as they provide information about the potential drawbacks of decentralization. In Norway, specialized health care has recently been recentralized. In this paper, we review some of the evidence now available on the economic effects of recentralization. Although recentralization has been associated with improvements in both cost efficiency and technical efficiency this may have been caused by the increasing role of activity-based funding methods used in the allocation of health care resources. However, recentralization was also associated with an increase in the rate of growth of real resources and the proportion of total costs being met by supplementary funding. As a result, recentralization failed to address the issues of cost containment and reductions in budget deficits.

► Pays-Bas

33766

ARTICLE

COHU (S.), LEQUET-SLAMA (D.),
VOLOVITCH (P.)

Pays-Bas : une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 217-238

Cote Irdes : C, P59

Après avoir dans un premier temps décrit le système d'assurance santé aux Pays-Bas en soulignant les caractéristiques du système favorable à une réforme centrée sur la concurrence, cet

article analyse l'ensemble de la nouvelle réforme et les divers dispositifs qui les accompagnent : péréquation des risques entre assureurs, papiers de biens et services standards, nouvelle tarification des actes, sensibilisation des usagers aux prix. Enfin, il s'attache aux débats qui ont lieu aux Pays-Bas autour de cette réforme et aux interrogations qui subsistent quant à la réussite et la viabilité de ce système fondé entièrement sur la concurrence et la privatisation de l'assurance santé.

► Pays industrialisés

33176

ARTICLE

CHEVALIER (F.)

Les dépenses de santé dans l'économie dans des pays de l'OCDE.

GESTIONS HOSPITALIÈRES

2006/06-07; vol. : n° 457 : 388-392

Cote Irdes : C, P67

Les systèmes de santé des pays développés se trouvent confrontés à des enjeux complexes et parfois contradictoires : des attentes de plus en plus grandes des citoyens en matière de santé et une volonté de maîtriser les ressources publiques qui y sont consacrées. Deux économistes, Michel Grignon et Philippe Ulmann, apportent un éclairage sur l'évolution des dépenses de santé dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) depuis une trentaine d'années, afin de mieux situer les enjeux des réformes en cours. Doit-on considérer les dépenses de santé comme un poids pour l'économie ou comme un de ses moteurs ? À partir de cette question, leur étude dresse le panorama des interactions macroéconomiques entre dépenses de santé, état de santé des populations et croissance économique. La santé est un objet d'étude pour la science économique. L'économie de la santé s'intéresse à la fois à l'obtention, à la diffusion et à l'utilisation de la santé dans une population en tant que - bien économique - et à la manière d'obtenir le meilleur état de santé individuel ou collectif à l'aide des moyens financiers, techniques et humains disponibles. Partant du principe que - la santé n'a pas de prix -, les détracteurs de cette approche économique de la santé ont longtemps été nombreux. Pourtant, l'économie de la santé commence à s'imposer dans la société française et à participer aux débats sur les réformes.

33718

ARTICLE
COLOMBO (F.), MORGAN (D.)

Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES
AFFAIRES SOCIALES
2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 19-42
Cote Irdes : C, P59

Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé continuent d'augmenter et représentent désormais, en moyenne, près de 9% du PIB. Le coût élevé des systèmes de santé et le poids qu'ils représentent pour les finances publiques ont placé leur soutenabilité financière au cœur des priorités des pouvoirs publics. Les progrès des techniques médicales, le vieillissement de la population et l'accroissement de ses exigences vis-à-vis du système de santé sont autant de facteurs qui ont entraîné la hausse des dépenses observée ces dernières années. S'appuyant sur des données relatives aux trente pays membres de l'OCDE, les auteurs examinent les grandes caractéristiques de l'évolution des dépenses de ces dernières décennies, en effectuant une comparaison entre les pays de l'OCDE.

► Portugal

33770

ARTICLE
FERRINHO (P.), CONCEICAO (C.),
BISCAIA (A.R.), FRONTEIRA (I.),
ANTUNES (A.R.)

Soixante années de réformes du système de santé portugais : la décentralisation dans le domaine de la santé. Point de vue.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES
AFFAIRES SOCIALES
2006/04-09; vol. : n° 2-3 : 313-329
Cote Irdes : C, P59

Cet article passe en revue soixante années de réformes du système de santé portugais, en examinant et en analysant la place et les effets de la décentralisation dans les stratégies de réforme (D'après introduction d'auteur).

► Royaume-Uni

GREEN (A.), ROSS (D.)

Primary Health Care and England : The coming of age of Alma Ata ?

HEALTH POLICY
2007/01; vol 80 : n° 1 : 11-31
Cote Irdes : P92

The Alma Ata Declaration is now 28 years old. This article uses its framework to assess the changes that have occurred in recent years in the English health system. It summarises the health reform changes that have occurred internationally and those in the English health system in two eras, pre- and post-1997 – when the Labour Party came to power. It concludes that linked forces of managerialism and consumerism have had an impact on the health system which has undergone a number of structural changes in recent years. It suggests that the original Alma Ata focus on equity is being modified by the concept of choice. The tensions between central priorities, often reflected in targets, and local accountability and needs are explored. There appears to be a greater interest in seeking genuine health (rather than solely health care) change, with attendant public health and partnership policies, however the gap between policy and practice still needs to be bridged, and questions as to the appropriate locus and leadership for health promotion activities addressed. However there have been numerous institutional changes which carry the danger of distracting from the purpose of achieving health change, and which continue to raise questions as to the appropriateness of a market model for health. Finally the paper argues that the PHC framework of Alma Ata remains a useful framework for assessing health systems, but needs to be tailored to, and prioritised within, a political dynamic.

ALLEN (P.)

New localism in the English National Health Service : What is it for ?

HEALTH POLICY
2006/12; vol 79 : n° 2-3 : 244-252
Cote Irdes : P92

This paper discusses the decentralisation in the English National Health Service (and the new-organisational form of Foundation Trusts, in particular) in the context of the trend for decentralising public services generally since the New Labour government started its second term of office in 2001. It considers the likelihood of decentralisation achieving the aims policy makers have set : these are better services and an increase in local people's participation in the planning and running of services (active citizenship). Looking at the

evidence to date, both about decentralisation of health services and about Foundation Trusts, the achievement of these goals seems uncertain.

33768

ARTICLE

MASON (A.), SMITH (P.C.)

Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 ; vol. : n° 2-3 : 265-284, tabl.

Cote Irdes : C, P59

Cet article porte sur la régulation financière du système de santé en Angleterre. Après un rapide historique, il présente la structure institutionnelle actuelle avant de s'intéresser aux instruments de régulation et à l'organisation financière du système. Pour conclure, il propose une analyse critique de certaines des réformes en cours, en soulignant que l'Angleterre peut être une source d'inspiration pour d'autres pays cherchant à réformer leur système de santé. Toutefois, le système de santé anglais traverse actuellement une période de fortes turbulences, de nombreux éléments de son mode de financement étant en cours de redéfinition. Ces transformations rendant l'évaluation de l'impact des réformes difficiles, nombres des conclusions présentées ont inévitablement un caractère hypothétique (Résumé d'auteur).

WALDAU (S.)

Local prioritisation work in health care : Assessment of an implementation process.

HEALTH POLICY

2007/05 : vol 81 : n° 2-3 : 133-145

Cote Irdes : P92

Political, horizontal prioritisation requires knowledge on local health care resource use on unit or patient group level. This in turn requires unit level structures (meeting forums) and processes for creation of knowledge and continuous, open decision-making on prioritisation. Ideally, for decisions to be legitimate, such procedures should meet the "Accountability for reasonableness" — criteria of Daniels and Sabin [Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. British Medical Journal 2000 ; 321 : 1300–1]. A strategy, aiming at shaping such an organisational culture, was developed and set to work within a regional health care organisation, responsible for around 250 000 inhabitants. This pilot study regarding topic and methodology assesses the changes of

knowledge in open prioritisation as well as structures, processes for and results of such work on unit level in that organisation 1998 through early 2005. Initial interviews and two consecutive surveys were analysed. Results indicate that only early adopters respond to the surveys and among them a growing knowledge in priority setting, acceptance of personal leadership for local priority setting work and recognition of a need for adequate structures and processes. Among respondents, one could note a development.

► Suède

33310

ARTICLE

PALIER (B.)

Un système régionalisé en constante évolution : le modèle suédois.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ

2006 ; vol. : n° 12 : 29-36

Cote Irdes : P168

Le système de santé suédois a fait l'objet d'une constante redistribution des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernement, donnant aux gouvernements locaux une grande marge de manoeuvre politique. Décentralisation accrue, contrôle des budgets et des coûts, introduction des mécanismes du marché, transferts de l'offre de soins, rémunération à l'activité : ces évolutions n'ont pas entraîné de détérioration de la qualité des résultats de santé, au contraire. Même si elles ont accru certaines inégalités et appelé un récent mouvement de reconcentration du contrôle et des décisions, les capacités d'adaptation du système de santé suédois restent remarquables.

► Suisse

33767

ARTICLE

BOLGIANI (I.), CRIVELLI (L.),
DOMENIGHETTI (G.)

Le rôle de l'Assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANÇAISE DES

AFFAIRES SOCIALES

2006 / 04-09 ; vol. : n° 2-3 : 239-262, graph.

Cote Irdes : C, P59

Cet article est structuré en quatre chapitres : le premier décrit, compris dans une perspective historique les grandes lignes du modèle suisse d'Assurance maladie ; le deuxième chapitre tire

un bilan du rôle régulateur de l'Assurance maladie et de la concurrence entre assureurs tandis que la troisième partie traite des réformes majeures du système en discussion au parlement. La conclusion illustre les clivages à surmonter pour une réforme significative du modèle actuel, et esquisse un scénario catastrophe suite à une probable absence de réforme (Tiré de l'introduction d'auteur).

► Union européenne

RUSESKI (J.)

Analysis of Healthcare Financing, Supply and Utilisation Trends in the New EU Countries.

APPLIED HEALTH ECONOMICS
AND HEALTH POLICY

2006; vol. 5 : n° 4 : 216-234

Cote Irdes : P181

The EU expanded in 2004 to include eight transition countries, i.e. Central and Eastern European (CEE) and newly independent states of the former Soviet Union, and two other CEE countries are scheduled to join the EU in 2007. Each of these countries has undertaken substantial healthcare reform efforts over the past 15 years. The paths of healthcare reform are diverse for a number of reasons including differences in initial economic, political and structural conditions. The objective of this article is to evaluate the process and preliminary outcomes of healthcare reform in the new EU and candidate countries by analysing trends in aggregate financing, supply and utilisation indicators using data drawn from the WHO Health for All database. The analysis is done in the context of an analytical framework built around common healthcare reform themes. The key reform measures examined include implementing social insurance systems, implementing payment systems that promote efficiency, and removal of excess capacity. The trend analysis highlights the importance of the economic, political and social context in driving the direction and pace of healthcare reform. For example, the transition to social insurance systems was smoother in countries with stronger economies and political commitment to reform. Policies aimed at improving the efficiency of the healthcare system, reducing utilisation and reducing excess capacity were met with some success in all of the countries. However, the reform effort continues as the countries are still addressing the initial challenges of insufficient funding, informal payments, excess capacity and inefficiencies in the provision of healthcare.

► Analyses économiques

33753

ARTICLE

BARBUI (C.), LINTAS (C.)

Decision models in the evaluation of psychotropic drugs : useful tool or useless toy ?

Modèles de décision dans l'évaluation des médicaments psychotropes : outil utile ou jouet inutile ?

EUROPEAN JOURNAL

OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2006/09; vol. 7 : n° 3 : 173-175

Cote Irdes : P151

A current contribution in the European Journal of Health Economics employs a decision model to compare health care costs of olanzapine and risperidone treatment for schizophrenia. The model suggests that a treatment strategy of first-line olanzapine is cost-saving over a 1-year period, with additional clinical benefits in the form of avoided relapses in the long-term. From a clinical perspective this finding is indubitably relevant, but can physicians and policy makers believe it? The study is presented in a balanced way, assumptions are based on data extracted from clinical trials published in major psychiatric journals, and the theoretical underpinnings of the model are reasonable. Despite these positive aspects, we believe that the methodology used in this study-the decision model approach-is an unsuitable and potentially misleading tool for evaluating psychotropic drugs. In this commentary, taking the olanzapine vs. risperidone model as an example, arguments are provided to support this statement.

33981

ARTICLE

OLSEN (K.R.), BILDE (L.)

Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions : Subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database.

Analyse coût-efficacité des interventions de sevrage tabagique au Danemark : analyse d'un sous-groupe à partir de la base de données danoise de sevrage tabagique.

EUROPEAN JOURNAL OF
HEALTH ECONOMICS (THE)

2006/12; vol. 7 : n° 4 : 255-264, 6 tabl., 3 fig.

Cote Irdes : P151

The cost-effectiveness of smoking cessation interventions is well documented. However, most

studies are based on randomized controlled trials (RCTs) and provide little information on the differences between subgroups. This study assessed the relative cost-effectiveness of smoking cessation interventions offered to various subgroups of smokers, based on real-life data. Regression analyses provided information on the factors determining abstinence and costs and led to the formation of relevant subgroups of smokers. Probabilistic Markov modeling was then used to estimate the relative cost-effectiveness of smoking cessation interventions for the entire database population and for the subgroups compared to a no-intervention case. The ICER for the base case population was estimated at < euro > 1,358. This is consistent with results from the existing literature. Group simulations showed lower ICERs for men, hospitals, and light smokers and falling ICERs with increasing age. Despite differences in the cost-effectiveness ratios between subgroups our results do not justify any kind of subgroup differentiation in a smoking prevention policy.

34087

ARTICLE

ABALLEA (S.), MARTIN (M.),
CHANCELLO (J.), CARRAT (F.),
DRUMMOND (M.), WEINSTEIN (M.)

Analyse coût-efficacité de la vaccination contre la grippe chez les personnes de 50 à 64 ans en France.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/10; vol. 24 : n° 6 : 267-285, rés., tabl., fig.
Cote Irdes : P85

La vaccination anti-grippale est actuellement recommandée, et remboursée, pour les personnes de plus de 65 ans et certaines personnes à risque de complications de la grippe. L'extension du programme de vaccination actuel à toutes les personnes de plus de 50 ans pourrait réduire l'incidence des hospitalisations et décès causés par la grippe ainsi que les coûts d'absentéisme associés. Un modèle d'analyse de décision a été développé pour comparer les coûts et conséquences associés à deux programmes de vaccination chez les 50-64 ans : l'un basé sur une recommandation ciblant les personnes à risque de complications, l'autre étendant cette recommandation à l'ensemble de cette tranche d'âge. L'analyse a été conduite sur un horizon temporel de un an, dans deux perspectives : assurance maladie et sociétale. [...] Conclusions : l'extension de la vaccination à toutes les personnes de 50 à 64 ans serait une mesure coût efficace en France, dans les deux perspectives considérées (Résumé d'auteur).

► Recherche en santé

33928

ARTICLE

KURUVILLA (S.), MAYS (N.),
PLEASANT (A.), WALT (G.)

Describing the impact of health research : a research impact framework.

Elaboration d'un cadre conceptuel pour décrire l'impact de la recherche en santé.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2006; vol. 6 : n° 134 : 1-55, tabl.
Cote Irdes : B5776

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/134>

Researchers are increasingly required to describe the impact of their work, e.g. in grant proposals, project reports, press releases and research assessment exercises. Specialised impact assessment studies can be difficult to replicate and may require resources and skills not available to individual researchers. Researchers are often hard-pressed to identify and describe research impacts and ad hoc accounts do not facilitate comparison across time or projects. The Research Impact Framework was developed by identifying potential areas of health research impact from the research impact assessment literature and based on research assessment criteria, for example, as set out by the UK Research Assessment Exercise panels. A prototype of the framework was used to guide an analysis of the impact of selected research projects at the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Additional areas of impact were identified in the process and researchers also provided feedback on which descriptive categories they thought were useful and valid vis-à-vis the nature and impact of their work.

► Recommandations

34274

ARTICLE

LAURE (P.), TREPOS (J.Y.)

Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes.

SANTÉ PUBLIQUE
2006/12; vol. 18 : n° 4 : 573-584, tabl.
Cote Irdes : P143

L'objectif de cette étude est de comprendre les représentations des médecins généralistes par rapport aux recommandations professionnelles. Deux échantillons de praticiens exerçant la médecine générale libérale ont été étudiés selon deux méthodes d'analyse : la méthode des scénarios, adressés par courrier à des médecins appartenant

à un réseau de recueil de données et la méthode de table-ronde rassemblant des volontaires ayant répondu au scénario et tirés au sort. Deux cent soixante dix-neuf réponses ont été reçues, parmi lesquelles 252 hommes et 27 femmes (taux de retour de 80%). Onze médecins dont 4 femmes ont participé à la table ronde. L'analyse des résultats montre que l'adhésion au scénario est très bonne. Seuls 39% des répondants estiment que les recommandations sont peu utiles. L'idéal-type de l'univers des réponses est constitué. Cinq thèmes ressortent du débat, dont les deux principaux sont l'élaboration des recommandations et l'opposition mesurée entre médecin individuée et épidémiologie. La majorité des médecins considère les recommandations comme un atout, à la fois comme outil et comme incitation, bien qu'ils les jugent difficiles à tenir et qu'ils demandent à les améliorer.

► Réseaux de soins

34599

ARTICLE

DOMINIAC (G.), CHARLOIS (A.L.),
PERCEVAL (M.), LAVILLE (M.), COLIN (C.),
TOUZET (S.)

Évaluation économique des réseaux : apport d'expériences.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/11-12; vol. 24 : n° 7-8 : 403-414, rés., tabl.,
ann.

Cote Irdes : P85

L'évaluation des réseaux de santé est une obligation juridique. Son versant économique doit permettre d'apprécier les coûts afférents au réseau. Si des recommandations méthodologiques sont proposées par des documents de référence, les modalités de réalisation pratique sont peu documentées. Notre objectif a été de déterminer, sur la base d'analyse d'expériences d'évaluations économiques, l'intérêt de différents choix méthodologiques. Nous avons étudié les évaluations économiques de 6 réseaux : Resalis, Action Asthme Amiens, Groupama Partenaires santé, Revediab, Tircel, Réseau Périnatalité Bourgogne. Les schémas d'études descriptifs, « avant-après », avec ou sans groupe contrôle, et ici ailleurs ont été choisis. Conclusion : le niveau de preuve des évaluations observées est inférieur à celui attendu. Les difficultés pour obtenir des données fiables sur la consommation de soins, constituer un groupe contrôle et déterminer un critère de jugement cliniquement pertinent limitent la qualité de l'évaluation médico-économique. La formalisation d'échanges entre réseaux de thème identique pourrait aider à l'améliorer en proposant des protocoles d'évaluation méthodologiquement valides, tenant compte de la réalité du terrain (Résumé d'auteur).

► Entretien biographique

33983

ARTICLE

DEMAZIERE (D.)

Quelles temporalités travaillent les entretiens biographiques rétrospectifs ?

BULLETIN DE MÉTHODOLOGIE

SOCIOLOGIQUE

2007/01; vol. : n° 93 : 5-27

Cote Irdes : P97

Les entretiens biographiques ouverts et approfondis sont de nouveaux matériaux qui permettent de rendre compte des temporalités de parcours individuels. Mais cette contribution répond à des conditions épidémiologiques, théoriques et méthodologiques bien différentes de celles qui gouvernent les usages des questionnaires fermés et des calendriers chronologiques précodés. Les matériaux discursifs que sont ces entretiens ont de fortes spécificités : l'interviewé est la principale source de sélection de l'information, les épisodes racontés sont rapportés d'un point de vue subjectif, les événements mis en mots sont interprétés. Ainsi la temporalité des récits biographiques est indissociable de processus narratifs, mais réciproquement, la mise en intrigue de sa propre histoire suppose la production d'une trame temporelle. Tel est le sujet analysé dans cet article.

► Épidémiologie

33665

ARTICLE

AELVOET (W.), MOLENBERGHS (G.),
VAN SPRUNDEL (M.)

Universiteit Antwerpen. Vakgroep Epidemiologie
en Sociale Geneeskunde.

Antwerpen. BEL

Mortality statistics in Belgium 1980-1997.

Quality of coding.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2005; vol. 63 : n° 3 : 127-148

Cote Irdes : C, P98

Aim : To determine to which extent and how coding errors affect the Belgian mortality statistics. Methods : According to rules and notes of the ICD-9 Classification, an automated programme was developed and applied to the Belgian 1980-1997 mortality data. In addition to this, a recoding exercise has been carried out in collaboration with the French WHO Coding Reference Centre on a systematic sample of 566 certificates. Main

findings : The number of errors decreased significantly over time (from about 100% of errors to 10), but the pattern of errors changed in time and in magnitude, according to region of residence and age group (higher error rates in the higher age group, lower error rates in Brussels). The high proportion of certificates, mentioning only one cause of death, prevented to study these phenomena according to type of pathology. Moreover, we found that the real error rate is much higher than that established by the automated programme as shown by the recoding exercise, which determined a four times higher error rate. Principal conclusions : Notwithstanding the improved quality of our mortality data, a continuous effort of quality assurance and of the timely availability of the statistics is mandatory. It aims essentially at the accuracy of the coding, in which comparisons with other registers are essential, and at the allocation of the necessary resources. Due to shortcomings of the past, one has to be cautious by the interpretation of our older mortality data and of time trends.

► Lecture critique

33633

ARTICLE
REVUE PRESCRIRE
Paris, FRA

Mettre l'enseignement de la lecture critique au service des soins.

REVUE PRESCRIRE
2006/10; n°276 : 701-702
Cote Irdes : P80

La lecture critique est l'une des étapes de la démarche des soins fondés sur les niveaux de preuves, alias EBM. Dans cette démarche, le soignant, après avoir formulé une question précise et interrogé les bases de données bibliographiques, est censé analyser de manière critique la qualité méthodologique des publications originales et des synthèses répondant à la question posée, afin de sélectionner les données scientifiques qui méritent l'attention.

34373

ARTICLE
DAVIDSON (A.C.), SARDY (S.)

Méthode de rééchantillonnage pour l'estimation de variance en sondage.

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE DE STATISTIQUE
2006; vol. 147 : n° 3 : 3-32
Cote Irdes : P176

Cet article passe en revue des techniques de rééchantillonnage utilisées pour l'estimation de variance en sondage utilisant le calage et l'imputation. Les techniques de rééchantillonnage considérées sont basées sur la linéarisation, le jackknife, les répliques équilibrées répétées, et le bootstrap. L'objectif est d'obtenir des conclusions pratiques basées sur des considérations théoriques et des comparaisons empiriques. Parmi les méthodes de rééchantillonnage, le bootstrap semble être préférable par sa flexibilité d'utilisation et sa stabilité. Pour les sondages massifs, la linéarisation a l'avantage de diminuer le fardeau de calcul.

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

► Conditions de travail

34399

ARTICLE
GOLLAC (M.)

L'intensité du travail : formes et effets.

REVUE ÉCONOMIQUE
2005/03; vol. 56 : n° 2 : 195-216, 3 tabl.
Cote Irdes : P57

La transformation des organisations, au cours des années 1980 et 1990, s'est accompagnée de l'apparition ou de la diffusion de diverses formes d'intensité du travail. Cette intensification est une cause de la dégradation des conditions de travail ressentie par les salariés. Toutes choses égales par ailleurs, l'intensité du travail est associée à une augmentation des pénibilités physiques et psychologiques et des risques. Les organisations déficientes, maîtrisant mal la complexité, sont particulièrement pernicieuses. Cependant, l'intensification ne peut être assimilée à une dégradation générale du travail et du rapport au travail. Elle peut correspondre à un investissement de soi gratifié et gratifiant, tout en induisant un risque de souffrance mentale plus élevé.

34400

ARTICLE
ASKENAZY (P.)

Sur les sources de l'intensification.

REVUE ÉCONOMIQUE
2005/03; vol. 56 : n° 2 : 217-236, ann.
Cote Irdes : P57

L'intensification du travail et/ou la dégradation des conditions de travail des salariés européens semblent confirmées par de nombreuses études de cas, ou exploitations des enquêtes « conditions de travail ». Une littérature moins fournie s'interroge sur les déterminants de cette intensification. Trois hypothèses dominent comme facteurs mécaniques ou d'acceptation des conditions de travail dégradées : déterminisme technologique ou organisationnel, désyndicalisation, et peur du chômage. Cet article analyse ces hypothèses. En particulier, on propose une exploitation empirique originale de l'enquête « conditions de travail » française pour tester l'effet peur de perte d'emploi.

34401

ARTICLE
VILLEVAL (M.C.)

Nouvelles conditions de travail : satisfaction ou résignation ?

REVUE ÉCONOMIQUE
2005 / 03; vol. 56 : n° 2 : 237-256, 4 fig.
Cote Irdes : P57

34587

FASCICULE
MONNIER (A.)
Institut National d'Études
Démographiques. (I.N.E.D.).
Paris. FRA

Le baby-boom : suite et fin.

POPULATIONS ET SOCIÉTÉS
2007/02; vol. : n° 431 : 4 p., fig., tabl.
Cote Irdes : P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1227/publicli_pdf2_fr_431.pdf

En Europe, la cessation d'activité puis le décès des générations du baby-boom vont marquer les cinquante prochaines années. Mais les implications socio-économiques ne sont pas forcément celles que l'on croit. Si le nombre de jeunes d'âge actif va progressivement devenir inférieur à celui des personnes atteignant l'âge de la retraite, la réduction du chômage ne sera pas nécessairement mécanique : rien ne garantit en effet le remplacement systématique des départs en retraite, ni l'adéquation entre les emplois lais-

sés vacants et les profils des demandeurs. De même, les structures d'accueil pour personnes âgées ne seront pas inévitablement insuffisantes. Quoique plus nombreuses, les personnes âgées rejoindront les institutions plus tardivement parce qu'elles seront en meilleure santé. En revanche, l'augmentation de 20 à 40% du nombre de décès aura certainement des conséquences importantes sur les systèmes de santé. Et, parallèlement, le marché des services funéraires devrait connaître une expansion conséquente.

► Espérance de vie

33568

ARTICLE
MESLE (F.)

Progrès récents de l'espérance de vie en France : les hommes comblent une partie de leur retard.

POPULATION
2006/07-08; vol. 61 : n° 4 : 436-462, fig.
Cote Irdes : P27/1

Quels que soient le sexe et l'âge, l'espérance de vie n'a quasiment pas cessé d'augmenter en France depuis le début des années 1950. À la naissance, les femmes ont ainsi gagné 14,6 ans d'espérance de vie entre 1950 et 2005 et les hommes 13,3 ans. Au cours des deux dernières décennies, l'écart d'espérance de vie entre les sexes s'est stabilisé et a même commencé à se réduire. Cette réduction tient pour l'essentiel à une accélération des progrès masculins, mais un essoufflement des progrès féminins avant 60 ans est également perceptible. Aux âges les plus élevés, en revanche, les progrès se sont poursuivis à un rythme plus rapide pour les femmes que pour les hommes. Bien que la mortalité tumorale soit en baisse aussi bien pour les femmes que pour les hommes, les cancers arrivent désormais au premier rang des causes de décès, devant les maladies cardio-vasculaires pour lesquelles la mortalité a considérablement diminué. Aux grands âges, la surmortalité exceptionnelle due à la canicule de 2003 n'a interrompu que brièvement une évolution très favorable, essentiellement liée au recul de la mortalité cardio-vasculaire. Les progrès à venir dépendront des succès remportés dans la lutte anti-cancéreuse et dans le contrôle des maladies neuro-dégénératives.

► Famille

33726

FASCICULE

NICOLAS (M.)

Caisse Nationale des Affaires

Familiales. (C.N.A.F.).

Direction des Statistiques des Études

et de la Recherche.

Paris. FRA

Les familles nombreuses sont moins nombreuses.

E-SENTIEL (L) - CNAF

2006/11; vol. : n° 55 : 4 p.,

pdf, graph., tabl., carte

Cote Irdes : C, bulletin français

Le nombre de familles nombreuses relevant d'une caisse d'Allocations familiales (CAF) a peu évolué entre 1995 et 2005. En revanche, leur taille a légèrement diminué en raison d'une présence plus fréquente de familles avec trois enfants à charge. Par ailleurs, la part des familles nombreuses parmi les allocataires varie de 8% à 25% selon les départements. En outre, si cette proportion tend à baisser depuis dix ans, elle demeure très élevée dans le nord de la France. Toujours plus faible que dans les familles de deux enfants, l'activité des mères de familles nombreuses a gagné dix points en dix ans pour atteindre un peu plus de 50%. Enfin, en 2005, les familles nombreuses sont plus souvent monoparentales et bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) (Résumé d'auteur).

► Population

33567

ARTICLE

PRIOUX (F.)

L'évolution démographique récente en France.

POPULATION

2006/07-08; vol. 61 : n° 4 : 393-436, ann.,

graph., tabl., fig.

Cote Irdes : P27/1

La France métropolitaine compte 61 millions d'habitants au 1er janvier 2006. La population s'est accrue au taux de 5,6 pour 1 000 en 2005, dont près des trois quarts en raison du solde naturel. Depuis 2004, l'immigration en provenance des pays tiers n'augmente plus. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,92 enfant par femme, au deuxième rang en Europe derrière l'Irlande. L'augmentation de l'immigration n'a contribué que pour un tiers au relèvement de la fécondité en France depuis 1997. Au niveau départemental, il n'y a pas de relation entre

évolutions de la présence étrangère et de la fécondité. Malgré ce redressement de la fécondité annuelle, la descendance finale des générations nées après 1960 diminue et se rapproche progressivement de 2 enfants par femme. Alors que le nombre de Pacs a progressé de 50% en 2005, le nombre de mariages est resté stable. En 2003 et 2004, les divorces ont recommencé à augmenter, et l'indicateur conjoncturel de divortialité est maintenant proche de 45%. La forte baisse de la mortalité est confirmée en 2005, avec une espérance de vie à la naissance de 76,8 ans pour les hommes et de 83,8 ans pour les femmes. En 2004, la chute de la mortalité est particulièrement forte pour les femmes de plus de 65 ans. Depuis 1990, la surmortalité masculine s'est un peu réduite entre 15 et 70 ans, mais au-delà de 70 ans, les progrès ont été plus importants pour les femmes. C'est autour de 45 ans que les progrès sont les plus faibles, en particulier pour les femmes entre 40 et 55 ans.

34587

FASCICULE

MONNIER (A.)

Institut National d'Études

Démographiques. (I.N.E.D.).

Paris. FRA.

Le baby-boom : suite et fin.

POPULATIONS ET SOCIÉTÉS

2007/02; vol. : n° 431 : 4 p., fig., tabl.

Cote Irdes : P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1227/publication_pdf2_fr_431.pdf

En Europe, la cessation d'activité puis le décès des générations du baby-boom vont marquer les cinquante prochaines années. Mais les implications socio-économiques ne sont pas forcément celles que l'on croit. Si le nombre de jeunes d'âge actif va progressivement devenir inférieur à celui des personnes atteignant l'âge de la retraite, la réduction du chômage ne sera pas nécessairement mécanique : rien ne garantit en effet le remplacement systématique des départs en retraite, ni l'adéquation entre les emplois laissés vacants et les profils des demandeurs. De même, les structures d'accueil pour personnes âgées ne seront pas inévitablement insuffisantes. Quoique plus nombreuses, les personnes âgées rejoindront les institutions plus tardivement parce qu'elles seront en meilleure santé. En revanche, l'augmentation de 20 à 40% du nombre de décès aura certainement des conséquences importantes sur les systèmes de santé. Et, parallèlement, le marché des services funéraires devrait connaître une expansion conséquente.

► Relations intergénérationnelles

33172

ARTICLE

PREEL (B.), VERON (J.), DAMON (J.)
GRELLEY (P.) / collab.

De génération à génération.

INFORMATIONS SOCIALES

2006/09; vol. : n° 134 : 1-139, graph., tabl., fig.
Cote Irdes : C, P171

L'intégration harmonieuse des générations est un défi et une nécessité pour toute société. Un défi parce qu'elles sont toutes dissemblables, et une nécessité parce que les rapports intergénérationnels sont une colonne vertébrale pour la société. La pyramide des âges, les transmissions culturelles et de patrimoine, les solidarités familiales... apportent des éclairages sur les enjeux actuels. Mais plus encore : à qui du marché, de l'État ou de la famille doit revenir la charge de la jeunesse et de la vieillesse ? À travers l'étude des rapports entre les générations se déclinent des manières différentes de penser le social. (Résumé d'auteur).

ÉCONOMIE GÉNÉRALE

► Croissance économique

34604

ARTICLE

MATHIEU (P.)

Observatoire Français des
Conjonctures Économiques. (O.F.C.E.).
Département Analyse et Prévision.
Paris. FRA

La démographie à la rescousse de la protection sociale en France.

LETTRE DE L'OFCE (LA)

2007/03/05; vol. : n° : 5-8, 4 tabl., fig.
Cote Irdes : P105

À partir des nouvelles projections de population active en France réalisée par l'Insee en juillet 2006, cet article analyse son impact sur la croissance économique, ainsi que sur les dépenses de protection sociale.

► Emploi

33899

ARTICLE

PARANT (A.)

Emploi en France : le retournement ?

FUTURIBLES

2006/12; vol. : n° 325 : 5-25, 10 fig., tabl.
Cote Irdes : P166

Cet article analyse les évolutions passées, présentes et futures de la population française, et leurs conséquences possibles sur l'emploi. Le vieillissement de la population est devenu inéluctable. Son ampleur, conditionnée par l'évolution future de la fécondité, de la durée de vie et des migrations, demeure toutefois largement indéterminée, et cette indétermination affecte l'évolution future de la population active. Ce qui est certain, c'est que la France connaît paradoxalement l'un des taux de sous-emploi des travailleurs vieillissants les plus importants d'Europe. Dans un prochain avenir, le vieillissement important de la population française pourrait s'accompagner d'un maintien du chômage et du sous-emploi. À plus long terme, la simultanéité ou la succession des deux phénomènes dépendra très largement du comportement de l'État français et de celui des entreprises.

34403

FASCICULE

BEVORT (A.) / dir., LALLEMENT (M.) / dir.,
NICOLE-DRANCOURT (C.) / dir.

Flexicurité : la protection de l'emploi en débat.

PROBLÈMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2006/12; vol. : n° 931 : 118 p.
Cote Irdes : A3543

Depuis plus de deux décennies, les formes particulières d'emploi (intérim, contrat à durée déterminée, situation mixte de formation-emploi) se sont multipliées. Une fracture sociale est apparue sur le marché du travail, entre des travailleurs relativement bien protégés du fait du statut de leur emploi et d'autres catégories d'actifs aux trajectoires professionnelles plus précaires et discontinues : les jeunes entrants, les femmes à temps partiel ou encore les travailleurs pauvres. L'emploi, principal vecteur de Sécurité sociale mais variable privilégiée des politiques de flexibilité, ne constitue plus une protection suffisante contre les risques sociaux. Ce constat fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus politique et syndical. Une nouvelle sécurité professionnelle, compatible avec les contraintes de flexibilité, serait à inventer. D'aucuns citent en exemple la réussite du modèle danois de « flexicurité ».

Malgré l'engouement récent pour ce néologisme (contraction de deux dynamiques apparemment opposées), de multiples interrogations demeurent : une plus grande flexibilité du marché du travail est-elle vraiment nécessaire ? Comment, dans le même temps, sécuriser les parcours professionnels entre les situations d'emploi, de chômage, de formation, d'inactivité temporaire ? N'est-ce pas finalement la logique même du modèle français de protection sociale qu'il s'agit de réformer ? En réponse à ces questions, ce dossier analyse les transformations économiques qui mettent aujourd'hui à rude épreuve la protection de l'emploi. Il présente ensuite les différentes propositions qui ont été faites pour articuler autrement flexibilité et sécurité de l'emploi. Enfin, il dresse un bilan des expérimentations de flexicurité qui ont vu le jour en France et à l'étranger depuis une dizaine d'années, en insistant aussi bien sur leurs originalités que sur leurs limites.

DOCUMENTATION

► Diffusion de l'information

33560

ARTICLE
VEZINA (K.)

**Libre accès à la recherche scientifique :
opinions et pratiques des chercheurs.**

PARTNERSHIP : THE CANADIAN JOURNAL
OF LIBRARY AND INFORMATION PRACTICE
AND RESEARCH

2006 ; vol. 1 : n° 1 : 1-15, fig.

Cote Irdes : Classeur Atelier Publications

<http://journal.lib.uoquelp.ca/index.php/perj/article/view/103/170>

Cette étude a été réalisée afin de documenter les opinions et habitudes des chercheurs québécois quant à l'accès libre aux articles scientifiques. Elle a aussi pour but de permettre aux bibliothécaires des universités québécoises de mieux comprendre les enjeux liés à ce nouvel environnement et de s'y préparer pour le futur. Afin de comparer les résultats de notre étude à ceux de Swan et Brown portant sur la publication en libre accès, les habitudes de recherche et d'auto-archivage des chercheurs en Grande-Bretagne, il a été décidé de reprendre sensiblement les mêmes questions pour notre sondage Web en ajoutant des questions se rapportant spécifiquement au Québec. L'enquête a permis de recueillir des données provenant des six plus grandes universités de la province du Québec dans le domaine des sciences de la vie. Les résultats

démontrent que la majorité des chercheurs sont familiers avec le concept d'accès libre à l'information scientifique. Il est aussi apparu que près du tiers (27%) des chercheurs québécois ont déjà publié dans un périodique en libre accès. Un nombre similaire est familier avec le concept d'auto-archivage, par contre, seulement 2% des participants ont auto-archivé leurs ouvrages scientifiques dans des archives ouvertes ou dans des dépôts institutionnels. Les chercheurs se montrent pour la majorité d'entre eux intéressés par le concept d'accès libre à l'information scientifique, mais manquent d'information surtout en ce qui concerne leurs droits. La conséquence de ces incertitudes est que trop souvent, ceux-ci sont réfractaires au mouvement, et plus spécifiquement à l'auto-archivage. Les bibliothécaires doivent relever le défi posé par cette situation, en prenant une position de leadership et en faisant la promotion du libre accès de façon éclairée, tout en répondant aux principaux points de résistance des chercheurs.

► Site Internet

34282

FASCICULE
HAURY (B.), LOMBARDO (P.)

**« Platines » un site d'information sur
les établissements de santé en France.**

ÉTUDES ET RÉSULTATS

2007/01 ; vol. : n° 550 : 8 p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er550/er550.pdf>

Un site d'information Internet sur les établissements de santé est ouvert sous le nom de « PLATINES » (Plate-forme d'information sur les établissements de santé). Il permet la diffusion de données synthétiques sur les établissements de soins publics ou privés, qui ont une activité de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Pour chacun des 1 300 établissements répertoriés pour la France métropolitaine, une fiche décrit pour l'année 2004 ses principales caractéristiques en matière de capacités d'accueil, d'équipements et d'activité de MCO, de façon plus détaillée pour les maternités. La présence de services d'urgences et de réanimation ou de certaines activités soumises à autorisation préalable est également indiquée. Des informations plus précises sur le suivi de pathologies dites « traceuses », ou plus spécifiques à la chirurgie ambulatoire permettent aussi d'apprécier l'activité médicale propre à chaque établissement. Quelques indications comme le taux de césariennes, le nombre de médecins aux ur-

gences, ou la prise en charge de soins palliatifs fournissent des éléments plus qualitatifs quant à l'activité de soins. La reprise du score ICALIN, indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, et des résultats de la certification par la Haute autorité de santé s'inscrit également dans cette démarche. Chaque établissement peut en outre être resitué par rapport aux établissements comparables en termes de taille et de statut juridique, avec des valeurs de référence auxquelles se rapporter.

► **Index des auteurs**

A

| | |
|----------------------|--------|
| AAKVIK (A.)..... | 59 |
| ABALLEA (S.)..... | 64 |
| ABRAMOWSKA (A.)..... | 26 |
| AELVOET (W.)..... | 65 |
| ALLEMAND (H.)..... | 43 |
| ALLEN (P.)..... | 61 |
| ANDERSSON (K.)..... | 45, 53 |
| ANTUNES (A.R.)..... | 61 |
| ASKENAZY (P.)..... | 67 |
| ASSAILLY (J.P.)..... | 30 |
| AVENEL (M.)..... | 19 |

B

| | |
|---------------------------|--------|
| BACHONGY FERBER (K.)..... | 54 |
| BAI (Y.)..... | 24 |
| BARA (C.)..... | 16 |
| BARBUI (C.)..... | 63 |
| BECHTEL (J.)..... | 17 |
| BEGUE (D.)..... | 50 |
| BELLAMAMMER (L.)..... | 23 |
| BELON (J.P.)..... | 51 |
| BENAMOZIG (D.)..... | 20 |
| BENSADON (A.C.)..... | 48 |
| BERARD (A.)..... | 15 |
| BERGSTROM (G.)..... | 45 |
| BERLAND (Y.)..... | 16 |
| BERTRAND (D.)..... | 38 |
| BERTRAND (X.)..... | 16 |
| BESANCON (J.)..... | 20 |
| BILDE (L.)..... | 63 |
| BILSEN (J.)..... | 36 |
| BISCAIA (A.R.)..... | 61 |
| BOARNERGES (D.)..... | 27 |
| BODE (I.)..... | 55 |
| BOGGIS (A.R.J.)..... | 36 |
| BOLGIANI (I.)..... | 62 |
| BOLLIET (J.M.)..... | 39 |
| BONHOMME (C.)..... | 16 |
| BONNET (C.)..... | 19 |
| BOSCH (G.)..... | 26 |
| BOSSUYT (N.)..... | 23 |
| BOURGOIS (A.)..... | 17 |
| BOURGUEIL (Y.)..... | 16, 42 |
| BOUVIER (V.)..... | 20 |
| BRAS (P.L.)..... | 22 |

| | |
|----------------------------|--------|
| BRAUN (B.)..... | 57 |
| BRECHAT (P.H.)..... | 15, 38 |
| BREKKE (K.R.)..... | 52 |
| BREULS deTIECKEN (L.)..... | 38 |
| BREZIN (A.)..... | 22 |
| BROGAN (D.)..... | 54 |
| BROWN (L.D.)..... | 58 |
| BRUHAT (M.)..... | 34 |
| BUFFETEAU (S.)..... | 19 |
| BUSSE (R.)..... | 57 |

C

| | |
|-------------------------|--------|
| CADET (D.)..... | 42 |
| CADOT (E.)..... | 31 |
| CAIRNS (C.)..... | 44 |
| CAMBOIS (E.)..... | 29 |
| CARRAT (F.)..... | 64 |
| CARUBA (T.)..... | 49 |
| CASES (C.)..... | 16 |
| CASTIEL (D.)..... | 38 |
| CATRICE-LOREY (A.)..... | 21 |
| CAUSSAT (L.)..... | 17, 18 |
| CAZENAVE (M.C.)..... | 31 |
| CHABROL (A.)..... | 42 |
| CHAMBARETAUD (S.)..... | 26 |
| CHANCELLO (J.)..... | 64 |
| CHARLOIS (A.L.)..... | 65 |
| CHARREIRE (H.)..... | 31 |
| CHASTANG (J.F.)..... | 29 |
| CHAWLA (M.)..... | 23 |
| CHEN (C.S.)..... | 35 |
| CHEVALIER (F.)..... | 60 |
| CLERC (D.)..... | 30 |
| CLERC (M.É.)..... | 49 |
| COHEN (J.)..... | 36, 44 |
| COHU (S.)..... | 60 |
| COLIN (C.)..... | 65 |
| COLOMBET (I.)..... | 34 |
| COLOMBO (F.)..... | 61 |
| COMBIER (E.)..... | 31 |
| CONCEICAO (C.)..... | 61 |
| CORCOS (M.)..... | 28 |
| CORNFORD (C.S.)..... | 36 |
| CRIVELLI (L.)..... | 62 |
| CUELLAR (A.)..... | 44 |

D

| | |
|--------------------------|----|
| DAMON (J.)..... | 69 |
| DAVIDSON (A.C.) | 66 |
| DEBOOSERE (P.)..... | 23 |
| DEBROSSE (D.)..... | 40 |
| DEFOSSEZ (G. | 28 |
| DELALAY (C.) | 38 |
| DELIENS (L.)..... | 36 |
| DEMAREST (S.)..... | 23 |
| DEMAZIERE (D.)..... | 65 |
| DEMEAUX (P.)..... | 31 |
| DESGRANGES (J.F.),..... | 16 |
| DOMENIGHETTI (G.)..... | 62 |
| DOMIN (J.P.)..... | 15 |
| DOMINIAK (G.)..... | 65 |
| DOUGUET (F.)..... | 43 |
| DRUMMOND (M.) | 64 |
| DUBOIS (H.F.W.) | 23 |
| DUEE (M.) | 17 |
| DURAND-ZALESKI (I.)..... | 16 |

E

| | |
|------------------------|----|
| ESCAFFRE (J.P.)..... | 40 |
| ESSERT (M.)..... | 51 |
| ESTRYN-BEHAR (M.)..... | 41 |

F

| | |
|----------------------|----|
| FAGNANI (F.)..... | 22 |
| FARGION (V.) | 59 |
| FAUCONNIER (J.)..... | 37 |
| FENINA (A.)..... | 20 |
| FERRINHO (P.)..... | 61 |
| FOURRIER (M.A.)..... | 59 |
| FRANC (C.) | 16 |
| FROMENTIN (R.)..... | 33 |
| FRONTEIRA (I.) | 61 |

G

| | |
|---------------------------|----|
| GALLOIS (P.) | 48 |
| GARLAND (E.J.)..... | 44 |
| GARRETT (N.) | 22 |
| GEFFROY (Y.) | 20 |
| GHADI (V.) | 15 |
| GIRARD (J.F.) | 20 |
| GODEFROY (P.)..... | 19 |
| GOLLAC (M.)..... | 66 |
| GOUGET (B.) | 48 |
| GOURBIN (C.)..... | 26 |
| GRANDFILS (N.)..... | 16 |
| GRASS (E.) | 22 |
| GREEN (A.)..... | 61 |
| GREGOIRE (D. | 25 |
| GREGOIRE (D.)..... | 25 |
| GRELLEY (P.)..... | 69 |
| GRENOUILLEAU (M.C.) | 38 |
| GRIGNON (M.)..... | 57 |
| GRIMALDI (A.) | 25 |
| GUITTET (L.)..... | 20 |

H

| | |
|-------------------------|--------|
| HAABETH (T.)..... | 53 |
| HA DOAN (B.D.)..... | 43 |
| HAGEN (T.P.)..... | 60 |
| HARDRE (J.M.) | 34 |
| HARTMANN (L.)..... | 57, 58 |
| HAURY (B.) | 49, 70 |
| HAUTEMANIERE (A.) | 39 |
| HAWE (P.)..... | 21 |
| HAY (J.)..... | 45 |
| HENNION (M.)..... | 18 |
| HERNANDEZ (V.) | 18 |
| HILLEMEIER (M.M.)..... | 24 |
| HODGKIN (D.)..... | 35 |
| HOLCMAN (R.)..... | 38 |
| HOLMAN (C.D.J.)..... | 55 |
| HOLMAS (T.H.) | 59 |
| HOUSSAIN (D.)..... | 37 |
| HUGUIER (M.)..... | 34 |

I

| | |
|---|----|
| INGRAND (I.)..... | 28 |
| Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.)..... | 23 |
| ISHAM (G.)..... | 22 |

J

| | |
|--------------------|----|
| JANVIER (D.)..... | 24 |
| JAPPELLI (T.)..... | 27 |
| JASSERON (C.)..... | 41 |
| JEAMMET (P.)..... | 28 |
| JONSSON (B.)..... | 46 |
| JUNGFER (F.)..... | 48 |
| JUSOT (F.)..... | 29 |

K

| | |
|-------------------------|----|
| KALO (Z.)..... | 51 |
| KENNEDY (J.)..... | 56 |
| KERVASDOUE (J. de)..... | 5 |
| KONIGBAUER (I.)..... | 46 |
| KURUVILLA (S.)..... | 64 |

L

| | |
|----------------------|--------|
| LAFUMA (A.)..... | 22 |
| LANDRU (I.)..... | 42 |
| LAUNOIS (B.)..... | 34 |
| LAURE (P.)..... | 64 |
| LAVILLE (M.)..... | 65 |
| LE BIHAN (B.)..... | 19 |
| LE BOULER (S.)..... | 20, 32 |
| LEBOURG (N.)..... | 17 |
| LECLERC (A.)..... | 29 |
| LEFEUVRE (S.)..... | 43 |
| LEFRANC (A.)..... | 30 |
| LEGENDRE (M.C.)..... | 37 |
| LEGENDRE (N.)..... | 36 |
| LELIEVRE (M.)..... | 18 |
| LE MINOUX (N.)..... | 43 |

| | |
|------------------------|----|
| LE NEZET (O.)..... | 41 |
| LENGERICH (E.J.)..... | 24 |
| LE NOC (Y.)..... | 48 |
| LE POINT..... | 38 |
| LEQUET-SLAMA (D.)..... | 60 |
| LE RHUN (B.)..... | 37 |
| LEVREY (P.)..... | 17 |
| LEVY (D.)..... | 43 |
| LHOSTE (F.)..... | 50 |
| LIMAT (S.)..... | 51 |
| LIN (H.C.)..... | 35 |
| LINDQUIST (T.)..... | 22 |
| LINDSTROM (M.)..... | 27 |
| LINTAS (C.)..... | 63 |
| LISAC (M.)..... | 16 |
| LIU (T.C.)..... | 35 |
| LOISY (C.)..... | 18 |
| LOMBARDO (P.)..... | 70 |
| LORANT (V.)..... | 23 |
| LORTHIOIS (D.)..... | 33 |
| LUNDKVIST (J.)..... | 46 |

M

| | |
|-----------------------------|----|
| MAARSE (H.)..... | 56 |
| MACE (J.M.)..... | 33 |
| MACHNES (Y.)..... | 58 |
| MAGNIN-FEYSOT (C.)..... | 15 |
| MAGNUSSEN (J.)..... | 60 |
| MALVY (M.)..... | 32 |
| MAREK (A.)..... | 42 |
| MARIN (P.)..... | 32 |
| MARIOTTE (N.)..... | 20 |
| MARKOWITZ (S.)..... | 44 |
| MARTIN (C.)..... | 19 |
| MARTIN (E.M.)..... | 22 |
| MARTIN (M.)..... | 64 |
| MASON (A.)..... | 62 |
| MAYS (N.)..... | 64 |
| MAZIERE (M.)..... | 44 |
| MEGERLIN (F.)..... | 50 |
| MELKE (A.)..... | 16 |
| MENARD (J.)..... | 34 |
| MERCIER (A.L.)..... | 36 |
| MERDINGER RUMPLER (C.)..... | 41 |
| MERRICK (E.)..... | 35 |
| MESLE (F.)..... | 67 |
| MIERMANS (P.J.)..... | 23 |
| MIGEOT (V.)..... | 28 |

| | |
|----------------------------|--------|
| MINTZES (B.)..... | 46 |
| MOLENBERGHS (G.)..... | 65 |
| MONNIER (A.)..... | 67, 68 |
| MONTANGE (F.)..... | 44 |
| MONTERO-GRANADOS (R.)..... | 55 |
| MOORIN (R.E.)..... | 55 |
| MORGAN (D.)..... | 61 |
| MORGAN (S.)..... | 56 |
| MORTEN DALEN (D.)..... | 53 |
| MOSHSENI (M.)..... | 27 |
| MOSSIALOS (E.)..... | 54 |
| MOUSQUES (J.)..... | 42 |

N

| | |
|--------------------|----|
| NABOS (C.)..... | 19 |
| NAIDITCH (M.)..... | 15 |
| NICOLAS (M.)..... | 68 |

O

| | |
|----------------------|----|
| OBRECHT (O.)..... | 22 |
| OLIVELLA (P.)..... | 18 |
| OLIVERA (P.)..... | 56 |
| OLSEN (K.R.)..... | 63 |
| OR (Z.)..... | 16 |
| OSTRY (A.)..... | 25 |
| LOUDHOFF (J.P.)..... | 40 |

P

| | |
|----------------------|----|
| PALIER (B.)..... | 62 |
| PASSERIEUX (C.)..... | 24 |
| PAUBEL (P.)..... | 49 |
| PAVOT (J.)..... | 43 |
| PENY (J.M.)..... | 46 |
| PERCEVAL (M.)..... | 65 |
| PERIVIER (H.)..... | 56 |
| PETZOLD (M.G.)..... | 53 |
| PEZARD (A.)..... | 47 |
| PIERRU (F.)..... | 43 |
| PISTAFERRI (L.)..... | 27 |
| PISTOLESI (N.)..... | 30 |

| | |
|--------------------------|------------|
| PLEASANT (A.)..... | 64 |
| PODEUR (A.)..... | 33 |
| PODEVIN (M.)..... | 39 |
| POIRIER (G.)..... | 28 |
| POISAL (J.A.)..... | 21 |
| POLTON (D.)..... | 16 |
| POUVOURVILLE (G.de)..... | 16, 20, 47 |
| PREEL (B.)..... | 69 |
| PRIOUX (F.)..... | 68 |
| PROUVOST (H.)..... | 28 |

Q

| | |
|--------------------|----|
| QUEISSER (M.)..... | 19 |
| QUIDU (F.)..... | 40 |

R

| | |
|--------------------|--------|
| RABILLER (P.)..... | 48 |
| RAVAUD (J.F.)..... | 29 |
| REACH (R.)..... | 48 |
| REDAELLI (M.)..... | 54 |
| REGNARD (I.)..... | 29 |
| REVEL (M.)..... | 16 |
| ROCHAIX (L.)..... | 57, 58 |
| ROSS (D.)..... | 61 |
| RUSESKEI (J.)..... | 63 |

S

| | |
|-----------------------|----|
| SALIBA (B.)..... | 16 |
| SALTMAN (R.)..... | 23 |
| SANTINI (Y.)..... | 38 |
| SARDY (S.)..... | 66 |
| SAULNIER (J.L.)..... | 48 |
| SCHANZER (B.)..... | 27 |
| SCHEYROGG (J.)..... | 57 |
| SCHIEF (S.)..... | 26 |
| SCHLETTE (S.)..... | 16 |
| SCHMITT (J.)..... | 28 |
| SCHNEEWEISS (S.)..... | 50 |
| SCHULTE (P.A.)..... | 25 |
| SEGUOUI (C.)..... | 38 |

| | |
|---------------------|-------|
| SELLIER (E.)..... | 37 |
| SENON (G.)..... | 49 |
| SERMET (C.)..... | 16 |
| SHIELL (A.)..... | 21 |
| SMITH (P.C.)..... | 62 |
| SOULAS (C.)..... | 51 |
| SPIRA (A.)..... | 31 |
| STARGARDT (T.)..... | 52,57 |
| STEFFEN (M.)..... | 21 |
| STOCK (S.A.K.)..... | 54 |
| STROM (S.)..... | 53 |

T

| | |
|----------------------|----|
| TABUTEAU (D.)..... | 15 |
| TEITELBAUM (J.)..... | 43 |
| TOUZET (S.)..... | 65 |
| TRABADO (S.)..... | 49 |
| TRANNOY (A.)..... | 30 |
| TREPOS (J.Y.)..... | 64 |
| TRUCHET (D.)..... | 32 |
| TRUFFER (C.)..... | 21 |

U

| | |
|------------------|-------|
| ULMANN (P.)..... | 57,58 |
|------------------|-------|

V

| | |
|---------------------------|------------|
| VALLEE (J.P.)..... | 48 |
| VAN DER SCHEE (E.)..... | 57 |
| VAN OYEN (H.)..... | 23 |
| VAN SPRUNDEL (M.)..... | 65 |
| VELASCO-GARRIDO (M.)..... | 57 |
| VENTELOU (B.)..... | 16 |
| VERNOIS (J.)..... | 49 |
| VERON (J.)..... | 69 |
| VEZINA (K.)..... | 70 |
| VILBROD (A.)..... | 43 |
| VILLERET (S.)..... | 39 |
| VILLEVAL (M.C.)..... | 67 |
| VINCENT (W.)..... | 17, 18, 21 |
| VOLOVITCH (P.)..... | 60 |

W

| | |
|----------------------|----|
| WAGNER (G.R.)..... | 25 |
| WALDAU (S.)..... | 62 |
| WALLEY (T.)..... | 54 |
| WALT (G.)..... | 64 |
| WEBER (G.)..... | 27 |
| WEINSTEIN (M.)..... | 64 |
| WHITEHOUSE (E.)..... | 19 |
| WRIGHT (J.M.)..... | 44 |
| WUNSCH (G.)..... | 26 |

y

| | |
|------------------|----|
| YOUNES (N.)..... | 24 |
|------------------|----|

Z

| | |
|--------------------|----|
| ZEIGER (G.)..... | 42 |
| ZIPPERER (B.)..... | 28 |

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

► Actualité et dossier en santé publique

- RÉDACTION : HCSP
(Haut Comité santé publique)
8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49
- DIFFUSION : La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
1^{er} accès :
<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)
2^e accès : BDSP :
<http://www.bdsp.tm.fr> => Texte intégral (accès à tous les articles pour les abonnés à la BDSP)

► American journal of public health

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
American public health association
1015 fifteenth street
NW, Washington - DC 20005
États-Unis
☎ 00 1 202 789 5600
<http://www.apha.org/>

► Applied health economics and health policy

Open Mind Journal (OMJ)
86C Bush Road
PO Box 300-729
Albany
Auckland
Nouvelle Zélande
☎ 00 64 9 414 6472
Fax : 00 64 9 414 6491
email : ifo@openmindjournals.com
<http://www.openmindjournals.com>

► Archives of public health

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Scientific Institute of Public Health
Juliette Wytsmanstreet 14
1050 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 642 50 93
Fax : 00 32 2 642 56 01
<http://www.iph.fgov.be/aph/>
En ligne au bout d'un an, à partir de 1997

B

► 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 de l'académie nationale de médecine

http://www.academie-medecine.fr/publications/bulletin_presentation.asp

DIFFUSION : Masson
Service abonnements
21, rue Camille-Desmoulins
92789 Issy-les-Moulineaux
☎ 01 73 28 16 34
Fax : 01 73 28 16 49

email : infos@masson.fr
<http://www.masson.fr>

► Bulletin de l'ordre des médecins

- Réalisé par : CNOM
(Conseil national de l'ordre des médecins)
<http://www.conseil-national.medecin.fr>
- DIFFUSION : Masson services
BP 2
41354 Vineuil
☎ 02 54 50 46 00
Fax : 02 54 50 46 11
<http://www.masson.fr/>

► Bulletin de méthodologie sociologique

- RÉDACTION : BMS
LASMAS-CNRS
59, rue Pouchet
75017 Paris
☎ 01 40 51 85 19
Fax : 01 40 25 12 47
email : bms@iresco.fr
http://recherche.univ-lyon2.fr/grs/index.php?page=91&revue_id=12
- DIFFUSION : AIMS
(Association internationale
de méthodologie sociologique)
45, rue Linné
75005 Paris

► Bulletin épidémiologique 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)
également diffusé par voie électronique
sur liste email (abonnement gratuit)

C

► Cahiers de sociologie et de démographie médicales (Les)

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
CDSM (Centre de sociologie et
de démographie médicales)
60, bd de Latour-Maubourg
75340 Paris SP 07
☎ 01 45 55 73 77
Fax : 01 45 55 87 94

D

► Dossiers solidarité et santé

- RÉDACTION :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DREES
- 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.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/index.htm>
(en ligne depuis le n° 1-2003,
sommaire depuis 1998)

► Droit social

- RÉDACTION : Jean-Jacques Dupeyroux
- DIFFUSION :
Éditions 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

► E-ssentiel (L')

- DIFFUSION :
CNAF (Caisse nationale
des allocations familiales)
DSER (Direction des statistiques,
des études et des recherches)
23, rue Daviel
75634 Paris cedex 13
email : lucienne.hontarrede@cnaf.fr
<http://www.cnaf.fr> => Publications => l'E-ssentiel
(en ligne depuis le 1^{er} numéro de juin 2002)

► Economics policy

<http://www.economic-policy.org/>

- DIFFUSION : Blackwell Publishing Ltd.
9600 Garsington Road
Oxford, OX4 2DQ
Royaume-Uni
① 00 44 1865 776868
Fax : 00 44 1865 714591
<http://www.blackwellpublishing.com/>

► Espace - Populations - Sociétés

- RÉDACTION ET DIFFUSION : Université
des sciences et techniques de
Lille-Artois-Flandres UFR de géographie
59655 Villeneuve-d'Ascq cedex
① 03 20 43 65 52
Fax : 03 20 43 65 52

► Études et résultats

- 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
① 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm>
(tous les numéros sont en ligne)
<http://www.insee.fr/fr/ppp/catalogue.htm>
(pour retrouver les numéros sur le catalogue)

► Eurohealth

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
LSE Health and Social Care
London School of Economics and
Political Science
Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocial-Care/documents/eurohealth.htm>

► European journal of health economics

- RÉDACTION : Springer Verlag
Katharina Tolkmitt
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg
Allemagne
① 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
① 00 49 6221 345 247
Fax : 00 49 6221 345 200
email : orders@springer.de
<http://link.springer.de>

F

► Focus alcoolologie

- RÉDACTION ET DIFFUSION : IREB
(Institut de recherches scientifiques
sur les boissons)
19, av. Trudaine
75009 Paris
① 01 48 74 82 19
Fax : 01 48 78 17 56
ireb@ireb.com
<http://www.ireb.com>

► Futuribles

- RÉDACTION ET DIFFUSION : Futuribles
55, rue de Varenne
75341 Paris cedex 07
① 01 53 63 37 70
Fax : 01 42 22 65 54
email : revue@futuribles.com

G

► **Gérontologie et société**

- RÉDACTION ET DIFFUSION : FNG
(Fondation nationale de gérontologie)
49, rue Mirabeau
75016 Paris
☎ 01 55 74 67 02
Fax : 01 55 74 67 01
email : fondation@fng.fr
http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_societe/index.htm

► **Gestions hospitalières**

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Gestions hospitalières
44, rue Jules-Ferry
94400 Vitry-sur-Seine
☎ 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15
<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>

H

► **Health affairs**

- RÉDACTION : Project Hope
- DIFFUSION : Health Affairs
PO Box 148
Congers, NY 10920-0148
États-Unis
☎ 00 1 800 765 7514
Fax : 00 1 914 267 3479
<http://www.healthaffairs.org>

► **Health economics**

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
CHE (Centre for Health Economics)
- Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd
Baffins Lane
Chichester
West Sussex PO19 1VD
Royaume-Uni
<http://www.interscience.wiley.com>
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749>

► **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 : ninfo-f@elsevier.nl
<http://www.elsevier.com/locate/healthpol>

► **Health services research**

- RÉDACTION ET DIFFUSION : Foundation of the
American College of Healthcare Executives
One North Franklin Street - Suite 1700
Chicago, IL 60606-3491
États-Unis
☎ 00 1 312 424 2800
<http://www.hret.org/hret/publications/hsr.html>

► **Hesa newsletter : Bulletin d'information du département santé sécurité E.T.U.I. -R.E.H.S.**

- RÉDACTION ET DIFFUSION : ETUI-REHS
(Institut syndical européen pour la recherche, la formation et la santé - sécurité)
Département santé et sécurité
5 bd du Roi-Albert-II, bte 5
B-1210 Bruxelles
Belgique
☎ 00 32 2 224 05 60
Fax : 00 32 2 224 05 61
email : hesa@etui-rehs.org
<http://www.etui-rehs.org/hesa>

► Horizons stratégiques

Centre d'analyse stratégique (C.A.S.)
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
☎ 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr>

I

► Impact pharmacien

1, rue Paul-Cézanne
75375 Paris cedex 08
☎ 01 53 93 36 00
<http://www.impact-pharmacien.fr/>

► Industrie pharmaceutiques hebdo

• RÉDACTION ET DIFFUSION : Altédia
5, rue de Milan
75319 Paris cedex 09
☎ 01 44 91 50 00
Fax : 01 44 91 50 01
[http://www.altedia.fr/altedia_fr.nsf/\(lookframes\)/accueil](http://www.altedia.fr/altedia_fr.nsf/(lookframes)/accueil)

► Informations sociales

• DIFFUSION : CNAF
(Caisse nationale des allocations familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris cedex 13
☎ 01 45 65 52 52
<http://www.cnaf.fr/> => Publications

► Insee première

• RÉDACTION : Insee (Institut national de la statistique et des études économiques)
• 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 of health services

• DIFFUSION : Baywood Publishing Compagny, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
États-Unis

J

► Journal de la société française de statistique

• RÉDACTION ET DIFFUSION :
SFdS (Société française de statistique)
Institut Henri Poincaré
11, rue Pierre-et-Marie-Curie
75231 Paris cedex 05
☎ 01 44 27 66 60
Fax : 01 44 07 04 74
email : sfds@ihp.jussieu.fr
<http://www.sfds.asso.fr>

► Journal d'économie médicale

• RÉDACTION : Éditions Alexandre Lacassagne
• DIFFUSION : Diffusion ESKA
12, rue du 4-septembre
75002 Paris
☎ 01 42 86 56 00
Fax : 01 42 60 45 35
<http://www.info-presse.fr/fiches/journal-economie-medicale-1920-pro.htm>

► Journal of health care for the poor & underserved

• RÉDACTION : Meharry Medical College
Virginia Brennan (Editor)
1005 D. B. Todd Blvd.
Nashville, TN 37208
États-Unis
• DIFFUSION : SAGE Publications Ltd
1 Oliver's Yard
55 City Road
London EC1Y 1SP
Royaume-Uni
☎ 00 44 20 7324 8500
Fax : 00 44 20 7324 8600
email : subscription@sagepub.co.uk
<http://www.sagepublications.com>

► **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 : nlinfo@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505560/description#description#description

► **Journal of health politics, policy and law**

- DIFFUSION : Duke University Press
Box 90660
Durham NC 27708-0660
États-Unis
☎ 00 1 919 687 3653

L

► **Lettre de l'OFCE (La)**

- RÉDACTION : OFCE (Observatoire français des conjonctures économiques)
- 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>

M

► **Médecin radiologue de France (Le)**

- RÉDACTION ET DIFFUSION : FNMR (Fédération nationale des médecins radiologues)
62, bd de Latour-Maubourg
75007 Paris
☎ 01 53 59 34 01
Fax : 01 45 51 83 15
info@fnmr.org
<http://www.fnmr.org>

► **Médecine : revue de l'Unaformec**

- RÉDACTION : Unaformec (Union nationale des associations de formation médicale continue)
261, rue de Paris
93556 Montreuil cedex
☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
email : unformec@wanadoo.fr
<http://www.unaformec.org>

- DIFFUSION : Éditions John Libbey Eurotext
Service abonnement
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 01 39
Fax : 01 40 84 09 99
abonnements@jle.com
<http://www.jle.com>

► **Moniteur des pharmacies et des laboratoires (Le)**

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
1, av. Édouard-Belin
92856 Rueil-Malmaison
☎ 01 41 29 77 42
Fax : 01 41 29 77 35
<http://www.moniteurpharmacies.com> (recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

P

► **Partnership : the canadian journal of library and information practice and research**

- c/o Jennifer Richard
Editor-in-Chief
Academic Librarian
Vaughan Memorial Library
Acadia University
Wolfville, NS B4P 2R6
<http://journal.lib.uoguelph.ca>

► Pharmaceutiques

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
PR Éditions
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>

► Point (Le)

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
74, av. du Maine
75014 Paris
☎ 01 44 10 10 10
<http://www.lepoint.fr>

► Population

- RÉDACTION ET DIFFUSION : INED
(Institut national des études démographiques)
133, bd Davout cedex 20
75020 Paris
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 21 99
email : ined@ined.fr
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/ (sommaires et résumés, index des auteurs)

► Population et sociétés

- RÉDACTION ET DIFFUSION : INED
(Institut national des études démographiques)
133, bd Davout
75980 Paris cedex 20
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 21 99
http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/index.html
(tous les numéros sont en ligne à partir du n° 298 de février 1995, et quelques numéros entre 1992 et 1994)

► Pharmaceutiques

- RÉDACTION ET DIFFUSION : PR Éditions
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>

► Prescrire (La revue)

- Rédaction et diffusion :
Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75527 Paris cedex 11
☎ 01 49 23 72 86
Fax : 01 48 07 87 32
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)

► Problèmes économiques

- 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)

► Problèmes politiques et sociaux

- DIFFUSION : La Documentation Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris cedex 07
☎ 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 67 83
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-politiques-sociaux/index.shtml>

► Psychotropes

- DIFFUSION : De Boeck Services
Éditions De Boeck
Fond Jean Pâques 4
1348 Louvain-la-Neuve
Belgique
☎ + 32.10.48 25 70
Fax : + 32.10.48 25 19
email : abo@deboeckservices.com
<http://universite.deboeck.com/revues/psychotropes/>

R

► Revue d'épidémiologie et de santé publique

- DIFFUSION : Masson Périodiques
120, bd Saint-Germain
75280 Paris cedex 06
☎ 01 40 46 62 00
Fax : 01 40 46 62 01
<http://www.e2med.com/>

► Revue française des affaires sociales

- RÉDACTION : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
11, place des Cinq-Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 82 31
email : françoise.leclerc@sante.gouv.fr
- Diffusé par : La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Auvilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc_archive.htm
(résumés et sommaires depuis le n° 3 de 1998)

► Retraite & société

- RÉDACTION : CNAV
(Caisse nationale de l'assurance vieillesse)
- DIFFUSION : la Documentation Française
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
email : commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
<http://www.cnav.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

► Revue d'économie politique

- RÉDACTION ET DIFFUSION : Éditions Dalloz
31-35, rue Froidevaux
75685 Paris cedex 14
☎ 01 40 64 54 54

► Revue économique

- Diffusé par : Presses de Sciences Po
44, rue du Four
75006 Paris
☎ 01 44 39 39 60
Fax : 01 45 48 04 41
email : revue.economique@ehess.fr

► Revue hospitalière de France

- RÉDACTION ET DIFFUSION : FHF
(Fédération hospitalière de France)
33, av. d'Italie
75013 Paris
☎ 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
email : fhf@fhf.fr
<http://www.fhf.fr>

► Revue internationale de Sécurité sociale

- RÉDACTION : AISS (Association internationale de Sécurité sociale)
- Diffusé par : Peter Lang SA
Éditions scientifiques européennes
Jupiterstr. 15 Boite postale
CH-3000 Berne 15
Suisse
☎ 00 41 31 940 21 21
Fax : 00 41 31 940 31 31
email : customerservice@peterlang.com
<http://www.peterlang.ch>

S

► Santé mentale

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Éditions Acte Presse
12, rue Dupetit-Thouars
75003 Paris
☎ 01 42 77 52 77
Fax : 01 42 77 52 37
smentale@club-internet.fr

► Santé publique

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Société française de santé publique
2, av. du Doyen J. Parisot
BP 7
54501 Vandœuvre-les-Nancy
☎ 03 83 44 39 17
Fax : 03 83 44 37 76
email : sante.publique@sfsp-france.org
<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/revue/sommaire3-2007.pdf> (sommaries et texte intégral de 1998 à 2001, sommaries depuis 2002)

► Santé, société et solidarité

- RÉDACTION ET DIFFUSION : OFQSS
(Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité)
- DIFFUSION :
IRDES (Institut de recherche et documentation en économie 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/Publications/Revue/revfranqueb.htm>
ou
MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux)
1075, chemin Ste-Foy - 11^e étage
G1S 2M1 Québec (Québec)
Canada
☎ 00 1 418 266 7043
Fax : 00 1 418 646 8186
email : ofqss@msss.gouv.qc.ca

► Série études - documents de travail

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Ministère chargé de la santé
DREES
11, place des Cinq-Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 44 36 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/doc.htm>
(sommaries et résumés jusqu'au n° 12, puis en ligne à partir du n° 13)

► Série statistiques - documents de travail

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Ministère chargé de la santé
DREES
11, place des Cinq-Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 44 36 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/doc.htm>
(sommaries et résumés jusqu'au n° 19, puis en ligne à partir du n° 20)

► Sève : les tribunes de la santé

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Éditions de santé
49, rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14
http://www.editionsdesante.fr/services/livres/catalogue/e-docs/00/00/0E/55/document_ouvrage.phtml

► Social science and médecine

- 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 : ninfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description

T

► Techniques hospitalières

- RÉDACTION ET DIFFUSION : FHF
(Fédération hospitalière de France)
33 av. d'Italie
75013 Paris
☎ 01 43 13 39 00
Fax : 01 43 13 39 01
email : th.abonnements@fhf.fr
<http://editions.fhf.fr/techniques/presentation.php>

► Travail et emploi

- RÉDACTION ET DIFFUSION :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DARES (Direction de l'animation,
de la recherche et des études statistiques)
20 bis, rue d'Estrées
75007 Paris
☎ 01 44 38 38 38
<http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html>

► Calendrier des colloques

JUILLET 2007

► Economics of Health European The Health Economics Summer School of the Science Days in Steyr 2007 and 2008

Steyr Renseignement :
Autriche European Science Days Steyr
c/o Dr. Alexandra Suess
email : a.suess@ewts.at
12 au 18 juillet 2007 <http://www.ewts.at/ewts/en/main1/index.php>

► Equity, Ethics and Right to health: Challenges in a Globalized World 4th Brazilian Congress on human and Social Science 10th Latin-American Congress on Social Medicine 14th International Congress on Health Policy

Salvador Bahia Renseignement :
Brésil Alvaro Matida
Executive Secretary of the Brazilian
Association on Collective Health
Abrasco
Rio de Janeiro – Brésil
<http://www.abrasco.org.br/>
Programme :
13 au 18 juillet 2007 <http://www.congressosalvador2007.com.br/ingles/apresentacao/index.php>

AOÛT 2007

► Sixth international scientific conference on prevention of work-related musculoskeletal disorders (PREMUS)

Boston, Massachusetts Renseignement :
USA email : premus@premum2007.org
26 au 30 août 2007 <http://www.premum2007.org/>

SEPTEMBRE 2007

► Colloque interdisciplinaire (économie, anthropologie, sociologie, droit) : Économie informelle, travail au noir. Enjeux économiques et sociaux

Marne-la-vallée Renseignement :
France Université de Marne-la-Vallée
email : eco-informelle@cee-recherche.fr
17 septembre 2007 http://www.cee-recherche.fr/colloque_tepp/eco_informelle/

► Quatrièmes Universités d'été de Pharmaco-Epidémiologie

Avignon Renseignement : Barbara Bougain
France Responsable logistique des Universités d'été
© 04 72 35 53 07
email : barbara.bougain@mapi-naxis.fr
17 au 19 septembre 2007 http://www.mapi-naxis.fr/_upload/proguniv2007/Programme2007.htm

► **Setting an Ethical Agenda for Health Promotion**

Law Renseignement :
Belgique Faculté de Law, Ghent university
18 au 20 septembre 2007 <http://www.healthpromotionethics.eu/>

► **International Health Conference: Recent Advances in Clinical Medicine, Public Health and Health Policy: Royal College of Physicians and London School of Economics**

Athènes Renseignement :
Grèce Anne McSweeney, Manager-Conferences
Royal College of Physicians
© ++44 20 7935 1174 ext251, ++ 44 20 224 0719
email : conferences@rcplondon.ac.uk
20 au 22 septembre 2007 <http://www.internationalhealth2007.com/>

► **Rencontre « mesurer pour agir » du CRIES**

Malakoff Renseignement :
France INSEE Ile-de France – Secrétariat général du CRIES
7, rue Stephenson
78188 Saint-Quentin-en-Yvelines
© 01 30 96 92 10/91 83
Fax : 01 30 96 92 35
27 septembre 2007 email : guytaine.jacquinet@insee.fr

OCTOBRE 2007

► **The Hospital of Future Conferences: 6th International Conference on the Management of Healthcare & Medical Technology**

Pise Renseignement :
Italie email : HCTMconference2007@sssup.it
3 au 5 octobre 2007 http://www.sssup.it/sssup/jsp/section.jsp?sec_id1=507&sec_id2=81954&lang=en

► **10th European Health Forum Gastein: Creating a better future for health in Europe**

Bad Hofgastein Renseignement :
Autriche International Forum Gastein
5630 Bad Hofgastein
Tauemplatz
Autriche
© +43 (6432) 3393 270
Fax : +43 (6432) 3393 271
email : info@ehfg.org
3 au 6 octobre 2007 <http://www.ehfg.org/typo3/index.php?id=69>

► **19th international conference on epidemiology in occupational health (EPICOH 2007)**

Banff, Alberta - Canada Renseignement :
9 octobre 2007 email : epicoh2007@med.ualberta.ca

► **Primary Care Live – Annual Conference and Exhibition**

Londres Renseignement :
Royaume-Uni Gavin Johnstone
☎ +44 (0)870 2500 368
Fax : +44 (0)870 2500 369
email : gjohnstone@ukhcc.com
9 au 10 octobre 2007 <http://www.primarycarelive.com/>

► **13^e Congrès Wonca Europe – 1^{er} Congrès de la Médecine Générale en France**

Paris Renseignement :
France CNGE, Michèle Lieurade
6 bis, rue des Deux-Communes
94300 Vincennes
☎ +33 (0)6 26 98 29 16
Fax : +34 (0)1 53 66 91 81
email : contactwonca2007@cngc.fr
17 au 20 octobre 2007 <http://www.woncaeurope2007.org/>

► **Congrès de l'ALASS (Association Latine d'Analyse des Systèmes de Santé)
CALASS 2007 Sécurité Sanitaire**

Marseille Renseignement :
France <http://www.cesh.org/>
25 au 27 octobre 2007 <http://www.alass.org/>

► **Strengthening Public Health Services in Europe
Public Health Functions and Educational Needs: The 29th ASPHER Annual Conference**

Valence Renseignement :
Espagne Eva Garcia
email : organising@aspher2007valencia.org
26 au 28 octobre 2007 <http://www.aspher2007valencia.org/en/home.html>

► **Equitable Access: Research challenges for health in developing countries**

Pékin Renseignement :
Chine Pan American health Organization
29 octobre au 2 novembre 2007 http://www.globalforumhealth.org/Site/000__Home.php

NOVEMBRE 2007

► **Colloque francophone sur les sondages**

Marseille Renseignement :
France Colloques Sondages 2007
Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur
23, rue Stanislas-Torrents
13006 Marseille
email : sondages2007@cereq.fr
5 au 7 novembre 2007 <http://www.cereq.fr/sondages2007/>

► **23rd Patient Classification Systems International (PCSI)
International working conference**

Venise - Italie Renseignement :
7 au 10 novembre 2007 http://www.pcsi2007.org/index_en.htm

► **Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?
Congrès pluri-thématique 2007**

Montpellier Renseignement :
France Société française de santé publique
2, av. du Doyen Jacques-Parisot, BP 7
54501 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex
© +33 (0)3 83 44 39 17
Fax : +33 (0)3 83 44 37 76
emails : congres@sfsp.info, accueil@sfsp.info
22 au 24 novembre 2007 <http://www.sfsp.info/manifestations/congres2007>

► **Les Journées de veille sanitaire**

Paris Renseignement :
France Appel à communication (au plus tard le 24 mai 2007) :
29 au 30 novembre 2007 email : appelcomJVS2007@invs.sante.fr

DÉCEMBRE 2007

► **5th Health Services Research and Policy Conference:
Listening to the Past, looking for the Future - How can Health Services Research
contribute to assessing fads and fashions in health policy and practice?**

Auckland - Nouvelle-Zélande Renseignement :
2 au 5 décembre 2007 <http://www.healthservicesconference.com.au/>

► **Valorisation de l'enquête Décennale Santé**

Paris Renseignement :
France Colloque Enquête Décennale Santé
Bureau état de santé de la population
DREES
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
14, av. Duquesne
75350 Paris 07 SP
4 décembre 2007 email : muriel.moisy@sante.gouv.fr

► **International conference on Social Statistics and Ethnic Diversity :
Should we count, how should we count and why ?**

Montréal - Canada Renseignement :
6 au 8 décembre 2007 <http://www.ciqss.umontreal.ca/en/SSED/index.html>

► **Measuring Discriminations – Interdisciplinary conference, economics, sociology and law**

Évry Renseignement :
France Patricia Génin
© +33(0) 1 69 47 71 77
email : discrimination@cee-recherche.fr

13 au 14 décembre 2007 http://www.cee-recherche.fr/colloque_tepp/discriminations/

AOÛT 2008

► **2008 joint meeting of the UK Health Economists' Study Group and the Nordic Health Economists' Study Group**

Aberdeen Renseignement :
Royaume-Uni Health Economics Research Unit (HERU)
University of Aberdeen
Polwarth Building
Foresterhill – Aberdeen
AB25 2ZD - Scotland
© +44 (0)1224 553733 ou +44 (0)1224 553480
Fax : +44 (0) 1224 550926
29 août 2008 email : heru@abdn.ac.uk

■ Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Tarif d'abonnement 2007 : 100 € (franco de port)

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Heures d'ouverture :
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Directrice de la publication | Chantal Cases |
| Rédactrice en chef | Marie-Odile Safon |
| Rédactrices adjointes | Suzanne Chriqui - Véronique Suhard |
| Diffusion | Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier |
| Mise en page | Nicole Guervin |
