

## **Quoi de neuf, Doc?**

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé

Mars - Avril 2008

■ Service Documentation



## ► Présentation

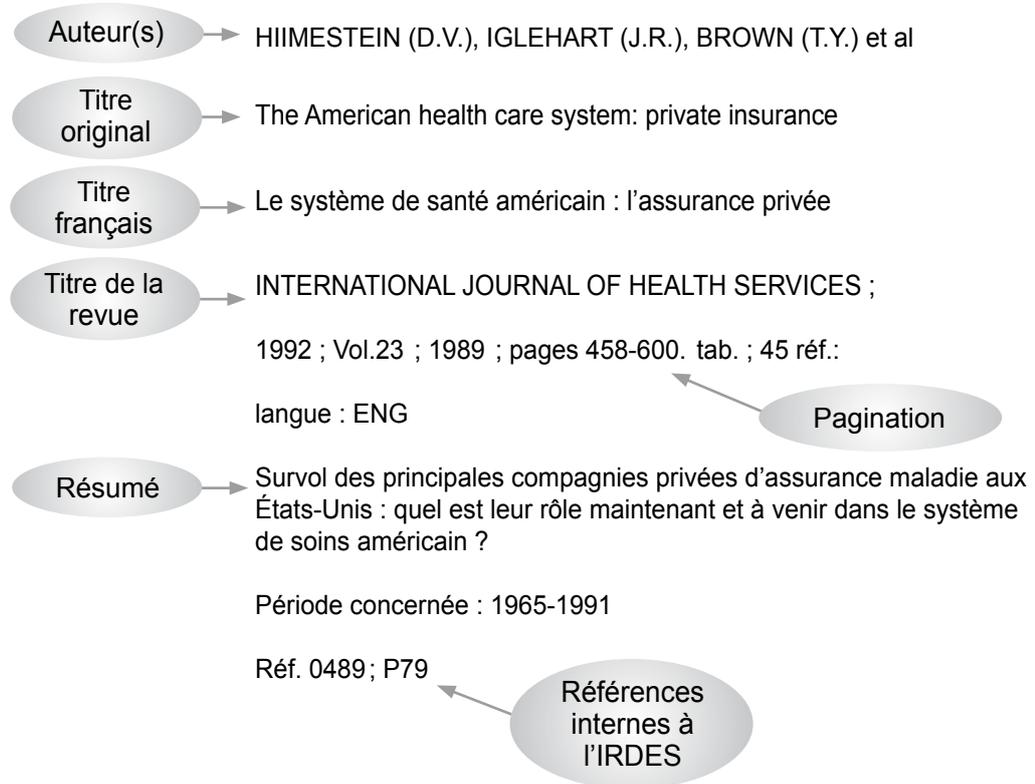
- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.  
Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'IRDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque 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

### 17 POLITIQUE DE SANTE

Histoire .....	17
Planification sanitaire .....	17
Réforme .....	17
Régulation .....	18
Santé mentale .....	18
Sociologie de la santé .....	18
Soins palliatifs .....	20

### 20 PROTECTION SOCIALE

Action sociale .....	20
Affections de longue durée .....	20
Assurance maladie.....	21
Concurrence.....	22
Dépenses sociales .....	22
Financement .....	22
Généralités.....	24
Historique .....	24
Minima sociaux .....	24
Protection complémentaire .....	25
Réforme .....	25
RMI.....	25

### 26 PRÉVENTION - SANTÉ

Cancer colo-rectal .....	26
Cancer de la prostate.....	27
Comportement de santé.....	27
Disease management .....	27
Nutrition.....	28
Risques professionnels.....	28
Vaccination.....	28

### 29 DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes de la protection sociale .....	29
Comptes nationaux de la santé.....	29
Études comparées .....	30
Financement .....	30
Maîtrise des dépenses .....	30
Soins de longue durée .....	31
Vieillesse .....	31

### 31 CONSOMMATION MÉDICALE

Médicaments.....	31
Recours aux soins.....	32
Tourisme médical .....	32

### 32 INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme.....	32
Handicap auditif .....	33
Mortalité .....	33
Tabagisme.....	34
Travail et santé.....	34

### 34 PERSONNES ÂGÉES

Emploi des seniors.....	34
Incapacités .....	35
Prise en charge .....	36

### 36 GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

Enfants .....	36
Inégalités de santé .....	36
Jeunes adultes .....	38
Pauvreté.....	39
Personnes handicapées.....	40

## 40 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Disparités régionales.....	40
Sectorisation .....	41
Soins primaires .....	41

## 42 MÉDECINE LIBÉRALE

Conditions de travail.....	42
Démographie médicale .....	42
Histoire professionnelle.....	43
Médecine alternative.....	43
Pratique médicale .....	43
Pédiatrie.....	44
Relations médecin/malade.....	44
Rémunération.....	45
Réseaux de santé .....	45
Sondages d'opinion.....	46
Recherche.....	46
Urgences médicales.....	46

## 46 HÔPITAL

Budget hospitalier .....	46
Coût de l'hospitalisation .....	47
Droits du malade .....	47
Financement .....	48
Hospitalisation.....	48
Hospitalisation à domicile.....	48
Indicateurs de gestion hospitalière.....	49
Tarification hospitalière.....	49

## 50 PROFESSIONS DE SANTÉ

Chirurgiens-dentistes .....	50
Délégation de soins.....	50
Démographie médicale .....	50
Formation .....	51
Infirmiers .....	51
Migration internationale.....	51
Personnel hospitalier.....	51

## 52 MÉDICAMENTS

Automédication .....	52
Déremboursement .....	52
Données d'ensemble .....	52
Industrie pharmaceutique.....	53
Innovation médicale .....	53
Observance thérapeutique.....	54
Pharmacie hospitalière.....	55
Pharmaco-épidémiologie .....	55
Pharmacovigilance.....	55
Politique des médicaments .....	56
Prix.....	57
THS.....	57

## 58 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Dossier médical informatisé.....	58
Innovations médicales.....	59

## 59 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Belgique .....	59
Canada.....	60
Espagne.....	61
États-Unis.....	61
Europe.....	63
Grande-Bretagne .....	64
Nouvelle-Zélande.....	64
Pays industrialisés .....	64
Pologne.....	65
Roumanie.....	66
Suisse .....	66

## 66 PRÉVISION - ÉVALUATION

Dépenses pharmaceutiques .....	66
Obésité.....	67
Soins informels.....	67

## 67 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Chômage.....	67
Inégalités de santé .....	68
Méthode épidémiologique .....	68
Recueil de données .....	68
Statistiques sociales.....	69
Théorie économique .....	69

## 69 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Données d'ensemble .....	69
Famille.....	70
Histoire.....	70
Mobilité géographique.....	71

## 71 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

Centre de ressources documentaires et multimédia .....	71
Sciences sociales.....	72

## 72 RÉGLEMENTATION

Brevets .....	72
Données personnelles .....	72
Droits des malades .....	73
Médicaments.....	73
Police sanitaire.....	73

## AUTRES RUBRIQUES

Index des auteurs .....	77
Carnet d'adresses des éditeurs .....	85



## ► Références bibliographiques



## ► Histoire

37080

ARTICLE , INTERNET

HAINES (A.), HORTON (R.), BHUTTA (Z.)  
Italian Global Health Watch. (O.I.S.G.).Bologne. ITA

From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy.

***D'Alma Ata au Fond global : l'histoire d'une politique de santé internationale.***

SOCIAL MEDICINE

2008/01 : Vol : 3 : N° : 1 : Pages : 36-48,  
tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/socialmedicine/article/view/186/380>

This paper traces the evolution of international health policies and international health institutions, starting from the birth of the World Health Organization, the setting up of the Health for All target at the Alma Ata conference in 1978 and the rise of neo-liberal policies promoted by international financial institutions from 1980 to the present. The paper looks at different issues surrounding public-private partnerships and the setting up of the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and the influence of these institutions on the health systems in poor countries.

## ► Planification sanitaire

35672

FASCICULE , CONGRES

GRIMAUD (M.A.), JEAN (M.S.), CONTANDRIOPOULOS (A.P.), ROCHON (J.), LEGARE (J.), VEZINA (S.), MAIONI (A.), MANFREDI (C.P.), PASCAL (C.), PERROTIN (C.), DOUCET (H.)

***Allocations des ressources en santé : enjeux, perspectives, choix éthiques et bioéthiques.***

17e Entretiens du centre Jacques Cartier,  
Montréal, 2004/10/07-08

RUPTURES : REVUE

TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE

2006 : Vol : 11 : N° : 1 : Pages : 9-78

Cote Irdes : P102

<http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/ruptvol111.pdf>

Cette section de la revue Ruptures reproduit les actes du colloque "Allocations des ressources en santé : enjeux, perspectives, choix éthiques et bioéthiques", colloque qui s'est tenu les 7 et 8 octobre 2004 à l'Université du Québec à Montréal, dans le cadre des 17e entretiens du centre Jacques Cartier.

## ► Réforme

36185

ARTICLE

CROCHET (B.), SEGOUIN (C.), DE MONTLEAU (A.)

***La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 : une loi axée sur le comportement des acteurs.***

Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

SANTE ET SYSTEMIQUE

2006 : Vol : 9 : N° : 3-4 : Pages : 19-20

Cote Irdes : A3626

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 marque un tournant important dans la méthode utilisée pour les plans d'équilibre financier de l'assurance maladie successifs. Pour la première fois, les nouvelles recettes dégagées ne représentent que moins du tiers du déséquilibre financier total des années 2005 à 2007, et les réformes de fond, amélioration de la prise en charge du patient, renforcement de la qualité des soins tant par la formation médicale continue que par l'évaluation des pratiques professionnelles, responsabilisation des acteurs sur le plan financier, modification de la gouvernance etc., sont des éléments-clés. Le rôle des assurances complémentaires est clairement affirmé comme un partenaire du remboursement des soins. Le déséquilibre de l'ensemble des risques sociaux (vieillesse, famille, santé...) qui s'annonce, impose la participation des assurances complémentaires au financement des soins.

## ► Régulation

35389

ARTICLE  
GUILLAUME (M.)

### ***La concurrence en économie de la santé : une liaison difficile et légitime.***

Concurrence et santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2007/07 ; N° : 15 : Pages : 23-29  
Cote Irdes : P168

La santé est restée longtemps à l'écart de la concurrence. Selon des modalités spécifiques à chaque pays, les autorités publiques géraient le financement et contrôlaient strictement le système productif de santé. Plusieurs facteurs étendent et approfondissent aujourd'hui les mécanismes concurrentiels : nouveaux marchés en marge de la médecine, financements complémentaires sur le marché concurrentiel de l'assurance, enjeux de compétition mondiale pour un secteur devenu stratégique, nécessité de rendre cohérents entre eux les systèmes de santé européens. La difficulté reste de trouver une régulation de la concurrence compatible avec l'objectif essentiel de solidarité.

35823

ARTICLE, COMMUNICATION  
BARDEY (D.), LESUR (R.)  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA  
I.D.E.P.

### ***Optimal regulation of health system with induced demand and ex post moral hazard.***

*Régulation optimale du système de santé dans un contexte de demande induite et de risque moral ex post.*

Health, insurance, equity.

Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique. Marseille.2004/06

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 :Pages : 279-293, fig.  
Cote Irdes : P41

Cet article étudie la régulation jointe du secteur de l'offre de soins et des contrats d'assurance maladie dans un cadre d'analyse comprenant à la fois des phénomènes de demande induite de la part des médecins et des comportements de risque moral ex post des assurés. Après avoir défini un cadre théorique permettant de réconcilier ces deux types de comportements,

il montre que sous certaines conditions, les réglementations ne contenant que des incitations que d'un côté peuvent être dominées par des réglementations de type policy-mix.

## ► Santé mentale

36888

ARTICLE  
MCDAID (D.), KNAPP (M.), MEDEIROS (H.)  
Mental health and economics in Europe : findings from the MHEEN group.

### ***Economie de la santé mentale en Europe : recherches réalisées par le Réseau européen d'économie de la santé mentale.***

EUROHEALTH

2007 : Vol : 13 N° : 3 : Pages : 1-6, 3 fig.  
Cote Irdes : Bulletin étranger

Mental health has become an increasingly important issue both at national and European levels. Working across thirty two countries, the Mental Health Economics European Network has been undertaking comparative analysis grouped around a number of themes including organisational structures and service provision, employment and the health/social care interface. In this article we highlight some of the findings in respect of funding, look at how economic incentives can influence the balance between institutional and community based care, and consider the merits of the economic case for promoting mental health and well-being.

## ► Sociologie de la santé

35673

ARTICLE  
CONTANDRIOPOULOS (A.P.)

### ***Eléments pour une «topographie» du concept de santé.***

Penser autrement la santé, Montréal, 2004/10/07-08

RUPTURES : REVUE

TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE

2006 : Vol : 11 : N° : 1 : Pages : 86-99

Cote Irdes : P102

Alors qu'il existe un large accord sur le fait que les représentations de la santé et de ses déterminants sont à la base de la conception de ce que devrait être le système de soins, des attentes de la population à son égard et du

rôle que devrait jouer l'État dans le domaine de la santé, nous constatons que très peu de travaux s'intéressent à ce qu'est la santé. Partant de l'idée que la santé et la maladie sont des concepts indissociables sans pour autant être les inverses l'un de l'autre, nous proposons une « topographie » du concept de santé en explorant ses dimensions ontologique, épistémologique, méthodologique et téléologique. La santé, vérité de la vie, apparaît comme une qualité fondamentale de l'être humain qui s'exprime dans chacune des quatre dimensions (biologique, sociale, psychique, rationalité) définissant tout être humain. Les connaissances à mobiliser pour rendre compte dans sa complexité du concept santé – maladie doivent provenir d'un dialogue à organiser entre les sciences de la vie, les sciences sociales et les sciences du comportement. L'avancement des connaissances dans ce domaine repose sur la mobilisation des méthodes scientifiques les plus pertinentes dans chacun des grands champs disciplinaires (spécialisation méthodologique disciplinaire) et en même temps sur l'intégration des résultats spécialisés dans un schéma interprétatif interdisciplinaire qui reste très largement à construire. Plus les connaissances sur la santé et ce qui l'affecte s'affineront, plus il deviendra possible de proposer des politiques de santé efficaces et légitimes.

35675

ARTICLE  
STERLIN (C.)

***Pour une approche interculturelle du concept de santé..***

Penser autrement la santé. Montréal.  
2004/10/07-08

RUPTURES : REVUE  
TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE  
2006 : Vol : 11 : N° : 1 : Pages : 112-121  
Cote Irdes : P102

Dans cet essai, l'auteur questionne le « pré-supposé » selon lequel le concept de santé généralement partagé par les occidentaux serait universel. Il met en parallèle l'approche de la santé, de la maladie et les soins dans les sociétés occidentales anthropocentriques et celle des sociétés dont les références culturelles sont « kosmocentriques » (ex. : Haïti). Dans le contexte de la violence actuelle des rapports nord / sud, il met en garde contre le potentiel destructeur d'un « ordre mondial de la santé » par lequel des « missions sanitaires » imposeraient leur approche aux sociétés dites « en voie de développement ». Les conditions

préalables à l'élaboration d'un concept métissé de la santé sont enfin évoquées.

35676

ARTICLE  
ALMEIDA-FILHO (N.)

***Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé.***

Penser autrement la santé, Montréal,  
2004/10/07-08

RUPTURES : REVUE  
TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE  
2006 : Vol : 11 : N° : 1 : Pages : 122-146  
Cote Irdes : P102

Afin de déterminer les conditions possibles d'une théorie générale de la santé, nous explorons les deux dimensions les plus structurantes du champ scientifique de la santé : la dimension socio-anthropologique et la dimension épistémologique. Nous proposons, comme marquage sémantique préliminaire, une définition de la série signifiante : disease=maladie diagnostiquée ; disorder=trouble ; illness=maladie ressentie ; sickness=maladie en tant que phénomène social. Dans un premier temps, nous passons en revue un certain nombre de théories sociologiques et de conceptions biomédicales de la santé et de la maladie qui, malgré leurs limites, constituent un bon point de départ, compte tenu du caractère dialectique et multidimensionnel du Complexe SID (Sickness-Illness-Disease). Nous abordons ensuite les contributions des fonctionnalistes Parsons, Nagi, Susser et Field, puis l'approche plus phénoménologique de Engelhardt et de Fulford. Les propositions du philosophe Christopher Boorse, reprises dans la théorie de Pörn-Nordenfelt, retiennent enfin notre attention. Dans un deuxième temps, nous analysons un certain nombre d'approches socio-anthropologiques autour desquelles s'articulent des théories de la maladie diagnostiquée (disease), particulièrement l'approche interprétative de Kleinman, de Eisenberg, de Good&Good et de Young ainsi que l'approche sémiologique de la santé et de la maladie proposée par Bibeau et Corin qui s'inscrit dans la théorie des « signes, significations et pratiques de santé ». Dans un troisième temps, nous analysons un certain nombre de questions épistémologiques soulevées par la question de la santé en tant que concept scientifique. Il s'agit alors de justifier son statut d'objet-modèle à partir des contributions récentes des grands philosophes Canguilhem, Foucault, Gadamer

et Samaja. Finalement, en vue d'un élargissement du débat et de la construction théorique du champ de la santé collective, nous proposons une systématisation de différents « modes de santé ».

## ► Soins palliatifs

37158

ARTICLE

MINO (Jean-Christophe), FRATTINI (Marie-Odile)

**Les soins palliatifs en France : «mettre en pratiques» une politique de santé.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/04-06 : N° : 2 : Pages : 139-156

Cote Irdes : P59

En France, les soins palliatifs sont aujourd'hui dans une situation paradoxale. A leurs débuts, il y a une vingtaine d'années, l'idée même de soins palliatifs provoquait malaise, méfiance, voire rejet de la part du milieu médical. Aujourd'hui, leur intérêt est reconnu par tous les acteurs du système de soins et plus personne n'ose les qualifier de «sous-médecine». Pourtant, s'ils ont enfin réussi à devenir un pan incontournable des discours sur la fin de vie, faisant l'objet du soutien de l'Ordre des médecins, des pouvoirs publics et d'une loi votée à l'unanimité au Parlement, la mise en oeuvre effective de ces proclamations reste limitée. Son enjeu principal consiste donc dans sa «mise en pratiques concrètes».

## PROTECTION SOCIALE

### ► Action sociale

35423

ARTICLE

GIORGI (D.), SAINTOYANT (V.)

**Gouvernance des politiques d'action sociale décentralisées et méthode ouverte de coordination communautaire.**

DROIT SOCIAL : 2007/07-08 : N° : 7/8 :

Pages : 885-893

Cote Irdes : P109

Pendant longtemps, la politique d'action sociale en France est restée centralisée, de l'Empire

à la cinquième république. Depuis les lois de décentralisation n° 2003-1200 du 18 décembre 2003 relative au RMI et n° 2004-809 du 13 août 2004, la décentralisation est particulièrement marquée dans le domaine social avec les transferts de compétence aux collectivités territoriales. Cet article présente le système de gouvernance, la méthode de coordination entre l'Etat et les collectivités, l'évaluation et le contrôle.

### ► Affections de longue durée

36225

ARTICLE

PERROT (Pascal), WEILL (Alain), VALLIER (Nathalie), et al.

**Les affections de longue durée.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/06 : N° : 59 : : Pages : 17-60, fig., tabl.

Cote Irdes : C, P49

Les affections de longue durée (ALD) sont progressivement devenues un enjeu sanitaire, financier et politique majeur. C'est la conséquence combinée du vieillissement de la population, et du développement du nombre des pathologies chroniques et du renchérissement du coût des prises en charge, notamment en raison du progrès médical. Aujourd'hui, le nombre de patients en ALD dépasse les 8 millions, progresse de plus de 5 % par an depuis dix ans, et les dépenses afférentes représentent 60 % du total des dépenses remboursées. Face à ce constat, il est légitime de s'interroger sur un dispositif né en 1945 dans un contexte différent. La prise en charge à 100 %, initialement imaginée pour 4 «longues maladies» concerne aujourd'hui près de 400 pathologies différentes regroupées dans 30 ALD, auxquelles il convient d'ajouter celles relevant d'une procédure dite «hors liste». Si le principe de solidarité reste intangible entre les deux périodes, les modalités et les coûts de prise en charge des pathologies sont sans commune mesure. Ce dossier spécial sur les ALD poursuit un triple objectif : comprendre le dispositif actuel, comprendre les enjeux, ouvrir le débat.

36234

ARTICLE

VALLIER (Nathalie), SALANAVE (Benoît), WEILL (Alain)

**Les aspects économiques des affections de**

**longue durée.**

Les affections de longue durée.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2007/06 : N° : 59 : Pages : 30-37, fig., tabl.

Cote Irdes : C, P49

Les dépenses de soins des 12 % d'assurés bénéficiant de la prise en charge en ALD représentent 60 % des remboursements de l'assurance maladie. Il existe une grande disparité des coûts selon les affections. La maîtrise des dépenses de santé passe par une meilleure compréhension des comportements de consommation médicale. Les données d'ALD présentées ici y participent et doivent être complétées par d'autres analyses, en particulier par maladie.

36241

ARTICLE  
GARROS (Bertrand)

**ALD et complémentaires santé : pour une gestion intégrée du risque avec l'assurance maladie obligatoire.**

Les affections de longue durée.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2007/06 : N° : 59 : Pages : 51-54

Cote Irdes : C, P49

Plaidoyer pour une vision stratégique globale de la prise en charge des ALD dans une démarche cohérente du risque santé.

36243

ARTICLE  
LAVERGNE (Stéphane)

**Le point de vue des usagers sur le dispositif des ALD.**

Les affections de longue durée.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2007/06 : N° : 59 : Pages : 57-59

Cote Irdes : C, P49

Pour le collectif interassociatif sur la santé, représentant les associations d'usagers du système de santé, la réforme du dispositif des ALD doit se situer dans le cadre d'une réflexion sur l'ensemble de notre système de soins.

37148

ARTICLE  
OBRECHT (Olivier)

**Dossier : affections de longue durée. Dispositif actuel.**

CONCOURS MEDICAL

2007/11/27 : Vol : 129 : N° : 35-36 : Pages :  
1215-1274

Cote Irdes : P19

La réflexion actuellement engagée sur la réforme des ALD s'oriente vers une refonte du dispositif qui conduit certains à vouloir l'intégrer dans un système de «bouclier sanitaire» encore en gestation, dont le principe repose sur l'exonération du ticket modérateur au-delà d'un seuil de dépenses restant à la charge des patients, et non plus en fonction d'une maladie. Ce dossier fait le point et propose un renfort des guides médecins déjà publiés.

## ► Assurance maladie

36426

ARTICLE  
SIMON (J.)

**Assurance-maladie : réponse à François Ecalle.**

SOCIETAL

2007/10 : N° : 58 : Pages : 45-46

Cote Irdes : P114

Dans le numéro 56 de Sociétal, François Ecalle faisait une proposition sur le mode de remboursement des dépenses maladie visant à introduire des modulations dans les franchises et les tickets modérateurs fixés en fonction des revenus. Cette proposition est suffisamment novatrice pour avoir suscité des réactions très diverses. Cet article présente la réaction de Jacqueline Simon, qui, se référant aux pratiques connues dans l'assurance, propose plutôt la création d'une franchise maladie.

## ► Concurrence

35390

ARTICLE  
LAURENT (D.)

### ***Financeurs publics et financeurs privés.***

Concurrence et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007/07 : N° : 15 : Pages : 31-37

Cote Irdes : P168

La concurrence entre financeurs publics et financeurs privés peut être, au vu d'exemples européens concrets, sources d'innovations tant pour gérer le risque maladie que pour diversifier et améliorer la qualité des services offerts. Cette concurrence ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence. Dans un contexte de concurrence assumée, la plupart des innovations présentées pourraient être mises en oeuvre pour améliorer la gestion et la qualité des systèmes publics, notamment en France.

## ► Dépenses sociales

36610

ARTICLE  
ELBAUM (M.)

### ***Protection sociale et solidarité en France : évolutions et questions d'avenir.***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2007 : N° : 102 : Pages : 559-622

Cote Irdes : P120

Les mécanismes de solidarité qui caractérisent le système de protection sociale français ont connu depuis vingt-cinq ans des évolutions diverses et parfois contradictoires. Les théories post-welfaristes de la justice sociale et les « nouvelles théories du marché du travail » ont mis l'accent, de façon assez contestable, sur la responsabilité individuelle et les effets pervers des prestations sociales. L'enchevêtrement des instruments et de logiques s'est accru : à l'« hybridation » des prestations a répondu une diversité croissante de composantes et d'acteurs (organismes de protection complémentaire, collectivités décentralisées), qui suscite des problèmes d'équité et de régulation. Les questions de coût du travail et de financement n'ont cessé de polariser l'attention, alors que le sous-emploi et la fragmentation des statuts remettaient en cause l'efficacité

même de la couverture sociale. Les possibilités de transferts d'assiette étant désormais limitées suite aux exonérations sur les bas salaires, il faut surtout réfléchir à la nécessité d'un financement solidaire des dépenses sociales à mutualiser. L'impact du vieillissement sur les dépenses est à cet égard inéluctable, mais ce sont avant tout les choix collectifs qui en détermineront l'ampleur, notamment pour la santé et la dépendance. Les incitations financières mises en avant pour « responsabiliser les assurés » en matière de retraites, de santé ou de minima sociaux tendent à faire peser sur eux l'essentiel des ajustements, alors qu'ils n'ont souvent pas de réelle liberté de choix, en l'absence de responsabilisation réciproque des autres acteurs du système (entreprises, professionnels de santé...). Enfin, les questions d'universalité ou de ciblage des prestations d'une part, d'individualisation ou de familialisation du système socio-fiscal d'autre part, ont pris une nouvelle actualité avec les prestations en faveur du handicap et de la dépendance, l'idée de moduler les remboursements maladie en fonction du revenu, les perspectives de réforme des avantages conjugaux et familiaux liés à la retraite, et les projets visant à favoriser l'autonomie des jeunes.

## ► Financement

35818

ARTICLE, COMMUNICATION  
HENRIET (D.), ROCHET (J.C.)  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA  
I.D.E.P.

### ***Is public health insurance an appropriate instrument for redistribution ?***

*La fourniture publique d'assurance maladie est-elle un instrument de redistribution adapté ?*

Health, insurance, equity. Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique, Marseille, 2004/06.

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 61-88

Cote Irdes : P41

La part du secteur public en assurance maladie varie considérablement d'un pays à l'autre. Elle est plus importante dans les pays à forte tendance redistributrice. Cet article propose d'en donner une explication théorique plausible : un système d'assurance maladie, financé par l'impôt, peut être un outil efficace de re-

distribution, complémentaire à la taxation du revenu. Ce résultat repose sur l'hypothèse d'une corrélation négative entre morbidité et revenu, corrélation qui semble être validée sur données macroéconomiques.

35899

ARTICLE  
SEURET (F.)

***Injustes franchises.***

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2007/09 : N° : 261 : Pages : 24

Cote Irdes : P104

Pour faire face au déficit de l'assurance maladie (6,4milliards d'euros en 2007), le gouvernement a décidé d'instaurer des forfaits pour certains types de soins, restant à charge des assurés à partir du 1er janvier 2008. Ce système de franchises risque de pénaliser l'accès aux soins des assurés les plus pauvres. Cet article en démontre l'injustice.

36162

ARTICLE  
LE PEN (C.)

***Pour ou contre les franchises médicales.***

UNION SOCIALE : 2007 : N° : 210 : Pages : 28-31

Cote Irdes : Dossier de presse : Protection sociale/Généralités

Le gouvernement envisage la création des franchises sur certains actes de soins. D'où un lever de boucliers, du côté de ceux qui craignent que la solidarité s'effrite un peu plus, que les foyers à bas revenus renoncent aux soins... C'est la position du Collectif interassociatif sur la santé. Mais d'autres, comme Claude Le Pen estiment que la gratuité totale laisse filer les dépenses de santé, qu'on peut moduler la franchise en fonction des revenus. Cet article fait le point sur la question.

36425

ARTICLE  
MICHEL (C.), DEVAUX (S.)

***Le passage à la TVA sociale : ni ponction sur le pouvoir d'achat ni dévaluation compétitive.***

SOCIETAL

2007/10 : N° : 58 : Pages : 38-44

Cote Irdes : P114

Le débat sur la TVA sociale est devenu l'un des points forts du débat de politique économique. C'est un sujet délicat puisque certains analystes vont jusqu'à prétendre que son évocation pendant la campagne électorale a coûté cinquante députés à la majorité présidentielle. Pour l'aborder, Societal publie une analyse non pas de macroéconomiste, mais s'appuyant sur la façon dont sur le terrain les entreprises pourraient réagir à une telle mutation de notre dispositif fiscal.

36755

ARTICLE  
MERCIER (Anne-Laure)

***2007, année de la révolution franchise.***

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2007/10 : N° : 2697 : Pages : 16

Cote Irdes : C, P44

En France, la population se mobilise depuis un mois pour éviter une privatisation de l'assurance maladie, craignant que son système de protection maladie solidaire ne soit à terme dominé par les assurances privées. En cause, les franchises médicales inscrites au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2008. Après une vaste pétition contre cette mesure, la création du collectif national contre les franchises et pour l'accès aux soins pour tous, deux journées d'action ont réunis plus de 15 000 opposants. Avant sa présentation en conseil des ministres, le PLFSS a été soumis pour consultation aux organismes payeurs et les avis négatifs se sont succédés. Malgré cela, le PLFSS poursuit sa route et est débattu à l'Assemblée nationale.

37223

ARTICLE  
SYMERY (M.)

***Sécurité sociale et solidarité : quel avenir ?***

Santé et polices.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007 : N° : 17 : Pages : 105-114

Cote Irdes : P168

La diminution progressive de la prise en charge collective pour les soins qui ne concernent pas les affections longue durée, laissant peu à peu la place aux assurances privées et à une part croissante des frais à la charge du malade, contribue à créer des inégalités sociales, alors que le système assurantiel privé est reconnu moins efficace et plus coûteux que

celui basé sur la solidarité. Plus qu'un choix de financement pour pérenniser notre système de santé, c'est un choix de société qui se présente. A nous d'être vigilant pour ne laisser personne au bord de la route.

## ► Généralités

35817

FASCICULE, CONGRES  
ROCHAIX (L.) / préf., GRAVEL (N.) / préf.,  
TRANNOY (A.) / préf.  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Mar-  
seille. FRA  
I.D.E.P.

### **Santé, assurance, équité.**

Health, insurance, equity. Troisième  
Conférence de l'Institut d'Economie Publique.  
Marseille

2004/06.

ANNALES D'ECONOMIE ET DE  
STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 367p.

Cote Irdes : P41

Ce fascicule spécial rassemble les communi-  
cations de la troisième conférence de l'Institut  
d'Economie Politique (IDEP) sur le thème de  
la santé, de l'assurance et de l'équité, tenue à  
Marseille en juin 2004. Cette conférence pré-  
sentait plus de 60 contributions sur différentes  
questions relatives à l'économie et à la ges-  
tion des systèmes de santé.

## ► Historique

35422

ARTICLE  
DUFOUR-KIPPELEN (S.), JOEL (M.E.)

### **L'Etat-providence en France depuis la fin des années 90.**

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE  
2006 : N° : 4 : Pages : 691-714, tabl., graph.  
Cote Irdes : P196

La situation de chômage structurel important,  
la croissance des dépenses de santé et le  
vieillessement de la population placent l'Etat-  
providence français au coeur des débats  
publics. Cet article présente le système de  
protection sociale français et fait une analyse  
des différentes réformes mises en place de-  
puis 1990 dans les branches de la protection  
sociale : branche vieillesse, dépendance et

handicap, branche maladie, branche emploi,  
branche pauvreté et exclusion, branche fa-  
mille.

## ► Minima sociaux

36545

FASCICULE  
BOISGUERIN (Bénédicte)

### **Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/10 : N° : 603 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

[http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/  
er603/er603.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er603/er603.pdf)

Une enquête a été effectuée par la DREES  
au deuxième trimestre 2006 auprès de per-  
sonnes allocataires de minima sociaux (RMI,  
API et ASS) au 31 décembre 2004. A la date  
de l'enquête, les allocataires toujours présents  
dans le dispositif bénéficient plus fréquem-  
ment de la couverture maladie universelle  
complémentaire (CMUC) que ceux qui en sont  
sortis. L'état de santé de ces allocataires est  
moins bon que celui de la population générale  
et ils ont plus de problèmes de santé affectant  
leur travail que les personnes sorties de ces  
dispositifs.

37164

FASCICULE  
SAUTORY (Olivia), ADJE (Brou)

### **Les allocataires des minima sociaux en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/12 : N° : 617 : Pages : 8p., fig., graph.

Cote Irdes : P83

[http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/  
er-pdf/er617.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er617.pdf)

Fin 2006, 3,5 millions de personnes sont al-  
locataires de l'un des dix minima sociaux, ce  
qui représente une baisse de - 0,3 % par rap-  
port à 2005. La baisse du nombre d'allocatai-  
res du revenu minimum d'insertion (-0,8 %),  
qui s'inscrit dans un contexte d'amélioration  
du marché du travail, explique pour une large  
part cette diminution. Le nombre de bénéfi-  
ciaires de l'allocation de solidarité spécifique  
(ASS) diminue également (-2,1 %). La crois-  
sance régulière du nombre d'allocataires de  
l'AAH s'affaiblit nettement. En revanche, la  
croissance du nombre de bénéficiaires de l'al-

location de parent isolé (API) continue de se renforcer (+5,5 %). Alors que le nombre d'allocataires de minima sociaux diminue en métropole, celui-ci continue d'augmenter dans les départements d'outre-mer (DOM), mais à un rythme ralenti (+0,4 %).

## ► Protection complémentaire

35824

ARTICLE, COMMUNICATION

BARIGOZZI (F.)

Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA

I.D.E.P.

***Supplementary insurance with ex-post moral hazard : efficiency and redistribution.***

*Assurance complémentaire avec risque moral ex post : efficience et redistribution.*

Health, insurance, equity. Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique, Marseille, 2004/06.

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 295-325, fig.

Cote Irdes : P41

Cet article analyse les systèmes de santé de type « topping-up » lorsque l'assureur public et l'assureur privé utilisent un contrat linéaire. Dans le modèle, les consommateurs diffèrent par rapport à leur productivité marginale, l'offre de travail est endogène, la couverture publique est uniforme et les dépenses de santé sont financées par la taxation linéaire. Le résultat principal montre que la couverture publique optimale est négative et les consommateurs ont une couverture sub-optimale.

## ► Réforme

36723

ARTICLE

LAVERGNE (Stéphane)

***Financement et organisation des soins. L'indissociable complémentarité des enjeux de l'assurance maladie.***

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2007/07-08 : N° : 517 : Pages : 66-67

Cote Irdes : P22

Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), qui représente depuis plus de 10 ans les inté-

rêts communs à tous les usagers du système de santé, donne ici son point de vue sur la réforme de l'assurance maladie et appelle à un vaste débat public sur le sujet. Pour le CISS, la réflexion ne doit pas porter sur la seule question des dépenses mais doit prendre en compte également la question de l'organisation des soins. Plus que jamais, l'impératif de coordination des soins et de décloisonnement doit être au coeur des mesures à prendre afin de : - garantir une offre de soins à tarifs opposables sur l'ensemble du territoire ; - garantir une coordination des différents acteurs de la prise en charge des patients ; - garantir la qualité des soins par la promotion des bonnes pratiques médicales.

## ► RMI

37160

FASCICULE

HENNION (Marie), NAUZE-FICHET (Emmanuelle), CAZAIN (Sophie)

***Le nombre d'allocataires du RMI au 30 septembre 2007.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/12 : N° : 613 : Pages : 4p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er613.pdf>

Au 30 septembre 2007, en métropole et dans les départements d'outre-mer (DOM), 1,18 million de foyers perçoivent le revenu minimum d'insertion (RMI). On observe une stabilisation du nombre de titulaires de contrats d'avenir et de contrats insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA). Au troisième trimestre 2007, 43 000 allocataires du RMI ont repris un emploi et sont entrés dans le nouveau dispositif d'intéressement en vigueur depuis octobre 2006. Les reprises d'emploi concernent plus souvent des personnes jeunes, inscrites récemment au RMI et sans conjoint ni enfants.

## ► Cancer colo-rectal

35425

ARTICLE

BRETAGNE (J.F.), MANFREDI (S.), HERES-BACH (D.)

**Dépistage de masse du cancer colon-rectal : présent et avenir.**

PRESSE MEDICALE (LA)

2007/07-08 : Vol : 36 : N° : 7-8 : Pages : 1063-1063, tabl., graph.

Cote Irdes : P180

Le dépistage du cancer colorectal par test Hémocult II™ est la seule méthode dont l'efficacité pour réduire la mortalité spécifique a été prouvée par des études contrôlées et randomisées. Les premières expériences départementales reposant sur cette stratégie reproduisent à l'échelle des populations concernées les résultats des études expérimentales. La généralisation du dépistage en France est une priorité de santé publique. Elle permettrait d'initier une campagne médiatique d'envergure nationale qui actuellement fait défaut, et d'éviter les accusations de perte de chance. Les tests immunologiques identifiant la présence de sang dans les selles offrent un gain en sensibilité par rapport aux tests au gaïac, surtout pour le diagnostic des adénomes et à un moindre degré celui des cancers. Ils pourraient constituer une alternative aux tests au gaïac, au prix d'un surcoût. La coloscopie totale proposée tous les 10 ans à partir de 50 ans ou une fois dans la vie autour de 60 ans n'est pas une méthode réaliste en raison de son coût et de ses risques. La coloscopie courte, en cours d'évaluation dans plusieurs pays dans le cadre d'essais contrôlés et randomisés, ne semble ni adaptée aux évolutions épidémiologiques du cancer colorectal, ni à la pratique de l'endoscopie en France. La coloscopie virtuelle est une alternative séduisante à la recherche de saignement occulte dans les selles. L'évaluation en cours ne doit pas interférer avec la généralisation de méthodes d'efficacité prouvée. La coloscopie virtuelle risque d'être concurrencée par les nombreuses techniques d'exploration endoscopique du côlon émergentes, dont la capsule colique. Les évolutions prévisibles du dépistage du cancer colorectal devront tenir compte de l'opinion des professionnels de santé et du public afin d'améliorer l'adhésion d'une grande partie de la population. Les données médico-économiques seront un facteur déterminant du choix entre les nouvelles stratégies.

36576

ARTICLE

DREUX (Claude), COUTURIER (Daniel)

Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

**Dépistage organisé du cancer colorectal.**

**Situation actuelle et évolution souhaitable.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2007 : Vol : 19 : N° : 1 : Pages : 155-166

Cote Irdes : C, P76

L'utilité d'un dépistage précoce des cancers colorectaux ou des polypes susceptibles d'évoluer en cancers n'est plus à démontrer. L'Académie nationale de médecine a pris position sans ambiguïté dans un communiqué adopté en 2002, puis un rapport voté en 2004 en association avec l'Académie nationale de pharmacie. La recherche de sang occulte dans les selles suivie du test, en cas de positivité d'une coloscopie est la méthode appliquée dans pratiquement tous les pays ayant mis en place un dépistage organisé. Cette méthode est recommandée chez les personnes de 50 à 74 ans. La technique basée sur la recherche de sang dans les selles avec la réaction au gaïac est la seule préconisée jusqu'ici en France et utilise le test HEMOCCULT. Cette méthode non spécifique du sang humain présente des performances limitées, particulièrement en terme de sensibilité. L'étude, chez dix mille personnes d'une nouvelle méthode de détection du sang humain dans les selles par une technique immunologique automatisée en comparaison avec l'HEMOCCULT fait preuve d'une réelle avancée tant en sensibilité qu'en spécificité si l'on adapte le seuil de positivité du test aux nécessités du dépistage. Il faut tenir compte néanmoins des rares complications et du caractère pénible de la coloscopie qui imposent une spécificité élevée pour éviter les coloscopies inutiles. L'Académie nationale de médecine recommande notamment que dans les nouveaux départements proposés pour le dépistage en 2007 la méthode immunologique automatisée soit privilégiée par les autorités de santé. Dans ces départements de même que dans les vingt-trois premiers utilisant l'HEMOCCULT, une évaluation des résultats devra être effectuée tous les deux ans en tenant compte, en particulier, du rapport coût/efficacité du dépistage.

36614

ARTICLE

**Dépistage du cancer colorectal : efficacité modeste, risques acceptables.**

REVUE PRESCRIRE

2007/12 : Vol : 27 : N° : 290 : Pages : 923-926

Cote Irdes : P80

En France, des expériences pilotes ont été menées, et le dépistage organisé du cancer colorectal en deux temps a été étendu. Il est prévu qu'il soit disponible sur tout le territoire national en 2008. De nouvelles données modifient-elles sa balance bénéfices-risques ? Pour répondre à cette question, cet article se base sur l'analyse de cinq essais comparatifs dépistage versus absence de dépistage, chez au total plus de 400 000 personnes âgées d'au moins 45 ans .

## ► Cancer de la prostate

35424

ARTICLE

AUPERIN (A.), LAPLANCHE (A.), HILL (C.)

**Dépistage du cancer de la prostate dans la population générale : des inconvénients certains, un bénéfice hypothétique.**

PRESSE MEDICALE (LA)

2007/07-08 : Vol : 36 : N° : 7-8 : Pages : 1045-1053

Cote Irdes : P180

L'inconvénient majeur du dépistage du cancer de la prostate est le surdiagnostic, c'est-à-dire le dépistage de cancers qui ne seraient jamais devenus symptomatiques et dont les traitements entraînent souvent impuissance ou incontinence urinaire. Il n'est pas possible de recommander actuellement le dépistage du cancer de la prostate, car il n'existe pas encore de preuve de son efficacité pour réduire la mortalité par cancer de la prostate. Il faut attendre les analyses de la mortalité dans les 2 essais de dépistage qui ont été réalisés en Europe et aux États-Unis, analyses qui devraient commencer à partir de 2008.

## ► Comportement de santé

36964

ARTICLE , INTERNET

KHAW (K.T.), WAREHAM (N.), BINGHAM (S.A.), WELCH (A.), LUBEN (R.), DAY (D.)

**Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women : The EPIC-Norfolk Prospective Population Study.**

*Impact combiné des comportements de santé et de la mortalité chez les hommes et les femmes : The EPIC-Norfolk Prospective Population Study.*

PLOS MEDICINE

2008/01 : Vol : 5 : N° : 1 : Pages : 39-47

Cote Irdes : en ligne

[http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/1/pdf/10.1371\\_journal.pmed.0050012-S.pdf](http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/1/pdf/10.1371_journal.pmed.0050012-S.pdf)

There is overwhelming evidence that behavioural factors influence health, but their combined impact on the general population is less well documented. We examined the prospective relationship between lifestyle and mortality in a prospective population study of 20,244 men and women aged 45–79 y with no known cardiovascular disease or cancer at baseline survey in 1993–1997, living in the general community in the United Kingdom, and followed up to 2006.

## ► Disease management

36240

ARTICLE

LE FAOU (Anne-Laurence)

**La prise en charge des maladies chroniques à l'étranger.**

Les affections de longue durée.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/06 : N° : 59 : Pages : 45-50

Cote Irdes : C, P49

Le disease management, ou organisation coordonnée des soins, est appliqué aux maladies chroniques dans de nombreux pays (États-Unis, Allemagne, Royaume-Uni). Cette méthode est-elle adaptable au système de santé français ? Cet article tente de répondre à cette interrogation.

## ► Nutrition

36494

ARTICLE

**Le programme national nutrition santé : positif mais insuffisant.**

REVUE PRESCRIRE

2007/09 : N° : 287 : Pages : 704-707

Cote Irdes : C, P80

Depuis 2001, les pouvoirs publics ont mis en place en France un programme national de prévention des maladies chroniques au travers de l'alimentation. Les actions de ce programme sont multiples et variées, mais ses moyens sont trop insuffisants pour avoir une chance de contrebalancer les mauvaises habitudes alimentaires de la population et le matraquage publicitaire.

## ► Risques professionnels

37224

FASCICULE

COUTROT (T.)

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

**La prévention des risques professionnels vue par les salariés.**

PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHESSES

2008/01 : N° : 05.1 : Pages : 7p., 4 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : C, Bulletin français

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2008.01-05.1.pdf>

En 2005, 31 % des salariés déclarent avoir reçu soit une information, soit une formation sur les risques que leur travail fait courir à leur santé : 20 % dans les PME de moins de 50 salariés, deux fois plus dans les très grandes entreprises de plus de 1 000 salariés. L'information est plus systématique pour les salariés occupant des postes à risques, dans les entreprises dotées de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), ainsi que dans les entreprises qui ont adopté des innovations organisationnelles. L'encadrement et le médecin du travail sont les principales sources d'information des salariés.

83 % des salariés ont passé une visite médicale avec un médecin du travail au cours des deux années précédant l'enquête. Toutefois, les salariés en contrat précaire ou à temps partiel sont moins souvent vus par le médecin du travail. Les femmes semblent moins bénéficier des mesures de prévention des risques professionnels que les hommes.

## ► Vaccination

37198

ARTICLE

GUTHMANN (J.P.), FONTENEAU (L.), ANTONA (D.), LEVY BRUHL (D.)

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

**La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/12/25 : N° : 51-52 : Pages : 441-445, rés., fig.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/51\\_52/beh\\_51\\_52\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/51_52/beh_51_52_2007.pdf)

Il existe peu de données de couverture vaccinale chez l'adulte. Les dernières données nationales concernant la vaccination diphtérie/tétanos/poliomyélite datent de 1990. Nous présentons l'analyse des données issues de l'enquête Santé et protection sociale de 2002. Méthodes - Enquête réalisée sur un échantillon représentatif des ménages de France métropolitaine. Les informations sur la vaccination ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire chez les personnes de 16 ans ou plus. Résultats - La proportion de personnes vaccinées depuis moins de 15 ans, c'est-à-dire considérées comme couvertes par la vaccination, était de 71,2 % [IC95 % : 70,0-72,3] pour le tétanos, de 41,9 % [IC95 % : 40,7-43,2] pour la poliomyélite et de 33,7 % [IC95 % : 32,4-35,0] pour la diphtérie. Les taux de couverture diminuaient chez les femmes et les personnes âgées, chez les personnes dont le niveau d'études était bas, qui n'avaient pas de couverture médicale complémentaire et qui vivaient dans une famille à faible niveau de revenus. Les ouvriers non qualifiés, les agriculteurs, les artisans, commerçants et les habitants des zones Nord et Méditerranée étaient également moins bien couverts. Discussion-Conclusions - Même si la comparai-

son avec d'autres sources de données est en faveur d'une sous-estimation du fait du caractère déclaratif des informations recueillies, les couvertures vaccinales chez l'adulte paraissent insuffisantes pour les trois vaccins, en particulier chez les femmes et les personnes âgées. Des investigations complémentaires sont en cours afin de mieux comprendre les variations de couverture vaccinale en fonction des conditions socio-économiques. (Résumé d'auteur).

## DÉPENSES DE SANTÉ

### ► Comptes de la protection sociale

36546

FASCICULE

BOURGEOIS (Alexandre), DUEE (Michel)

#### **Les prestations de protection sociale en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/10 : N° : 604 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er604/er604.pdf>

Le montant des prestations de protection sociale versées aux ménages en 2006 s'élève à 526,2 milliards d'euros et représente 29,4 % du PIB. Avec une progression de 3,3 % en valeur et de 1,4 % en euros constants entre 2005 et 2006, ces dépenses de prestations confirment le ralentissement de l'année précédente (+4,4 % en valeur en 2005 après +5,4 % en 2004).

36760

FASCICULE

BOURGEOIS (Alexandre), DUEE (Michel)

#### **Les comptes de la protection sociale en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/11 : N° : 609 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er609.pdf>

En 2006, les dépenses liées à la protection sociale se sont accrues de 3,5 % (hors transferts) en valeur et de 1,6 % en termes réels.

Les prestations de protection sociale perçues par les ménages (95 % des dépenses) ont progressé de + 3,3 % en euros courants et de + 1,4 % en termes réels. Elles représentent 29,4 % du PIB, contre 29,6 % en 2005 et 29,4 % en 2004. Ce niveau est supérieur à la moyenne européenne (26,2 % en 2004). La croissance des ressources de l'ensemble des régimes de protection sociale, 4,6 % en valeur, a été en 2006 plus rapide que celle des dépenses, tout en laissant subsister un besoin de financement. Le "taux de pression sociale" s'est établi à 26,8 % du PIB, dont 22,8 % de prélèvements obligatoires sociaux. Les cotisations sociales (2/3 des recettes) se sont accrues à un rythme légèrement supérieur à celui de la masse salariale. La nouvelle réforme du mode de compensation des exonérations de charges patronales intervenue en 2006 conduit à une forte augmentation des impôts et taxes affectés (+ 27,5 %) et à une baisse des contributions publiques (- 23,4 %).

### ► Comptes nationaux de la santé

36286

FASCICULE

FENINA (Annie), GEFFROY (Yves)

#### **Comptes nationaux de la santé 2006.**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/09 : N° : 114 : Pages : 72p.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat114.pdf>

En 2006, le montant total des dépenses de santé s'élève à 198,3 milliards d'euros, soit 3 138 euros par habitant et 11,1 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en progression annuelle de 3,5 %, atteint 156,6 milliards d'euros (8,7 % du PIB). Le fait marquant de l'année 2006 est le ralentissement des prix de la CSBM dû notamment à la baisse sensible des prix des médicaments (-3,7 %) qui accompagne la progression de la consommation des génériques. Pour la première fois depuis 1998, les dépenses de santé en valeur augmentent moins vite que le PIB (respectivement +3,5 % et +4,3 %). La part de la Sécurité sociale diminue de 0,2 point et le reste à charge des ménages augmente de 0,1 point. La dépense totale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, représentait 11,1 % du PIB en 2005, situant la France en troisième position des pays membres de l'OCDE.

37095

ARTICLE

**Quelles dépenses de prévention en France ?**

REVUE PRESCRIRE

2008/02 : Vol : 27 : N° : 292 : Pages : 145

Cote Irdes : P80

En France, les dépenses de prévention ont été comptabilisées pour environ 2 % dans les Comptes nationaux de la santé en 2002. En réalité, ces dépenses sont estimées à 6,4 % de l'ensemble des dépenses de santé, lorsque l'on prend en compte les actes préventifs réalisés dans la prévention médicale courante. Plus de la moitié des dépenses de prévention sont affectées à la prévention primaire des maladies. Le reste est partagé à peu près également entre dépistages et prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies.

2007/12 : N° : 6 : Pages : 4p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.issa.int/pdf/publ/SPHighlight/1sphighlght-6.pdf>

Faute de soins de santé à un coût abordable, des millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté. Cela dit, la question du financement de la protection santé pour tous attire de plus en plus l'attention. Ce défi se pose tout particulièrement dans les pays en développement, d'où la nécessité impérieuse de mettre en commun les bonnes pratiques. A cette fin, ce numéro présente les réflexions actuelles au sujet de l'extension de la protection santé. Il examine tout d'abord les difficultés que présente l'extension de la couverture santé, examine différents modèles de financement de la protection de la santé et met en évidence les mesures propres à étendre la couverture et à fournir les soins de santé.

## ▮ Études comparées

ANDERSON (G.F.), FROGNER (B.K.), REINHARDT (U.E.)

**Health Spending In OECD Countries In 2004: An Update.**

HEALTH AFFAIRS

2007 : vol. 26 : n° 5 : 1481-1489

Cote Irdes : P95

In 2004, U.S. health care spending per capita was 2.5 times greater than health spending in the median Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) country and much higher than health spending in any other OECD country. The United States had fewer physicians, nurses, hospital beds, doctor visits, and hospital days per capita than the median OECD country. Health care prices and higher per capita incomes continued to be the major reasons for the higher U.S. health spending. One possible explanation is higher prevalence of obesity-related chronic disease in the United States relative to other OECD countries.

## ▮ Financement

36987

ARTICLE

SCHREMMER (J.)

**Le défi de l'extension de la protection santé.**

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

## ▮ Maîtrise des dépenses

35418

ARTICLE

STORBECK (O.), BERGHEIM (S.), ULMANN (P.), RAIN (F.)

**La santé comme moteur de la croissance.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2007/07/04 : N° : 2927 : Numéro spécial :

Pages : 2-27

Cote Irdes : P100

L'analyse économique de la santé est souvent guidée par la question des moyens à mettre en œuvre pour maîtriser la croissance économique très rapide des dépenses du secteur. Jusque-là, il est vrai que tous les efforts du système de financement de la santé ont échoué. Cet échec n'est guère étonnant, comme le remarque Olaf Storbeck dans le *Handelsblatt*, car à mesure que les individus s'enrichissent, ils consacrent une part toujours plus grande de leurs revenus à la santé. Cette idée est reprise par Stefan Bergheim dans *Deutsche Bank Research*, qui étudie les différents leviers grâce auxquels le secteur contribue à renforcer la croissance économique. Philippe Ulmann, dans la *Revue d'économie financière*, souligne que la réponse est avant tout d'ordre politique et dépend surtout des attentes de la société en la matière. Les autorités publiques jouent un rôle fondamental dans l'évolution du secteur. François Rain partage ce point de vue dans *Réalités pharmaceutiques – Annales des Mines*. Il propose, afin de faire de la France

une destination de choix pour les industries pharmaceutiques, de placer les questions de l'attractivité du territoire au cœur du système de pilotage et de régulation du secteur.

## ► Soins de longue durée

BORGER (C.), RUTHERFORD (T.F.), WON (G.Y.)

### ***Projecting long term medical spending growth.***

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : 69–88

Cote Irdes : P79

We present a dynamic general equilibrium model of the U.S. economy and the medical sector in which the adoption of new medical treatments is endogenous and the demand for medical services is conditional on the state of technology. We use this model to prepare 75-year medical spending forecasts and a projection of the Medicare actuarial balance, and we compare our results to those obtained from a method that has been used by government actuaries. Our baseline forecast predicts slower health spending growth in the long run and a lower Medicare actuarial deficit relative to the previous projection methodology.

## ► Vieillesse

35819

ARTICLE, COMMUNICATION  
CREMER (H.), LOZACHMEUR (J.M.), PESTIEAU (P.)  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA  
I.D.E.P.

### ***Retirement age and health expenditures.***

*Age de la retraite et dépenses de santé.*

Health, insurance, equity. Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique, Marseille, 2004/06

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 167-186

Cote Irdes : P41

Cet article étudie la structure optimale des cotisations et prestations de retraite lorsque l'état de santé des individus détermine l'âge de cessation d'activité et dépend de la consommation de soins de santé. Il montre que l'optimum de

second rang est caractérisé par une retraite précoce et une subvention sur les dépenses de santé. Quand cette subvention ne peut être linéaire, la fourniture en nature des biens de soins de santé est souvent désirable.

35820

ARTICLE, COMMUNICATION  
DORMONT (B.), HUBER (H.)  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA  
I.D.E.P.

### ***Causes of health expenditure growth : the predominance of changes in medical practices over population ageing.***

*Causes de la croissance des dépenses de santé : la prédominance des changements des pratiques médicales sur le vieillissement.*

Health, insurance, equity. Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique. Marseille. 2004/06

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 187-217, fig.

Cote Irdes : P41

## CONSOMMATION MÉDICALE

### ► Médicaments

36392

ARTICLE

### ***Consommation des médicaments : comparaisons européennes.***

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2007/11/08 : N° : 594 : Pages : 6-12, tabl.

Cote Irdes : P72

La consommation française de médicaments se situe à un niveau élevé, tant en comparaison européenne que mondiale. Observé globalement, ce constat devrait, selon trois études récentes, être nuancé pour certaines classes thérapeutiques. Cependant, cette analyse partielle ne tient pas compte de l'appétence française pour les molécules onéreuses. Cet article présente l'éclairage que la Commission des comptes de la Sécurité sociale publié dans son dernier rapport à partir des données provenant de la base IMS Health et celui de la Cnamts d'après des données d'IMS Health

et les dépenses remboursées du régime général. Les deux enquêtes ont porté sur les cinq principaux marchés européens : Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni.

## ► Recours aux soins

35822

ARTICLE, COMMUNICATION  
JONES (A.M.), KOOLMAN (X.), VAN DOORSLAER (E.)  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA  
I.D.E.P.

### ***The impact of having supplementary private health insurance on the use of specialists.***

*L'impact d'une assurance médicale complémentaire sur la fréquentation des spécialistes.*

Health, insurance, equity. Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique, Marseille, 2004/06

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 251-275, fig.

Cote Irdes : P41

Les données du European Community Household Panel (ECHP) sont utilisées pour estimer l'effet d'une couverture d'assurance médicale privée sur la fréquentation des spécialistes dans quatre pays européens. Les résultats indiquent que la probabilité d'avoir une assurance privée est plus importante pour ceux qui disposent de revenus plus élevés et ceux qui sont en bonne santé. La présence d'une assurance privée a un effet positif sur la probabilité d'une visite chez un spécialiste dans tous les pays mais l'ampleur estimée est sensible au choix de l'estimateur.

## ► Tourisme médical

35391

ARTICLE  
LE BORGNE (C.)

### ***Le tourisme médical, une autre nouvelle façon de se soigner.***

Concurrence et santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007/07 : N° : 15 : Pages : 47-53

Cote Irdes : P168

Jadis réservé à certaines spécialités (soins esthétiques, soins dentaires...), le tourisme médical se mondialise. Se développe une offre internationale de soins «lourds» en cardiologie, ophtalmologie, cancer, notamment, dans certains pays : l'Inde, la Thaïlande, la Tunisie et le Maroc. Des soins qui sont promus par une publicité commerciale agressive destinée à conquérir une clientèle internationale et solvable. Cette tendance est encore marginale en France.

## INDICATEURS DE SANTÉ

### ► Alcoolisme

36389

ARTICLE  
MARTIN (P.), MASSOL (J.), HARBOIS (S.), PERETTI (C.S.)

### ***Création d'une échelle de qualité de vie concernant des sujets souffrant d'abus ou de dépendance à l'alcool.***

CAHIERS DE L'IREB

2007 : N° : 18 : Pages : 63-68

Cote Irdes : B6260

[http://www.ireb.com/publications/cahiers/Cahiers %20n %B018.pdf](http://www.ireb.com/publications/cahiers/Cahiers%20n%2018.pdf)

La consommation de boissons alcoolisées est une coutume acceptée presque partout dans le monde. Or, l'alcool est étroitement lié aux troubles mentaux (Petrakis et al., 2002) et il représente l'un des principaux facteurs de maladie, de traumatisme, d'invalidité et de décès prématuré (Rehm et al., 2003). Les troubles liés à l'alcoolisme sont classés dans la catégorie des troubles mentaux et reconnus comme tels. Les politiques visant à réduire les dommages dus à l'alcool améliorent donc la santé des buveurs et sauvent leur vie, mais elles peuvent également avoir un impact plus large sur la santé et le bien-être de leur famille, de leur entourage et de la société au sens large du terme. L'objectif de cet article est donc de créer et valider un auto-questionnaire destiné à évaluer la qualité de vie de sujets souffrant d'abus ou de dépendance à l'alcool. Cet outil devrait permettre la réalisation de deux démarches, l'une d'obtenir des données s'inscrivant dans un cadre de santé publique, concernant les conditions d'existence et de perception de la qualité de vie de ces sujets ; l'autre serait de faire prendre conscience aux patients de

l'évolution de la qualité de vie en fonction de leur état de santé à différents moments de leur addiction et de leur prise en charge (effet biphasique). L'ensemble de cette démarche s'inscrirait dans la mise au point d'un carnet dit de suivi, tenu par le patient lui-même au jour le jour. Ce document permettrait d'être un outil de dialogue entre le patient, son médecin ou toute autre personne, s'imposant ainsi comme un complément d'accompagnement thérapeutique (Tiré de l'introduction).

36391

ARTICLE  
BATEL (P.)

***Etude épidémiologique d'évaluation des mortalités globales et spécifiques d'une cohorte d'alcoolodépendants traités.***

CAHIERS DE L'IREB

2007 : N° : 18 : Pages : 241-244

Cote Irdes : B6260

[http://www.ireb.com/publications/cahiers/Cahiers %20n %B018.pdf](http://www.ireb.com/publications/cahiers/Cahiers%20n%2018.pdf)

L'objet de cette étude épidémiologique est d'évaluer l'importance de la surmortalité globale et spécifique d'une large population d'alcoolodépendants (environ 10 000) pris en charge dans notre service d'alcoologie. Nous comparons la mortalité à 10 ans de cette population à celle d'une population générale et tenterons d'identifier les facteurs prédictifs de décès à court et long terme. Nous examinerons enfin si le contenu du parcours thérapeutique des patients a une influence sur la mortalité.

## ► Handicap auditif

37152

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

***Handicap auditif en France : apports de l'enquête HID 1998-1999.***

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL  
- DREES

2007/11 : N° : 71 : Pages : 155p., tabl., ann.

Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud71.pdf>

Les déficiences auditives sont susceptibles de retentir à la fois sur l'éducation et la scolarité, la vie professionnelle, l'ensemble de la vie

sociale en raison de leur impact sur les possibilités de communiquer avec autrui. Ce retentissement varie selon l'âge et l'importance de la perte auditive. Chez l'enfant, l'altération de l'audition, même légère, peut être à l'origine d'un retard d'acquisition du langage et compromettre les apprentissages scolaires et l'ensemble du développement cognitif en l'absence de prise en charge adéquate. L'enquête HID s'intéresse au handicap "ressenti", à partir "des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales rencontrées dans la vie de tous les jours" et des limitations fonctionnelles. Pour les déficiences auditives, elle explore particulièrement les difficultés ressenties pour "entendre ce qui se dit dans une conversation". L'étude se présente en 3 parties ; la première s'attache à élaborer une classification des déficiences auditives selon le degré de sévérité, la prévalence de la déficience auditive sera ensuite estimée, en fonction de différentes caractéristiques sociodémographiques, et un troisième volet s'intéressera aux déficiences associées.

## ► Mortalité

37008

ARTICLE  
NOLTE (E.), MCKEE (C.M.)

***Measuring the health of nations ? Updating an earlier analysis.***

*Comment mesurer la santé des nations ? Mise à jour d'une précédente analyse.*

HEALTH AFFAIRS

2008/01-02 : Vol : 27 : N° : 1 : Pages : 14-71, 6 tabl.

Cote Irdes : P95

We compared trends in deaths considered amenable to health care before age seventy-five between 1997-98 and 2002-03 in the United States and in eighteen other industrialized countries. Such deaths account, on average, for 23 percent of total mortality under age seventy-five among males and 32 percent among females. The decline in amenable mortality in all countries averaged 16 percent over this period. The United States was an outlier, with a decline of only 4 percent. If the United States could reduce amenable mortality to the average rate achieved in the three top-performing countries, there would have been 101,000 fewer deaths per year by the end of the study period. Health Affairs 27, no. 1 (2008): 58-71; 10.1377/hlthaff.27.1.58

## ▮ Tabagisme

35419

ARTICLE

***Tabagisme : de la dépendance au sevrage - des données pour décider en médecine générale.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2007 : Vol : 3 : N° : 6 : Pages : 267-275

Cote Irdes : P198

Ce dossier sur la dépendance et le sevrage tabagique rassemble des textes publiés dans Bibliomed de l'Unaformec, issu d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction de l'Unaformec.

## ▮ Travail et santé

DATTA GUPTA (N.), KTIISTENSEN (N.)

***Work environment satisfaction and employee health: panel evidence from Denmark, France and Spain, 1994–2001.***

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 9: Pages : 51–61

Cote Irdes : P151

This paper investigates whether a satisfactory work environment can promote employee health even after controlling for socioeconomic status and life style factors. A dynamic panel model of health is estimated from worker samples from Denmark, France and Spain, employing both self-assessed general health and the presence of a functional limitation. In all three countries and for both types of health measures, a good perceived work environment is found to be a highly significant determinant of worker health even after controlling for unobserved heterogeneity and minimizing reverse causality. The marginal effect is, however, larger in France and Denmark than in Spain. Several potential explanations for this finding are discussed. Further, a satisfactory working environment is found to be at least as important for employee health as socioeconomic status. Thus, investing in giving workers a satisfying work environment could be a low-cost way of improving employee health.

36970

FASCICULE

WALTISPERGER (D.)

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

***Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi.***

PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHES

2008/01 : N° : 03.1 : Pages : 7p., 4 tabl., 10 graph.

Cote Irdes : C, Bulletin français

En 2003, un quart des seniors (50 à 59 ans) dont la carrière professionnelle a duré au moins vingt ans, sont sortis de l'emploi : ils sont retraités, préretraités, chômeurs ou inactifs. Les retraités précoces et les préretraités viennent plutôt du secteur public, où ils ont été plus souvent exposés au travail posté et de nuit. Les autres sont principalement issus du secteur financier. Globalement, ils se déclarent en bonne santé, comparativement aux autres catégories. Les seniors chômeurs et les inactifs sont surtout d'anciens ouvriers provenant de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics, et des services aux particuliers. Ils ont été exposés à de nombreuses pénibilités durant leur carrière professionnelle et ils s'estiment plus souvent en mauvaise santé. L'étude de la DARES s'est basée sur l'enquête Santé 2003 de l'Insee qui permet d'éclairer le lien entre le statut d'activité des seniors et leur exposition présente ou passée à divers risques ou pénibilités dans leur travail.

## PERSONNES ÂGÉES

### ▮ Emploi des seniors

35412

ARTICLE

BELLINI (S.)

***L'expérience professionnelle : capital ou fardeau pour les seniors ?***

Marché de l'emploi.

TRAVAIL ET EMPLOI : 2007/01-03 : N° : 109 : Pages : 81-89

Cote Irdes : B6047

Plusieurs travaux récents concordent pour pointer la faible prise en compte de l'expérience des seniors dans la gestion de l'emploi des entreprises. A partir d'une enquête menée dans quinze entreprises, nous pointons des explications « objectives » à ce phénomène : le progrès technologique rend obsolètes certaines compétences et certaines pratiques de gestion des ressources humaines atténuent la portée de l'expérience. Toutefois, cette explication « objective » intervient à la fois sur des représentations négatives des salariés âgés et sur des habitudes de gestion des seniors qui ne mettent pas l'accent sur leur maintien dans l'emploi. Finalement, c'est la notion même d'expérience qui est questionnée, souvent réduite à la somme des savoir-faire techniques acquis dans l'emploi prescrit. L'ensemble de ces facteurs explicatifs concourt non seulement à une faible valorisation de l'expérience acquise par les seniors mais aussi à la considérer comme une entrave au maintien dans l'emploi.

36504

FASCICULE

MERCAT-BRUNS (M.) / introd.

***La discrimination fondée sur l'âge dans l'emploi.***

RETRAITE ET SOCIETE

2007/06 : N° : 51 : Pages : 329p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P63

Alors même que l'âge, par son caractère universel, permet de repenser le rapport à la différence, les contributions de ce numéro éclairent les réflexions actuelles sur la lutte contre les discriminations, entre répression et prévention. Partant du constat que tous les âges sont concernés, jeunes ou vieux également stigmatisés, les auteurs réunis dans ce fascicule reviennent sur la particularité de la discrimination au travail à partir d'approches relevant de différentes disciplines (sociologie, économie, gestion, droit...) (Résumé d'éditeur).

37109

FASCICULE

MATH (A.), APROBERTS (L.), JOLIVET (A.), VEIL (M.), WIERINK (M.), MOULAERT (T.), JOIN-LAMBERT (E.), LIZEE (M.), TURNER (J.A.), PERNOT (J.M.)

***Réformes des retraites et emploi des seniors.***

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES

2007/11 : Numéro spécial : Pages : 156p., tabl., graph.

Cote Irdes : P177

Le recul de l'âge de départ à la retraite – via l'introduction de nouvelles limites d'âge ou (et) l'augmentation des annuités requises – induit-il un nouvel équilibre des transitions emploi-retraite ? Permet-il de relever le taux d'emploi des seniors comme le préconisent aussi les stratégies d'emploi communautaires ? Constitue-t-il un moyen efficace pour agir à la fois sur l'offre et la demande de travail à un âge avancé et donc sur les comportements des salariés vieillissants autant que sur les stratégies de recrutement et de fidélisation des entreprises ? Ce numéro de la Chronique internationale de l'IRES cherche des réponses, nécessairement partielles et provisoires, à ces questions en s'intéressant aux débats et arbitrages dans neuf pays : Allemagne, Belgique, Etats-Unis, Italie, Pays-Bas, Québec/Canada, Royaume-Uni, Suède, Turquie. Les articles transversaux analysent plus finement les hiatus observés entre âge de retraite prescrit et sortie effective du marché du travail, les différents modes d'intervention sur l'âge de départ à la retraite ou encore les cohérences et incohérences des politiques visant à agir sur l'emploi des seniors. L'ensemble des auteurs contribuant à ce numéro spécial relèvent enfin l'augmentation des inégalités dans l'accès à la retraite.

## ► Incapacités

36113

ARTICLE

CAMBOIS (E.), ROBINE (J.M.), MORMICHE (P.)

***Une forte baisse de l'incapacité en France dans les années 1990 ? Discussion autour des questions de l'enquête Santé.***

POPULATION

2007 : Vol : 62 : N° : 2 : Pages : 363-386, tabl., fig., annexes.

Cote Irdes : P27/1

L'enquête Santé française posait en 2002-2003, pour la troisième fois depuis 1980, une question générale sur les « gênes ou handicaps dans la vie quotidienne ». Les réponses obtenues suggèrent une décroissance beaucoup plus rapide qu'auparavant des prévalences de l'incapacité au cours de la dernière décennie, dont l'ampleur dépasse les scénarii les plus optimistes. Ce travail examine plus particulièrement les changements intervenus dans

le protocole de la dernière enquête et leur influence possible sur la comparabilité des résultats avec ceux des enquêtes antérieures. L'analyse montre que la question générale de l'enquête de 2002-2003 enregistre surtout des restrictions d'activité sévères et des situations de handicap avérées, donc relativement peu répandues, alors que la formulation visait à recueillir aussi des situations de « simples gênes », bien plus fréquentes. Cette sélection a été plus prononcée dans la dernière enquête que dans les enquêtes précédentes. Au total, la question sur les gênes ou handicaps ne permet pas de poursuivre la série chronologique initiée en 1980, mais elle vient compléter la connaissance des différents types de problèmes fonctionnels à travers les situations de désavantage social qu'elle semble plus spécifiquement refléter.

## ► Prise en charge

36656

FASCICULE

Observatoire des Retraites. Paris. FRA

### **Face à l'octoboom, quels accompagnements ?**

LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DES RETRAITES (LA)

2007/1 : N° : 15 : Pages : 31p., tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

Cette lettre dresse un tableau des perspectives démographiques du grand âge, de son mode de vie et de son état de santé. Elle montre l'évolution de la perception et de la prise en charge de cette situation nouvelle, au moins par son ampleur. Elle s'interroge enfin sur les voies et moyens de la prévention qui est susceptible de modifier la donne.

## GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

### ► Enfants

36820

ARTICLE

VERGER (P.), SALIBA (B.), GUAGLIARDO (V.), BOUHNİK (A.D.), EICHENBAUM VO-LINE (S.)

Groupe Evalmater. FRA

### **Caractéristiques sociales individuelles,**

### **contexte résidentiel et prévalence des problèmes de poids dans la petite enfance : une analyse multiniveau.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2007/10 : Vol : 55 N° : 5 : Pages : 347-356, rés., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P11

Cette étude évalue la prévalence des problèmes de poids chez des enfants âgés de 3,5-4,5 ans en région Provence-Alpes-Côtes d'Azur et leur association, indépendamment des variables sociales individuelles, avec les caractéristiques du contexte résidentiel. Nous avons sélectionné 112 écoles maternelles par tirage au sort stratifié sur la taille des écoles. Les données ont été recueillies avec un nouvel outil standardisé (EVALMATER) durant le premier examen effectué en maternelle par les médecins des services de protection maternelle et infantile. L'indice de masse corporelle (kg/m<sup>2</sup>) a été calculé et le surpoids et l'obésité définis avec les références internationales. Un indice de précarité a été construit pour les communes d'appartenance des écoles. Des régressions multiniveau ont été effectuées pour étudier, indépendamment des variables sociales individuelles, l'association entre la prévalence des problèmes de poids et cet indice ainsi qu'une typologie Insee des communes. Deux mille quatre cent quatre-vingt-quinze enfants sur 2959 (84,3 %) ont été inclus dans les analyses (moyenne d'âge de 3,9+/-0,3 ans). La prévalence du surpoids était 8,2 % (IC95 %=7,1-9,3) et celle de l'obésité 2,1 % (IC95 %=1,5-2,7). La prévalence de l'obésité était significativement augmentée chez les filles, les enfants uniques, ceux qui n'avaient pas bénéficié d'une garde collective avant la maternelle, dont la mère ne travaillait pas ou dont le père n'était pas un cadre supérieur. Elle l'était aussi, indépendamment de ces variables, dans les communes urbaines et celles à précarité élevée. Aucun de ces facteurs n'était associé au surpoids seul. Des actions de prévention afin d'enrayer l'épidémie d'obésité en France devraient viser les parents de jeunes enfants. (Résumé d'auteur).

### ► Inégalités de santé

BALIA (S.), JONES (A.M.)

### **Mortality, lifestyle and socio-economic status.**

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 1 : 1-26

Cote Irdes : P79

This paper uses the British Health and Lifestyle Survey (1984–1985) data and the longitudinal follow-up of May 2003 to investigate the determinants of premature mortality in Great Britain and the contribution of lifestyle choices to socio-economic inequality in mortality. A behavioural model, which relates premature mortality to a set of observable and unobservable factors, is considered. A maximum simulated likelihood (MSL) approach for a multivariate probit (MVP) is used to estimate a recursive system of equations for mortality, morbidity and lifestyles. Health inequality is explored using the Gini coefficient and a decomposition technique. The decomposition analysis for predicted mortality shows that, after allowing for endogeneity, lifestyles contribute strongly to inequality in mortality, reducing the direct role of socio-economic status. This contradicts the view, which is widely held in epidemiology, that lifestyles make a relatively minor contribution to observed socio-economic gradients in health.

INAGAMI (S.), COHEN (D.A.), FINCH (B.K.)

***Non-residential neighborhood exposures suppress neighbourhood effects on self-rated health.***

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007 : vol. 65 : 1779–1791

Cote Irdes : P103

In prior research, neighborhood effects have often been weak or inconsistent in predicting specific causes of mortality and morbidity. To determine whether residential neighborhood effects are suppressed by exposure to other environments, we examined the effect on adult self-rated health of non-residential environments that figure in individuals' daily routines. We linked the 2000 US Census data with the Los Angeles Family and Neighborhood Study (L.A.FANS) database, which consists of 3323 adults sampled from neighborhoods in LA County. Characteristics of census tracts where respondents lived, worked, shopped, sought medical care, worshipped and spent "other" time were obtained from the 2000 US Census. Weighted multilevel linear and clustered generalized ordered logistic regressions were used to estimate associations between self-rated health and non-residential neighborhood exposures after adjustment for individual-level factors and exposure to residential neighborhoods. We found that residence in disadvantaged neighborhoods was associated with worse self-rated health. In a dose–response

fashion, the greater the exposure to less disadvantaged non-residential neighborhoods in the course of routine activities, the greater the magnitude in improved self-rated health. Models including non-residential neighbourhood exposure increase the magnitude and significance of the association between residential neighborhoods and health. In conclusion, individuals' exposure to non-residential neighborhoods confounds and suppresses the association of residential neighborhoods with health and could explain why previous studies may not have found robust associations between residential neighborhood predictors and health.

PERRY (M.), WILLIAMS (R.L.), WALLERSTEIN (N.)

***Social Capital and Health Care Experiences Among Low-Income Individuals.***

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2008 : vol. 98 : 330-336

Cote Irdes : P36

Objectives. We examined relationships between social capital and health service measures among low-income individuals and assessed the psychometric properties of a theory-based measure of social capital. Methods. We conducted a statewide telephone survey of 1216 low-income New Mexico residents. Respondents reported on barriers to health care access, use of health care services, satisfaction with care, and quality of provider communication and answered questions focusing on social capital. Results. The social capital measure demonstrated strong psychometric properties. Regression analyses showed that some but not all components of social capital were related to measures of health services; for example, social support was inversely related to barriers to care (odds ratio=0.73; 95 % confidence interval=0.59, 0.92). Conclusions. Social capital is a complex concept, with some elements appearing to be related to individuals' experiences with health services. More research is needed to refine social capital theory and to clarify the contributions of social capital versus structural factors (e.g., insurance coverage and income) to health care experiences.

PETROU (S.), KUPEK (E.)

***Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003.***

HEALTH ECONOMICS

2008/01 : vol. 17 : n° 1 : 127 – 143

Cote Irdes : P193

Social capital is a concept that attempts to describe the quantity and quality of social interactions in a community. This study explores the relationship between individual measures of social capital and alternative measures of health status within the context of a large national survey of population health. Using data for 13 753 adult participants in the 2003 Health Survey for England, linear regression with weighted least-squares estimation and Tobit regression with upper censoring were used to model the relationship between individual measures of social capital and EQ-5D utility scores. In addition, logistic regression was used to model the relationship between individual measures of social capital and a dichotomous self-reported health status variable. The study demonstrated that low stocks of social capital across the domains of trust and reciprocity, perceived social support and civic participation are significantly associated with poor measures of health status. The implications for health economists and, potentially, for policymakers are discussed.

LORGELLY (P.K.), LINDLEY (J.)

***What is the relationship between income inequality and health ? Evidence from the BHPS.***

HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 17: n° 1 :249–265

Cote Irdes : P173

Income inequality hypotheses propose that income differentials and/or income distributions have a detrimental effect on health. This previously well accepted relationship between inequality and health has recently come under scrutiny; some claim that it is a statistical artefact, arguing that aggregate level data are not sophisticated enough to adequately test for (and discriminate between) their existence. Supporters argue that it is a question of estimating the relationship using, amongst other things, an appropriate geographical scale. This paper adds to the debate by estimating the relationship between income inequality and health using individual panel data, exploring the relationship at the regional as well as the national level, while attempting to discriminate between the competing hypotheses. Pooled, random and fixed effects ordered probit models are exploited to estimate the relationship between self-reported health and household income, income inequality and relative income. While the estimating regressions find

support for the absolute income hypothesis, there is no support for the income inequality hypothesis or relative income hypothesis, and as such we argue that there is limited evidence of an effect of income inequality on health within Britain

36487

ARTICLE

MOULIN (J.J.), LABBE (E.), CHATAIN (C.), GERBAUD (L.), SASS (Catherine)

***La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/04-06 : N° : 2 : Pages : 139-146

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Fragilite\\_sociale.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fragilite_sociale.pdf)

L'objectif de cette étude est, d'une part, de décrire la relation entre fragilité sociale, déterminée par le score EPICES, et santé perçue et, d'autre part, de mesurer l'importance relative de la fragilité sociale et des indicateurs socio-économiques traditionnels (PCS et niveau d'éducation) comme déterminants des inégalités de santé.

## ► Jeunes adultes

35384

FASCICULE

BIGOT (R.), VAN DE VELDE (C.), SALZBRUNN (M.), CICCHELLI (V.), MERICCO (M.), DAMON (J.), CHAUVEL (L.), ARNOUX (G.) et al.

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

***Les jeunes dans une société vieillissante : dossier.***

Paris : Centre d'Analyse Stratégique

HORIZONS STRATEGIQUES

2007/04 : N° : 4 : Pages : 1-137., tabl.

Cote Irdes : B6033

[http://www.strategie.gouv.fr/revue/revue.php?id\\_rubrique=163](http://www.strategie.gouv.fr/revue/revue.php?id_rubrique=163)

Le dossier thématique de ce numéro est consacré à la jeunesse et à sa place dans nos sociétés vieillissantes. Quelles sont les principales caractéristiques de la jeunesse aujourd'hui, ou plutôt des jeunes puisqu'il existe des différences notables selon les pays ? Quels

rapports les jeunes entretiennent-ils avec les générations qui les précèdent ? Comment caractériser et apprécier les politiques publiques menées en leur direction, qu'elles soient éducatives, familiales ou professionnelles ? En essayant de répondre à ces questions, notre objectif est double : contribuer à mettre en perspective la situation de la jeunesse française par rapport à ses homologues européennes ; faire connaître les solutions innovantes qui ont été expérimentées avec succès par nos partenaires et qui pourraient inspirer une nouvelle politique sociale en France. Pour ouvrir le dossier, Régis Bigot analyse l'évolution des valeurs des jeunes. Il montre que dans plus d'un cas sur deux, celles-ci sont significativement différentes de celles des adultes. Moins radicaux que la jeunesse des années 1970, les 18-24 ans se montrent aujourd'hui plus favorables à la mondialisation que leurs aînés. Ils se montrent également plus optimistes que les adultes vis-à-vis de l'évolution de leurs conditions de vie. Ils restent enfin « en avance » sur leur temps en matière de mœurs. Trois articles consacrés respectivement au Danemark, à l'Italie et à l'Allemagne permettent, par comparaison, de mieux comprendre la situation de la jeunesse et les politiques publiques françaises. Pour commencer, Cécile Van de Velde propose une analyse croisée des modes d'entrée dans la vie adulte au Danemark et en France. Elle souligne l'existence de deux modèles contrastés : si la configuration danoise favorise l'indépendance précoce et de longs parcours d'alternance entre études et expériences professionnelles, le système français induit quant à lui des trajectoires plus courtes et plus précoces dominées par l'enjeu du diplôme et la dépendance à l'égard de la famille. De leur côté, Vincenzo Cicchelli et Maurizio Merico s'intéressent au passage tardif à la vie adulte des jeunes Italiens et aux transformations des relations intergénérationnelles. Ils insistent sur le maintien au domicile parental, qui s'explique moins par les difficultés d'insertion dans le marché du travail que par le rôle primordial joué par la « famille prolongée » (famiglia lunga) en l'absence de véritables politiques en direction de la jeunesse. En effet, l'État italien renvoie à la sphère domestique la prise en charge de problèmes qui sont du ressort, en France, de l'intervention publique. Onika Salzbrunn, quant à elle, montre que les débats relatifs à la jeunesse sont, en Allemagne, marqués par deux enjeux majeurs : la faiblesse du taux de natalité qui renvoie à la nécessité de réviser en profondeur les politiques familiales, et le niveau élevé du taux de chômage, témoignant des limites du système d'apprentissage. Pour autant, les réformes proposées par le gouvernement

suscitent de vifs débats, plongeant leurs racines dans l'histoire récente de l'Allemagne. Prolongeant ces réflexions au niveau communautaire, une analyse du BEPA (Bureau des conseillers politiques de la Commission européenne) appelle à renforcer l'investissement social et économique dans la jeunesse. Elle fait le pari qu'une politique coordonnée au plan national et européen, fondée sur des échanges de bonnes pratiques, renforcerait la cohésion sociale et contribuerait au développement du capital humain, clés reconnues de la croissance et de la compétitivité. Le débat qui suit, entre Louis Chauvel, André Masson et Philippe Viriot-Durandal, s'intéresse aux rapports intergénérationnels et aux liens nouveaux entre les différents âges de la vie. S'ils divergent sur le diagnostic, et notamment sur le risque d'un conflit intergénérationnel, ils se retrouvent en revanche pour considérer que la place faite aux jeunes est un indicateur fondamental du dynamisme d'une société et de ses capacités à préparer l'avenir. Le dossier se clôt sur une analyse de la structure par âge de la représentation nationale dans différents pays de l'Union. Comparant les élus français à ceux de quatre autres pays (Allemagne, Espagne, Suède, Slovaquie), l'auteur montre que l'Assemblée nationale française n'est pas « mal composée » mais marquée par une structure par âges qui diffère à la fois de la population française et des autres chambres basses en Europe (D'après l'éditorial).

## ► Pauvreté

35904

ARTICLE  
DAMON (J.)

***Les travailleurs pauvres en France.***

FUTURIBLES

2007/09 : N° : 333 : Pages : 5-17

Cote Irdes : P166

La notion de travailleurs pauvres suscite un grand intérêt depuis 2000. Cet article tente de préciser cette notion en s'attaquant tout d'abord à la définition exacte du concept de seuil de pauvreté, car selon la définition adoptée, les statistiques varient du simple au quadruple. En se basant sur une définition stricto sensu (les actifs occupés se situant sous le seuil de pauvreté), l'auteur estime le nombre de travailleur pauvres à 1,6 million, nombre important mais tendancielle à la baisse depuis 1990. Malgré tout, il convient de mettre fin à cette trappe à pauvreté, car le système de protection sociale française est contradic-

toire. En termes de revenus, il est souvent préférable pour un individu, de rester en assistance que de retourner vers l'emploi. Les expérimentations de RSA (revenu de solidarité active) seront donc un test révélateur pour une réforme de la politique sociale.

36831

ARTICLE

PATOUILLARD (E.), GOODMAN (C.A.), HANSON (K.G.), MILLS (A.)

***Can working with the private for-profit sector improve situation of quality health services by the poor? A systematic review of the literature.***

*Travailler avec le secteur privé à but lucratif améliore-t-il la qualité des services de santé utilisés par la population défavorisée ? Une revue de la littérature systématique.*

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH

2007/11/07 : Vol : 6 : N° : 17 : Pages : 1-35, tabl.

Cote Irdes : INI 1268

There has been a growing interest in the role of the private for-profit sector in health service provision in low- and middle-income countries. The private sector represents an important source of care for all socioeconomic groups, including the poorest and substantial concerns have been raised about the quality of care it provides. Interventions have been developed to address these technical failures and simultaneously take advantage of the potential for involving private providers to achieve public health goals. Limited information is available on the extent to which these interventions have successfully expanded access to quality health services for poor and disadvantaged populations. This paper addresses this knowledge gap by presenting the results of a systematic literature review on the effectiveness of working with private for-profit providers to reach the poor.

## ► Personnes handicapées

36492

ARTICLE

DE BOER (Wout-EI), BESSELING (J.J.M.), WILLEMS (J.H.B.M.)

***Organisation of disability evaluation in 15 countries.***

*Organisation de l'évaluation de l'incapacité au travail dans 15 pays.*

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/07-09 : N° : 3 : Pages : 205-217

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Disability\\_evaluation.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Disability_evaluation.pdf)

Dans cet article rédigé en anglais, les auteurs ont comparé l'évaluation de l'incapacité au travail dans 15 pays en 2002 et 2003. Selon eux, les critères d'incapacité de travail sont très semblables entre les pays mais leur mise en application diffèrent. Leurs résultats peuvent contribuer à l'évolution des pratiques actuelles. Des améliorations sont aussi envisageables dans le contrôle de qualité. La description des modes opérationnels du handicap peut être utile dans la comparaison des processus d'évaluation décrits. Le modèle décrivant les processus s'est avéré être un outil utile pour mesurer l'influence des acteurs sur les processus d'évaluation de l'invalidité.

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Disparités régionales

DAVIDSON (R.), MITCHELL (R.), HUNT (K.)

***Location, location, location: The role of experience of disadvantage in lay perceptions of area inequalities in health.***

HEALTH & PLACE

2008 : vol. 14 : 167-181

Cote Irdes : P118

This paper examines how people see and express their experience of inequalities through place and how they understand the impact of place on health. Drawing on focus group discussions with participants from varying socioeconomic backgrounds, we show, in contrast to a nascent received wisdom, how people from more deprived areas more readily discuss the adverse effects on health and well-being of structural and contextual features, whereas those with least experience of deprivation or hardship were more likely to draw on behavioural explanations of area inequalities. People living in more deprived areas also more readily accept statistics on area inequalities in health than those based in more affluent areas. We discuss these findings in the

light of people's constructions of differences and distance between contiguous areas. We conclude by discussing some methodological and contextual features of our study which may explain why our findings both support and challenge those from earlier studies.

## ► Sectorisation

36759

FASCICULE

COLDEFY (Magali), LEPAGE (Julien)

### ***Les secteurs de psychiatrie générale en 2003.***

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL  
- DREES

2007/11 ; n° 70 : Pages : 128p.,

Cote Irdes : P35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud70.pdf>

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique. En 2003, la France (métropole et DOM) est ainsi divisée en 817 secteurs de psychiatrie générale, soit, en moyenne, un secteur pour 56 100 habitants âgés de plus de 20 ans. La majorité (55 %) des secteurs sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-CHS), 37 % à un établissement public de santé non spécialisé (CH ou CHR), 8 % à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public et financé, comme les établissements publics, par dotation globale. L'hôpital de rattachement n'est pas toujours situé géographiquement dans le secteur : ce n'est le cas que pour 46 % d'entre eux. Cette situation nécessite une organisation spécifique des secteurs éloignés de l'établissement de rattachement, en matière d'équipes mais aussi d'activité intra-hospitalière et peut avoir des conséquences sur les pratiques de ces secteurs.

## ► Soins primaires

RICKETTS (T.C.), HOLMES (G.M.)

### ***Mortality and Physician Supply: Does Region Hold the Key to the Paradox?***

HEALTH SERVICES RESEARCH

2007/12 : vol. 42 : n° 6p1 : 2233-2251

Cote Irdes : P33

Objective. To determine if the supply of physicians has a consistent relationship

with mortality across regions.

Data Sources. County-level data describing the supply of physicians, mortality, and socioeconomic conditions of the population as provided in the Area Resource File (BHP, HRSA) and the Compressed Mortality File (NCHS, CDC).

Study Design. Ordinary least squares and geographically weighted regression models with age-adjusted all-cause and disease-specific mortality as the dependent variables were specified using pooled data from 1996 to 2000 to test for the relationship with primary care and specialist physician-population ratios. The residuals from the OLS models were mapped and examined for potential clustering. A series of geographically weighted regression models were run for all 3,070 counties and the z-scores and significance of the models mapped.

Principal Findings. The association between primary care physician supply and mortality was not observed in contrast to other studies; mapping the residuals of those models suggested regional clustering. When weighted geographically, the relationship between primary care and specialist physician supply and mortality presents a mixed pattern. The results show strong regional patterns that may explain the lack of a consistent national association. Primary care physicians are associated with decreased mortality on the east coast and upper midwest, but that correlation disappears or is reversed in the west (with the exception of Washington State) and south central states.

Conclusions. We find evidence that there are regionally focused association between physician supply and mortality, holding constant population characteristics that reflect the influence of social and economic characteristics. However, these relationships are not consistent across the United States; there are regions where there are stronger and weaker associations between type of practitioner and mortality and other regions where no association is apparent. This suggests that the direction for further analysis lies in the understanding of the regional differences and whether there are policy alternatives to address these different patterns.

► Conditions de travail

36762

FASCICULE

AULAGNIER (Marielle), OBADIA (Yolande), PARAPONARIS (Alain), SALIBA-SERRE (Bèrengère), VENTELOU (Bruno), VERGER (Pierre), GUILLAUMAT-TAILLIET (François)

**L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/11 : N° : 610 : Pages : 8p., graph., tabl.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf>

Les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises, selon les régions du panel. Les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes dans les régions les plus rurales. Pour ceux qui exercent en groupe, pratique rencontrée plutôt chez les jeunes médecins, cette durée moyenne est inférieure de deux à quatre heures. Au total, un praticien sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ. Globalement, trois médecins sur quatre déclarent être satisfaits de leur activité professionnelle. Cette satisfaction décroît notamment avec l'âge et la durée de travail, elle augmente avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2.

37232

ARTICLE

GALAM (E.)

**Burn out des médecins libéraux. Première partie : une pathologie de la relation d'aide.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2007/10 : Vol : 3 : N° : 9 : Pages : 419-421

Cote Irdes : P198

La profession médicale, notamment généraliste, est en crise persistante et les perspectives ne sont guère rassurantes : à la crise qui frappe les soins primaires de façon profonde et durable et qui touche tous les pays industrialisés [1] s'associe une altération importante de l'état de santé des soignants et, par voie de conséquence, de leur capacité à assumer leurs tâches. Si les difficultés du système et

celles des individus qui le constituent relèvent de niveaux logiques différents, elles interagissent et s'éclairent les unes par les autres. L'existence d'un taux élevé d'épuisement émotionnel chez les médecins libéraux français a donné lieu, depuis quelques années, à différents travaux et incité à la mise en place en juin 2005, d'un dispositif téléphonique d'aide et à une vaste enquête de l'URML Île-de-France en 2006. Cette série d'articles en synthétise les différentes caractéristiques et perspectives.

37231

ARTICLE

GALAM (E.)

**Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC :

2007/10 : Vol : 3 : N° : 10 : Pages : 475-477

Cote Irdes : P198

Le premier article montrait combien le « burn out » des médecins traduit une pathologie de la relation d'aide : le soignant libéral se retrouve seul face à sa souffrance, seul face à une multiplicité de malades dont il ne peut se décharger sur personne. C'est ainsi la question de l'identité professionnelle du médecin qui est posée, cette « manière spécifique dont chaque praticien exerce son métier et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre de la collectivité médicale dans une société donnée ». L'identité professionnelle s'exprime aussi par la façon dont chaque praticien assume et surmonte les difficultés liées à son exercice pour en préserver l'efficacité et la qualité.

► Démographie médicale

36717

ARTICLE

TARRISSON (Pascal)

**Installation des médecins en zone rurale : coût induit par l'absence de régulation.**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2007/07-08 : N° : 517 : Pages : 42-45

Cote Irdes : P22

Une analyse fine de la démographie médicale met en évidence le problème de la répartition des effectifs médicaux, répartition marquée par une forte disparité entre secteurs géographiques (très forte densité en ville et au

sud de la Loire), entre disciplines médicales (certaines disciplines sont considérées comme sinistrées) ou entre secteur hospitalier et libéral (moindre attractivité du secteur public hospitalier notamment en zone rurale). Les perspectives sont alarmantes et certaines décisions concernant l'activité médicale libérale et hospitalière sont venues compliquer la situation telles que celles relatives à l'évolution de la permanence des soins ou à la réduction du temps de travail. Pour prévenir les difficultés, des décisions ont été prises par les pouvoirs publics. Les dispositions retenues visent à orienter l'installation médicale grâce à des mesures incitatives, de nature principalement financière. Mais aucune mesure de régulation plus contraignante n'est envisagée et certaines voix, s'élèvent, même parmi certains représentants des professions médicales, pour demander une régulation plus contraignante et donc plus efficace : refuser le conventionnement à l'assurance maladie de tout médecin s'installant dans une zone bénéficiant d'une présence médicale suffisante, fixer la répartition des postes au numerus clausus et à l'examen classant national en tenant compte de la situation démographique des disciplines et des régions.

## ► Histoire professionnelle

37163

FASCICULE  
VANDERSCHELDEN (Mélanie)

**Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/12 : N° : 616 : Pages : 8p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er616.pdf>

En 2007, 4 905 candidats aux épreuves classantes nationales (ECN) sont affectés et 4 775 d'entre eux entrent effectivement en troisième cycle. Les résidents en médecine générale, achevant leur cursus sous le régime antérieur, sont beaucoup moins nombreux que l'an dernier à avoir passé les ECN pour obtenir un diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Malgré ses 452 postes restés vacants, la médecine générale tire un peu mieux son épingle du jeu cette année : quasiment un entrant en troisième cycle sur deux opte pour cette discipline, contre 42 % l'année dernière. L'augmentation de la part des postes ouverts

en médecine générale, la moindre proportion des résidents parmi les candidats affectés, mais aussi une légère évolution dans les arbitrages opérés.

## ► Médecine alternative

35394

ARTICLE  
LAZARUS (A.), DELAHAYE (G.)

**Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?**

Concurrence et santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007/07 : N° : 15 : Pages : 79-94

Cote Irdes : P168

La méthode d'évaluation de la médecine basée sur les preuves ne rend compte que de la partie émergée des symptômes et des maladies explicitement formalisées. Certains praticiens et de nombreux patients se tournent alors vers des acteurs de santé prônant tous peu ou prou une approche holistique engendrant une littérature académique de plus en plus riche. Cet article passe en revue des nouvelles formes de concurrence que la médecine traditionnelle a elle-même renforcée pour en avoir délaissé l'étude : médecine parallèle, douces, alternatives, traditionnelles, naturelles, holistiques, sans oublier l'effet placebo, les compléments alimentaires, l'automédication... Si en filigrane se profilent des questions de concurrence corporatiste et d'effets économiques, l'interrogation principale à venir concerne l'élargissement et le nécessaire reformatage de la philosophie, de la pertinence et donc des critères d'évaluation à appliquer aux procédures et produits de soins.

## ► Pratique médicale

GIESEN (P.), WILLEKENS (M.), MOKKINK (M.)

**Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring.**

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2007:09 : vol. 19 : n° 5: 289-295

Cote Irdes : P194

Background. Dutch general practitioners have reorganized their out-of-hours primary health care to general practice cooperati-

ves. Good insight into the quality of delivered medical care is important to make the accountability of health practitioners and managers transparent to society and to identify and minimize medical errors.

Objective. Development of a set of quality indicators for internal quality improvement in out-of-hours primary clinical care.

Method. A systematic approach combining the opinion of three different general practitioner expert panels, and an empirical test in daily practice. The indicators were based on clinical, evidence-based, national guidelines. We tested the validity, feasibility, reliability and opportunity for quality improvement.

Results. Of the 80 available national clinical guidelines, 29 were approved and selected by the first general practitioner expert panel. Out of these 29 guidelines, 73 indicators concerning prescribing and referring were selected by the second panel. In an empirical test on 36 254 patient contacts, 7344 patient contacts (22.7 %) were relevant for the assessment of these 73 indicators. Six indicators were excluded because they scored more than 15 % missing values. In total, 38 indicators were excluded because the opportunity for quality improvement was limited ( performance score < 90 %). In the final meeting, the third general practitioner expert panel excluded five indicators, leading to a final set of 24 indicators.

Conclusion. This study shows the importance of subjecting indicators to an empirical test in practice. The national clinical guidelines are only partially applicable in the assessment of out-of-hours primary care. They need to be expanded with topics that are related to general practitioner care in an out-of-hours setting and acute medical problems.

36602

ARTICLE

ART (B.), SNAUWAERT (C.), MASUREEL (B.), DE MAESENEER (J.)

***GP attitudes towards health, prevention and poverty in deprived communities : does working with capitation of fee-fer-service make a difference ?***

*Comportements des médecins généralistes face à la prévention et à la pauvreté dans des communautés défavorisées : le paiement par capitation ou sur honoraires fait-il une différence ?*

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2006 : Vol : 64 : N° : 5 : Pages : 175-183

Cote Irdes : P98

This article explores general practitioners' attitudes towards health, poverty and prevention,

and examines if payment system or practice setting plays a role. It is based on a qualitative study using semistructured interviews.

## ► Pédiatrie

36285

FASCICULE

FRANC (Carine), LE VAILLANT (Marc), ROSMAN (Sophia), PELLETIER-FLEURY (Nathalie)

***La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale.***

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/09 : N° : 69 : Pages : 61p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud69.pdf>

Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires aussi bien par des pédiatres que par des médecins généralistes. Environ 13 % des consultations et visites de généralistes sont consacrées à des enfants. Plus souvent prises en charges par des jeunes femmes médecins, elles présentent des caractéristiques marquées qui les distinguent en moyenne de celles des adultes. Les affections des enfants, bénignes mais souvent aiguës, touchent principalement les voies aériennes supérieures. La prévention et les dépistages font l'objet d'une consultation ou visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La mise en évidence d'éventuelles différences entre les pratiques des médecins est l'objet de la dernière partie de cette étude.

## ► Relations médecin/malade

36192

ARTICLE

STEVENSON (F.A.), KERR (C.), MURRAY (E.), NAZARETH (I.)

***Information from the internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective: a qualitative study.***

*Information sur internet et la relation médecin patient : la perspective du côté du patient : approche qualitative.*

FAMILY PRACTICE (BMC)

2007 : Vol : 47 : N° : 8 : Pages : 1-29, tabl.

Cote Irdes : B6215

Background: Both doctors and patients may perceive the Internet as a potential challenge to existing therapeutic relationships. Here we examine patients' views of the effect of the Internet on their relationship with doctors. Methods: We ran 8 disease specific focus groups of between 2 and 8 respondents comprising adult patients with diabetes mellitus, ischaemic heart disease or hepatitis C. Results: Data are presented on (i) the perceived benefits and (ii) limitations of the Internet in the context of the doctor-patient relationship, (iii) views on sharing information with doctors, and (iv) the potential of the Internet for the future. Information from the Internet was particularly valued in relation to experiential knowledge. Conclusion: Despite evidence of increasing patient activism in seeking information and the potential to challenge the position of the doctor, the accounts here do not in any way suggest a desire to disrupt the existing balance of power, or roles, in the consultation. Patients appear to see the Internet as an additional resource to support existing and valued relationships with their doctors. Doctors therefore need not feel challenged or threatened when patients bring health information from the Internet to a consultation, rather they should see it as an attempt on the part of the patient to work with the doctor and respond positively.

## ► Rémunération

35821

ARTICLE, COMMUNICATION  
DEMANGE (G.), GEOFFARD (P.Y.)  
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Mar-  
seille. FRA  
I.D.E.P.

### ***Reforming incentive schemes under political constraints : the physician agency.***

*Modes de rémunération des médecins et pou-  
voir de blocage.*

Health, insurance, equity. Troisième  
Conférence de l'Institut d'Economie Publique,  
Marseille, 2004/06

ANNALES D'ECONOMIE ET DE  
STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 221-250,  
fig.

Cote Irdes : P41

Dans de nombreux pays, les réformes visant à modifier les modes de rémunération des prescripteurs de soins se sont heurtées à leur forte

opposition. Ce papier analyse ces difficultés, d'abord dans un cadre de monopole puis de concurrence régulée entre différentes organisations. Quelques facteurs clefs sont mis en évidence : ils sont liés au pouvoir politique des médecins, à l'hétérogénéité de leurs caractéristiques et de leurs comportements.

## ► Réseaux de santé

37171

ARTICLE  
DE STAMPA (M.), VEDEL (I.), HENRARD  
(J.C.), BERGMAN (H.), NOVELLA (J.L.),  
LAPOINTE (L.)

### ***Participation des médecins généralistes dans les réseaux de santé : expériences en Amérique du Nord.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE  
PUBLIQUE

2007/12 : Vol : 55 : N° : 6 : Pages : 401-412,  
tabl., ann.

Cote Irdes : P11

Les réformes des soins de première ligne concernent les médecins généralistes mais l'on sait peu de chose sur leur participation dans les réseaux de santé avec intégration de services (RSIS). Vingt-quatre études sur la participation des médecins généralistes dans des RSIS publiées entre janvier 1985 et décembre 2006 ont été sélectionnées. Les perceptions des médecins généralistes sur les RSIS dépendent de leur niveau de participation. Lorsqu'ils participent complètement dans les RSIS, toutes les dimensions concernant leurs pratiques professionnelles sont améliorées. Dans les participations partielles, les médecins ne sont pas satisfaits par la relation patient, ont perdu de leur autonomie, ont plus de pression de la part de la gestion de la porte d'entrée mais ont une vision positive de la qualité des soins. Lorsque les médecins sont payés par capitation, ils perçoivent négativement leurs pratiques professionnelles. Pour améliorer la participation des médecins, la qualité des soins doit être soutenue, le paiement par capitation évité et la gestion de la porte d'entrée transformée en coordination des soins (Résumé de l'auteur).

## ► Sondages d'opinion

36191

ARTICLE

HURST (S.A.), FORDE (R.), REITER-TEIL (S.), SLOWTHER (A.M.), PERRIER (A.), PEGORARO (E.), DANIS (M.)

### **Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems.**

*Opinions des médecins sur la disponibilité des ressources et l'équité dans quatre systèmes de santé européen.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2007 : Vol : 7 : N°137 : Pages : 2-27

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-137.pdf>

## ► Recherche

36412

ARTICLE

COMITI (V.P.)

### **Histoire des universités de médecine : quelques jalons.**

Santé et écoles.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007 : N° : 16 : Pages : 19-24

Cote Irdes : P168

L'histoire des universités de médecine montre, si l'on s'en tient au continent européen, l'importance de l'Italie et de la France. Elles naissent après l'an mille et se substituent progressivement au compagnonnage non sanctionné et à la fréquentation d'hommes de l'art. Protégées par les Papes, rois, empereurs, ou par les villes, trois éléments dominant. Le lien avec la recherche et les publications, manuscrites jusqu'au milieu du XV<sup>e</sup> siècle, est patent. Les écoles les plus prestigieuses sont les écoles où furent faites les plus grandes découvertes : anatomie pour les écoles italiennes, clinique, physiologie, voire physiopathologie, pour les facultés françaises. Embryonnaires dans leurs premiers siècles d'existence, ces écoles se doteront progressivement de locaux et de statuts professionnels. Mais c'est surtout la reconnaissance de leurs diplômés et l'exclusivité de la pratique conférée de leurs titulaires qui est l'élément majeur de leur développement.

## ► Urgences médicales

36549

FASCICULE

COLLET (Marc), GOUYON (Marie)

### **Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/11 : N° : 607 : Pages : 8p., tabl.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er607/er607.pdf>

Une grande partie de la demande de soins "en urgence" est prise en charge par la médecine générale de ville : en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville quand les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. Une majorité d'usagers a tenté de se soigner seule ou a déjà consulté un médecin pour ce même problème et 42 % n'ont décidé de recourir en urgence ou à un généraliste que deux jours (ou plus) après les premiers symptômes.

## HÔPITAL

## ► Budget hospitalier

36293

FASCICULE

DUMONTAUX (Nicolas), VILLERET (Sébastien)

### **La structure des charges et des produits des hôpitaux publics de 2002 à 2005.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/09 : N° : 601 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er601.pdf>

Entre 2002 et 2005, les produits totalisés par le secteur hospitalier public progressent de 15 % en euros courants et s'élèvent à 56,7 milliards d'euros en 2005. Les produits versés par l'assurance maladie représentent l'essentiel de ces produits à hauteur de 83 % du budget principal des hôpitaux. Les charges du secteur hospitalier public atteignent 56,5 milliards d'euros en 2005 et ont augmenté de 16 % en euros courants depuis 2002. Avec 70 % du

budget principal, les charges de personnels sont prédominantes. Les montants des produits et charges du secteur hospitalier public sont comparables sur la période mais il existe des déséquilibres marqués selon les hôpitaux publics. En 2005, plus d'un hôpital sur trois est ainsi en déficit (667 hôpitaux publics sont excédentaires et 339 déficitaires). Compte tenu de la montée en charge de la T2A, les financements directement liés à l'activité représentent, en 2005, 15,5 % des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire.

## ► Coût de l'hospitalisation

36826

ARTICLE  
PIRSON (M.), MARESCHAL (B.), BLOUARD (P.), DE LANDSHEERE (C.), MIRA (M.), CARLIER (M.), LECLERCQ (P.)

### ***Le coût de la prise en charge de l'infarctus du myocarde est-il lié à la sévérité des cas ?***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE  
2007/05 : Vol : 25 : N° : 3 : Pages : 151-165, tabl., rés., fig.  
Cote Irdes : P85

L'objet de cette étude est d'analyser d'une part, la relation entre le coût du séjour et la sévérité des APR-DRGs (All Patients Refined DRGs) et d'autre part, le coût spécifiquement lié à la prise en charge de la pathologie cardiologique et la sévérité clinique déterminée par les spécialistes. Il s'agit d'une étude rétrospective des coûts et de la sévérité des cas dans un hôpital général belge. La sévérité clinique des cas a été mesurée via différents critères, pondérés et agrégés à l'aide d'un logiciel d'aide à la décision multicritère, sur base d'une collecte rétrospective des données dans les dossiers médicaux.[...] Dans une démarche de comparaison intra ou inter hospitalière des coûts par pathologie, il semble pertinent de tenir compte de la notion de sévérité. L'étude confirme une augmentation des coûts des ressources consommées en fonction de la sévérité de l'APR-DRG. Les coûts directement liés au traitement de l'infarctus n'augmentent pas en fonction de la sévérité clinique des cas mais en fonction du traitement réalisé (Résumé d'auteur).

36828

ARTICLE  
HALLAIS (C.), CZERNICHOW (P.), LE VAILLANT (M.), FROMENT (L.), JOSSET (V.), DE POUVOURVILLE (G.)

### ***Gravité des patients et surcoûts dans les hôpitaux de référence.***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE  
2007/05 : Vol : 25 : N° : 3 : Pages : 177-187, tabl., rés.  
Cote Irdes : P85

Ce travail étudie le lien entre la gravité des patients et le surcoût des soins dans les établissements de référence. Les groupes homogènes de malades (GHM) ayant les surcoûts les plus élevés au CHU de Rouen ont été identifiés relativement à l'étude nationale de coûts (ENC). La gravité des patients a été mesurée par l'âge, les complications et morbidité associées (CMA) ou complications et morbidité associées sévères (CMAS) et le passage en réanimation. Pour chaque GHM, la liaison entre gravité et coûts a été testée dans l'ENC puis la part du surcoût expliquée par la gravité plus importante au CHU de Rouen a été estimée (résumé d'auteur).

## ► Droits du malade

37222

ARTICLE  
MOSSE (G.)

### ***L'hospitalisation sous contrainte.***

Santé et polices.  
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2007 : N° : 17 : Numéro spécial :  
Pages : 65-77  
Cote Irdes : P168

Hospitaliser contre sa volonté un citoyen souffrant d'un trouble mental peut être une nécessité thérapeutique. Résistant à la judiciarisation, la France, par la loi du 27 juin 1990 réformant celle du 30 juin 1938, n'a accompagné que de façon partielle les progrès et les modalités modernes de soins. Le retrait, en novembre 2008, des articles 18 à 24 du projet de loi relative à la prévention de la délinquance, a écarté une vision dominée par les préoccupations sécuritaires. La réforme attendue par les usagers et les professionnels consisterait à alléger les procédures de soins sans consentement, qui sont généralement mises en œuvre dans l'urgence, et, à renforcer les contrôles en aval.

Elle est, bien évidemment, liée à une évolution du dispositif de santé mentale.

## ▮ Financement

ELLIS (R.P.), VIDAL-FERNANDEZ (M.)

### **Activity-based payments and reforms English hospital payment system.**

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2007/10 : Vol. 2 : n° 4 : 435-444

Cote Irdes : P197

STREET (A.), MAYNARD (A.)

### **Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results.**

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2007/10 : vol. 2 : n° 4 : 419-427

Cote Irdes : P197

The English National Health Service is introducing activity based tariff systems or Payment by Results (PbR) as the basis for hospital funding. The funding arrangements provide incentives for increasing activity, particularly day surgery, and, uniquely, are based on costing data from all hospitals. But prices should not be based on average costs and the potential of PbR to improve the quality of care is yet to be exploited. Without refinement, PbR threatens to undermine expenditure control, to divert resources away from primary care, and to distort needs based funding.

STREET (A.), MAYNARD (A.)

### **Payment by results: qualified ambition? A reply.**

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2007/10 : vol. 2 : n° 4 : 445-448

Cote Irdes : P197

Cet article est un commentaire d'une étude du Centre for Health Economics de l'Université de York : Miraldo, M., Goddard, M. and Smith, P. C. (2006), 'The incentive effects of payment by results', Centre For Health Economics Research Paper 19.

## ▮ Hospitalisation

KONETZKA (R.T.), SPECTOR (W.), LIMCANGCO 'R.)

### **Reducing Hospitalizations From Long-Term Care Settings.**

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

2008/02 : Vol. 65 : n°1 : 40 – 66

Cote Irdes : P182

Hospital spending represents approximately one third of total national health spending, and the majority of hospital spending is by public payers. Elderly individuals with long-term care needs are at particular risk for hospitalization. While some hospitalizations are unavoidable, many are not, and there may be benefits to reducing hospitalizations in terms of health and cost. This article reviews the evidence from 55 peer-reviewed articles on interventions that potentially reduce hospitalizations from formal long-term care settings. The interventions showing the strongest potential are those that increase skilled staffing, especially through physician assistants and nurse practitioners; improve the hospital-to-home transition; substitute home health care for selected hospital admissions; and align reimbursement policies such that providers do not have a financial incentive to hospitalize. Much of the evidence is weak and could benefit from improved research design and methodology.

## ▮ Hospitalisation à domicile

36674

ARTICLE

PUIG-JUNOY (J.), CASAS (A.), FONT-PLANELLAS (J.) et al.

### **The impact of home hospitalization on healthcare costs of exacerbations in COPD patients.**

*L'impact de l'hospitalisation à domicile sur les coûts de santé des patients souffrant de bronchopneumonie chronique obstructive aggravée.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/12 : Vol : 8 : N° : 4 : Pages : 325-332, 4 tabl., 1 fig.

Cote Irdes : P151

Home-hospitalization (HH) improves clinical outcomes in selected patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) admitted at the emergency room due to an exacerbation, but its effects on healthcare costs are

poorly known. The current analysis examines the impact of HH on direct healthcare costs, compared to conventional hospitalizations (CH). A randomized controlled trial was performed in two tertiary hospitals in Barcelona (Spain). A total of 180 exacerbated COPD patients (HH 103 and CH 77) admitted at the emergency room were studied. In the HH group, a specialized respiratory nurse delivered integrated care at home. The average direct cost per patient was significantly lower for HH than for CH, with a difference of 810€ (95 % CI, 418–1,169€) in the mean cost per patient. The magnitude of monetary savings attributed to HH increased with the severity of the patients considered eligible for the intervention.

## ► Indicateurs de gestion hospitalière

37161

FASCICULE

ADAIUS (Gladis), EXERTIER (Albane)

***L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer en 2005.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/12 : N° : 614 : Pages : 8p., tabl., cartes

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er614.pdf>

L'organisation sanitaire des DOM est fortement contrainte par leur géographie. Les Antilles et La Réunion sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, la structure de la population varie fortement : proche de la métropole en Martinique et en Guadeloupe, elle est nettement plus jeune à La Réunion et en Guyane. L'essentiel de l'activité hospitalière des DOM relève du court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Enfin, l'offre de soins de suite et de réadaptation est très variable d'un département à l'autre, alors que les équipements en séjour de longue durée sont peu nombreux.

37165

FASCICULE

ARNAULT (Séverine), FIZZALA (Arnaud), LEROUX (Isabelle), LOMBARDO (Philippe)

***L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/12 : N° : 618 : Pages : 8p., tabl.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er618.pdf>

En 2006, l'activité des établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM s'est accrue de +2,6 %. Le développement de l'hospitalisation partielle (+4,8 %) explique l'essentiel de la croissance, particulièrement dans les soins de suite et de réadaptation. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'augmentation de la prise en charge à temps partiel reste forte (+6,6 %) même si elle tend à se ralentir. En psychiatrie, une hausse plus modérée s'observe aussi bien dans la prise en charge des enfants et des adolescents que dans celle des adultes. En hospitalisation complète, la situation diffère selon les disciplines : l'activité augmente en médecine, en soins de suite et de réadaptation et en obstétrique. Au contraire, le nombre d'entrées diminue en chirurgie (-2,1 %) et en psychiatrie générale (-1,1 %).

## ► Tarification hospitalière

36186

ARTICLE

BLEIN (C.), CLOT (D.), LAMURE (M.)

***Comparaison internationale des systèmes de classification de patients comme outil du paiement prospectif.***

*Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.*

SANTE ET SYSTEMIQUE

2006 : Vol : 9 : N° : 3-4 : Pages : 65-134

Cote Irdes : A3626

Ce travail retrace les différentes étapes de construction, d'utilisation et d'implémentation du système de classification de patients dans le monde de la santé. Au début de sa création, le système de classification de patients n'était qu'un simple outil mais il est devenu rapidement l'objet d'enjeux importants dans la problématique de la maîtrise de l'inflation des dépenses de santé et notamment celles induites par l'hospitalisation. Le monde de la santé s'intéresse particulièrement à ces systèmes de classification de patients par leur potentialité à modifier les comportements des acteurs et soutenir l'introduction d'une nouvelle forme de financement de soin : le paiement prospectif. Le système de classification de patients

s'internationalise très rapidement et fait l'objet de multiples modalités d'implémentation. Cet article décrit les principales formes d'algorithme de groupages observées dans les pays et leurs modes d'utilisation.

36187

ARTICLE

BLEIN (C.), CLOT (D.), LAMURE (M.), GARASSUS (P.)

***Etude de l'impact des évolutions de classification auprès des établissements de santé du secteur privé.***

*Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.*

SANTE ET SYSTEMIQUE

2006 : Vol : 9 : N° : 3-4 : Pages : 169-204

Cote Irdes : A3626

Cet article propose une réflexion relative à l'évolution de la classification permettant la tarification des groupes homogènes de malades (GHM) à partir des données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) français. Dans ce contexte, nous avons retenu certaines pistes de réflexion dont certaines sont relatives à l'évolution V7.9 /V7.10 et d'autres plus particulières sur l'analyse des choix arbitrés au sein des classifications. Parmi ces dernières nous avons étudié l'effet de segmentation apporté par la spécification des GHM liés selon la présence ou non des comorbidités associées sévères (CMAS).

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### ► Chirurgiens-dentistes

36284

FASCICULE

COLLET (Marc), SICART (Daniel)

***Projections du nombre de chirurgiens-dentistes en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthodes et principaux résultats.***

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/09 : N° : 68 : Pages : 73p.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud68.pdf>

Un peu plus de 40 000 chirurgiens-dentistes actifs ont été recensés par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes au 31 décembre 2006. La densité en France s'élève à 65 praticiens pour 100 000 habitants, soit un niveau relativement élevé par rapport aux autres pays industrialisés. La profession, la moins féminisée des professions de santé réglementées, est encore essentiellement libérale (91,5 %) bien que la part des salariés ait légèrement augmentée (8,5 %). Des exercices de projection de la démographie des chirurgiens-dentistes en activité à l'horizon 2030 ont été réalisés. Ce document s'attache à décrire précisément la méthodologie employée pour approcher les comportements actuels des chirurgiens-dentistes.

### ► Délégation de soins

35395

ARTICLE

VALLENCIEN (G.)

***La concurrence entre les métiers.***

Concurrence et santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007/07 : N° : 15 : Pages : 95-96

Cote Irdes : P168

La nouvelle médecine impose un réexamen des métiers et sans doute l'émergence de nouvelles professions. Le système de santé tarde à s'y préparer. Cet article aborde des expériences de délégation de soins tentées dans les pays anglo-saxons sans pour autant baisser la qualité des soins..

### ► Démographie médicale

36287

FASCICULE

SICART (Daniel)

***Les médecins : estimations au 1er janvier 2007.***

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/08-09 : N° : 115 : Pages : 111p.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat115.pdf>

Ce document de travail donne les résultats de l'exploitation statistique du répertoire Adeli. La méthode de redressement employée tient

compte du département d'origine des médecins et de leur statut (salarié hospitalier et salarié non hospitalier). Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux d'effectifs et sont ventilés selon la spécialité, la situation professionnelle (libéral, salarié), le secteur d'activité, la tranche d'âge, le sexe, la région, le département et la tranche d'unité urbaine.

## ► Formation

36552

FASCICULE  
FERRETTI (Carine)

### ***La formation aux professions de la santé en 2006.***

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/10 : N° : 118 : Pages : 172p., tabl.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat118.pdf>

La DREES réalise, avec l'Éducation nationale et la Direction générale de la santé, une enquête annuelle auprès des centres de formation de la santé délivrant des diplômes sous tutelle du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. L'enquête a pour but d'établir la liste, de dénombrer et d'identifier les centres de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée de l'année de l'enquête. Elle permet de comptabiliser les élèves en formation et d'étudier certaines de leurs caractéristiques (sexe, âge, niveau de formation générale, modes de prise en charge financière, etc...). Cela concerne Infirmiers diplômés d'État, Sages-femmes, Masseurs kinésithérapeutes, Techniciens en analyse biomédicale, Aides soignants, Pédiatres podologues, Manipulateurs d'électro-radiologie médicale, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Auxiliaires de puériculture, Puéricultrices, Infirmiers anesthésistes, Infirmiers de bloc opératoire, Cadres de santé.

## ► Infirmiers

36647

ARTICLE

### ***Infirmiers : droit de prescription de dispositifs médicaux.***

REVUE PRESCRIRE

2007/12 : Vol : 27 : N° : 290 : Pages :

936-937

Cote Irdes : P80

En France, un arrêté du 13 avril 2007 a fixé la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Cette mesure s'inscrit dans la reconnaissance de la profession infirmière et l'évolution des soins, du partage et du transfert des compétences.

## ► Migration internationale

35891

ARTICLE  
BUCHAM (J.)

### ***Health worker migration in Europe : assessing the policy options.***

*La migration des professionnels de santé en Europe : comment évaluer les politiques à suivre.*

EUROHEALTH

2007 : VOL 13 : N° : 1 : Pages : 6-8

The issue of the migration of health workers has become a more significant feature of international health policy debate in the last few years, in Europe and elsewhere. It has taken on additional prominence in Europe as more countries have joined the European Union. This paper examines trends in general migration in Europe, and highlights the key policy options for 'source' and 'destination' countries when monitoring and assessing the implications of health worker migration.

## ► Personnel hospitalier

36547

FASCICULE  
FIZZALA (Arnaud)

### ***Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/10 : N° : 605 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er605/er605.pdf>

En 2005, le personnel non médical dans les établissements de santé représentait 1 030 000 emplois. Avec sept équivalents temps plein (ETP) sur dix, le personnel soignant constitue l'essentiel des effectifs de l'hôpital. Le reste du personnel correspond aux emplois administratifs (12,4 % des ETP), techniques

et ouvriers (11,5 % des ETP), médico-techniques (4,6 % des ETP) et éducatifs ou sociaux (1,4 % des ETP). Entre 1997 et 2005, le nombre d'ETP non médicaux a augmenté de 100 000, hausse portant sur le personnel soignant et due principalement à la mise en place de la réduction du temps de travail.

## MÉDICAMENTS

### ► Automédication

36975

ARTICLE

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

**Extrait du rapport Beigbeder sur le low cost : les produits pharmaceutiques sans ordonnance.**

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES  
(LES) : BULLETIN DE L'ORDRE DES  
PHARMACIENS

2008/01/17 : N° : 352 : Pages : 5

Cote Irdes : P29/2

Dans son rapport intitulé : le low cost, un levier pour le pouvoir d'achat, Charles Beigbeder consacre deux pages (146-148) aux produits pharmaceutiques sans ordonnance. Il propose clairement d'autoriser leur vente en grandes surfaces, de mettre fin aux règles de propriété actuelles et de favoriser ainsi l'émergence de chaînes de pharmacie éventuellement «low cost».

### ► Déremboursement

36152

FASCICULE

**Déremboursements et reports de prescriptions : l'éclairage de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2007/10/04 : N° : 590 : Pages : 6-10

Cote Irdes : P72

Suite au réexamen du service médical rendu des spécialités pharmaceutiques, la seconde vague de déremboursement est intervenue au 1er mars 2006 (JO du 25 janvier 2006). Elle a concerné 13 classes pharmaco-thé-

rapeutiques, notamment la pneumologie, l'hépatogastro-entérologie et la phytothérapie sédatrice. La Commission des comptes de la Sécurité sociale a analysé l'impact du déremboursement sur les ventes des médicaments concernés et sur les comportements de prescription des médecins. Cet article présente une synthèse de ses résultats.

37097

ARTICLE

**Le laboratoire Negma et les phlébotoniques : une démarche audacieuse.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO

2008/01/31 : N° : 604 : Pages : 4

Cote Irdes : P72

Suite au déremboursement des phlébotoniques le 1er janvier 2008, le laboratoire Negma a décidé de vendre sa spécialité Veinamitol au prix de vente conseillé : 4 euros, c'est-à-dire à une somme inférieure de celle payée par le patient au titre du ticket modérateur (4,38 euros), quand le médicament était remboursé.

### ► Données d'ensemble

37009

ARTICLE

DANZON (P.M.), FURUKAWA (M.F.)

**International prices and availability of pharmaceuticals in 2005.**

Prix internationaux et disponibilité des médicaments en 2005.

HEALTH AFFAIRS

2008/01-02 : Vol : 27 : N° : 1

Pages : 221-231, 6 tabl.

Cote Irdes : P95

This paper compares pharmaceutical spending, availability, use, and prices in twelve countries in 2005. Drug spending per capita was higher in the United States than in other countries. The United States had relatively high use of new drugs and high-strength formulations; other countries used more of older drugs and weaker formulations. Thus, whether U.S. overall volume of use is lower or higher depends on the measure of volume and type of product. Comprehensive price indexes show foreign prices to be 20–40 percent lower than U.S. manufacturer prices, but only 10–30 percent lower than U.S. public prices generics are cheaper in the United States than in other

countries. [Health Affairs 27, no. 1 (2008): 221-233; 10.1377/hlthaff.27.1.221]

## ► Industrie pharmaceutique

36414

ARTICLE  
BERDELAY (G.)

### ***Firmes pharmaceutiques, démons de la formation des soignants et de l'information des patients.***

Santé et écoles.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007 : N° : 16 : Pages : 77-83

Cote Irdes : P168

La symbiose constamment entretenue entre les firmes pharmaceutiques et les professionnels de santé fait perdre à ses derniers leur esprit critique, et leur fait oublier leur vrai rôle social : le service rendu aux patients. Soumises à une féroce concurrence, les firmes cherchent toujours à mettre en valeur ce qu'elles vendent. Elles sont dans l'incapacité d'émettre des conclusions sereines, objectives, comparatives, prenant en compte tous les moyens thérapeutiques disponibles, leurs avantages et leurs inconvénients. L'indépendance des professionnels de santé est une condition sine qua non de la qualité des soins et de la confiance durable des patients.

36615

ARTICLE

### ***Eviter l'évitable : confusion entre noms commerciaux entretenue par les agences du médicament.***

REVUE PRESCRIRE

2007/12 : Vol : 27 : N° : 290 : Pages : 941-945

Cote Irdes : P80

Les noms commerciaux de médicaments sont à l'origine de confusions qui exposent les patients à des effets indésirables évitables. Trop orienté par les demandes des firmes, un projet de recommandations de l'Agence européenne du médicament relatives aux noms commerciaux des médicaments ne prend pas en compte les besoins des patients et des soignants, et entretient volontairement la confusion. Pour l'éviter, mieux vaut donner la priorité à la dénomination commune internationale (DCI).

## ► Innovation médicale

35678

ARTICLE  
LEVEQUE (F.), MENIERE (Y.)

### ***L'urgence de la réforme du système de brevet européen : reflet et perspectives de la vie économique.***

PROBLEMES ECONOMIQUES

2007/07/18 : N° : 2928 : Pages : 28-33

Cote Irdes : P100

Le système actuel de brevet européen est issu de la convention de Munich. Cette dernière n'a pas supprimé les brevets nationaux, mais a instauré une procédure centralisée d'examen des brevets par l'Office européens des brevets (OEB), créé à cet effet à Munich. Les brevets déclarés à l'OEB autorisent le déposant à obtenir des brevets nationaux sans examen supplémentaire dans les pays de leur choix. Mais ce système s'avère plus coûteux en raison du problème de la traduction. La réforme du système européen de brevet reste donc à l'ordre du jour.

36411

ARTICLE  
LARCHEVEQUE (F.)

### ***Les brevets constituent-ils un frein à l'innovation ?***

PROBLEMES ECONOMIQUES

2007/10/24 : N° : 2933 : Pages : 25-31

Cote Irdes : P100

Cet article constitue une synthèse d'un article paru dans Economie et management : la propriété intellectuelle, c'est le vol. La question centrale de l'article est la suivante : l'augmentation des coûts de transaction et la parcelisation des connaissances créent d'importantes barrières à l'innovation. La course au brevet peut, en outre, provoquer un gaspillage des ressources. Comment dans un tel contexte, stimuler la création ? L'intervention publique, via la régulation de l'octroi des brevets, peut contribuer à abaisser les barrières à l'innovation. De même, l'incitation à la mutualisation des connaissances (science ouverte) permettrait de créer un domaine partagé des informations dans lequel chacun pourrait puiser librement, sans coûts. Mais ce processus n'est pas sans risques puisqu'il peut contribuer à favoriser la cartélisation de secteurs entiers.

36678

ARTICLE

**Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2007.**

REVUE PRESCRIRE

2008/01 : Vol : 28 N° : 291 : Pages : 28-60

Cote Irdes : P80

Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2007 par spécialité médicale.

37093

ARTICLE

**27 ans de palmarès des médicaments de la revue prescrire : 1981-2007.**

REVUE PRESCRIRE

2008/02 : Vol : 27 : N° : 292 : Pages : 84-87

Cote Irdes : P80

Cet article fait le point sur 27 ans de palmarès des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.

37099

ARTICLE

**Recherche, santé et protection sociale : les propositions du rapport Attali.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2008/01/31 ; N° 604 : Pages : 6-11

Cote Irdes : P72

Cet article analyse les propositions du rapport Attali relatives à la recherche, à la santé et à la protection sociale : rendre la recherche plus compétitive, améliorer l'attractivité pour la recherche et la production pharmaceutique, améliorer la qualité de l'offre médicale, libérer la croissance de l'offre pour de nouveaux biens et services de santé, réformer les professions aujourd'hui réglementés, maîtriser les dépenses de santé..

37103

FASCICULE

**Les 18 nouvelles molécules de 2007.**

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2007/02/10 : N° : 2714 - Cahier 2 : Pages : 23p., tabl.

Cote Irdes : P44

Dix-huit principes actifs inédits en France ont été lancés en 2007. Sept à l'officine, onze à l'hôpital. La pharmacie de ville a aussi accueilli treize sorties de la réserve hospitalière. Cet article dresse le panorama d'une année en demi-teinte, qui n'a vu aucune attribution d'ASMR (amélioration du service médical rendu) majeur.

## ► Observance thérapeutique

36503

ARTICLE

La revue Prescrire. Paris. FRA

**«Observance» des traitements : pas si simple.**

REVUE PRESCRIRE

2007/10 : Vol : 27 : N° : 288

Pages : 782-783

Cote Irdes : C, P80

Plusieurs méta-analyses montrent que l'efficacité des programmes d'«aide à l'observance» est très limitée. Des études qualitatives montrent les limites de la pertinence du concept même d'«observance» d'un traitement. De nombreux patients expérimentent les médicaments avec prudence, voire avec méfiance, ce qui relève a priori d'une attitude raisonnée. La priorité n'est pas de contraindre ou d'inciter les patients à poursuivre des traitements peu efficaces, peu pratiques ou mal tolérés, mais d'améliorer ces traitements ou d'en choisir de meilleurs.

37106

ARTICLE

CRISTOFARI (J.J.)

**Observance et éducation thérapeutique : à quand une loi ?**

PHARMACEUTIQUES

2008/01 : N° : 153 : Pages : 27-46

Cote Irdes : P28

La communauté scientifique le sait depuis longue date : les patients ne suivent pas leurs traitements. L'Organisation mondiale de la santé, en 2003, avait tiré la sonnette d'alarme dans un rapport qui met en évidence le peu de propension des malades à suivre leurs prescriptions médicamenteuses : la non-observance coûte cher à l'industrie pharmaceutique, mais aussi à la Sécurité sociale et à la société. Face à cet immense gaspillage de ressources, les débats ont cours, en Europe comme

en France, sur la manière de remédier à ce problème permanent. Plus qu'une information à donner aux malades, on pense maintenant à des programme d'accompagnement thérapeutique, car les malades non-observants se trouvent principalement parmi les malades chroniques. Cet article présente l'expérience menée par la société ABR Pharma avec sa création d'un instrument de mesure objective de l'observance. Il appartient désormais aux élus de se ressaisir du problème et de lui donner une traduction législative afin d'avancer utilement sur les entiers d'un disease management qui fait cruellement défaut au système de santé français.

## ► Pharmacie hospitalière

36257

ARTICLE  
COLNET (Rémi)

### ***La pharmacie et le médicament au coeur des enjeux hospitaliers.***

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/06-07 : N° : 467 : Pages : 391-394

Cote Irdes : C, P67

[BDSP. Notice produite par ENSP zOJ1R0xx. Diffusion soumise à autorisation]. En raison des enjeux financiers, juridiques et de qualité des soins associés aujourd'hui au médicament à l'hôpital, pharmaciens hospitaliers, médecins et directeurs d'hôpital doivent coopérer afin que l'on passe d'une pharmacie hospitalière assurant une fonction logistique à un réel circuit du médicament, dont la qualité sera renforcée par la certification et le contrat de bon usage. Si la nouvelle gouvernance et les contrats de pôle peuvent appuyer cette démarche d'amélioration, celle-ci passe également par le développement de partenariats entre établissements de santé et autres structures sanitaires et médico-sociales. Elle repose enfin sur des systèmes d'informations performants que le plan Hôpital 2012 pourrait contribuer à déployer dans les établissements de santé français.

## ► Pharmaco-épidémiologie

37037

ARTICLE , INTERNET  
PEARCE (N.)

### ***Corporate influences on epidemiology.***

*Les influences de l'industrie sur la recherche en épidémiologie.*

INTERNATIONAL JOURNAL OF  
EPIDEMIOLOGY

2008 : Vol : 37 : Pages : 46-53

Cote Irdes : En ligne

<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/37/1/46>

Corporate influences on epidemiology have become stronger and more pervasive in the last few decades, particularly in the contentious fields of pharmacoepidemiology and occupational epidemiology. For every independent epidemiologist studying the side effects of medicines and the hazardous effects of industrial chemicals, there are several other epidemiologists hired by industry to attack the research and to debunk it as 'junk science'. In some instances these activities have gone as far as efforts to block publication. In many instances, academics have accepted industry funding which has not been acknowledged, and only the academic affiliations of the company-funded consultants have been listed. These activities are major threats to the integrity of the field, and its survival as a scientific discipline. There is no simple solution to these problems. However, for the last two decades there has been substantial discussion on ethics in epidemiology, partly in response to the unethical conduct of many industry-funded consultants. Professional organizations, such as the International Epidemiological Association, can play a major role in encouraging and supporting epidemiologists to assert positive principles of how science should work, and how it should be applied to public policy decisions, rather than simply having a list of what not to do.

## ► Pharmacovigilance

37221

ARTICLE  
MORENNES (J.)

### ***Une police internationale des médicaments.***

Santé et polices.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007 : N° : 17 : Pages : 47-53

Cote Irdes : P168

La police internationale des médicaments peut reposer sur la délivrance des autorisations de mise sur le marché, sur la surveillance du marché ou bien encore sur l'évaluation du respect des pratiques de fabrication. Elle peut aussi

s'envisager de façon différente en considérant le marché licite ou le marché illicite. Pour comprendre la police internationale des médicaments basée sur l'évaluation des bonnes pratiques de fabrication, il faut en considérer les différents acteurs comme l'Agence européenne des médicaments, l'Organisation mondiale de la santé ou le système de coopération en matière d'inspection pharmaceutique (PICS), les enjeux comme la sécurité des fabrications dans un monde globalisé et une meilleure organisation future comme le partage d'information (échange des rapports d'inspection).

## ► Politique des médicaments

36149

FASCICULE

***Evaluation des médicaments : l'analyse de la Cour des comptes.***

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2007/09/27 : N° : 589

Pages : 6-10

Cote Irdes : P72

La Cour des comptes a consacré un chapitre aux dépenses de médicaments dans son rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale en 2006. Elle a en outre analysé l'évaluation des médicaments en ville qu'elle a jugée insuffisante (manque de transparence des procédures, évaluation inadaptée des médicaments avant la commercialisation et suivi limité après commercialisation). Cet article publie les points forts de ces travaux, ainsi que des extraits des réponses de la Haute Autorité de santé et du Comité économique des produits de santé.

37094

ARTICLE

***L'année 2007 du médicament : les politiques et les agences laissent la santé des populations aux mains des firmes.***

REVUE PRESCRIRE

2008/02 : Vol : 27 : N° : 292 : Pages :  
134-140

Cote Irdes : P80

En 2007 encore, les fausses nouveautés sont majoritaires : associations à doses fixes de substances connues, « me too », gadgets, etc. Les copies sont nombreuses, donc certaines sont intéressantes pour les patients. Mais il rè-

gne un flou organisé autour du concept de bio-similaires. Les médicaments à éviter sont trop nombreux comparés au petit nombre de ceux qui apportent de réels progrès pour mieux soigner. Les agences continuent globalement à faire passer les intérêts des firmes avant ceux des patients, et les plans de gestion des risques et autres suivis post-AMM ne suffisent pas à garantir des dangers. Le prix des médicaments et leur admission au remboursement sont toujours aussi opaques et peu efficacement régulés. En somme, citoyens, patients et professionnels de santé ne peuvent toujours pas faire confiance aux autorités de santé pour assurer la qualité des soins.

36973

ARTICLE

PARROT (J.)

***L'officine française : rente ou ressource pour la santé publique et la croissance ? La vision de l'Ordre des pharmaciens.***

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES  
(LES) : BULLETIN DE L'ORDRE DES  
PHARMACIENS

2008/01/17 : N° : 352 : Pages : 7-12

Cote Irdes : P29/2

L'Ordre des pharmaciens a été auditionné par la Commission Attali sur la façon dont l'officine pourrait contribuer à la croissance économique. Cet article synthétise sa vision de l'officine française.

37207

ARTICLE

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

***La pharmacie selon Attali.***

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES  
(LES) : BULLETIN DE L'ORDRE DES  
PHARMACIENS

2008/01/31 : N° : 353 : Pages : 4-6

Cote Irdes : P29/2

Parmi les 316 propositions du rapport de la Commission Attali visant à libérer la croissance française, la décision 212 est titrée : Ouvrir les conditions d'exercice des activités de la pharmacie. Cet article analyse cette proposition.

37208

ARTICLE

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

**La sortie de l'officine des médicaments à prescription médicale facultative (PMF) : impact sur les prix en Europe.**

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES  
(LES) : BULLETIN DE L'ORDRE DES  
PHARMACIENS

2008/01/31 : N° : 353 : Pages : 7

Cote Irdes : P29/2

Parmi les 316 propositions du rapport de la Commission Attali, la proposition 212 est de limiter le monopole pharmaceutique aux seuls médicaments prescrits sur ordonnance, sur le modèle italien. Cette mesure permettrait de baisser les prix de ces produits de 5 % à 15 % environ, selon une étude de l'OCDE portant sur le Danemark.

## ► Prix

36676

ARTICLE

NUIJTEN (M.J.C.)

**Pricing matrix model : dealing with uncertainty.**

*Modèle de matrice de fixation des prix : traiter avec l'incertitude.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2007/12 : Vol : 8 : N° : 4

Pages : 333-337, 1 tabl., 3 fig.

Cote Irdes :

A previous publication in this journal showed that the pricing matrix model (PMM) allows an assessment of the pricing potential of a new innovative product. When the PMM is going to be used for the determination of a drug price for a new drug in the strategic product planning process, it is important that this methodology is reliable. In the initial paper the PMM only yielded an expected price for the new antidepressant without generating an estimate of the probability that the new drug would indeed be listed at this expected price. In this manuscript we present various methodologies to deal with uncertainty in the PMM. We introduce the concept of price acceptability curves. The conclusion of this paper is that the incorporation of uncertainty into the PMM will lead to a more accurate assessment of the pricing potential of a new drug.

36972

ARTICLE

LE FUR (E.)

**Le vrai prix des génériques.**

60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS

2008/02 : N° : 424 : Pages : 16-19, fig.

Cote Irdes : Dossier de presse : Pharmacie/  
Politique des médicaments

Pour assurer le développement des génériques, la réglementation française a permis aux pharmaciens d'enregistrer des bénéfices très importants grâce aux marges arrière. L'Assurance maladie aurait pu réaliser des économies supplémentaires et les assurés payer leurs médicaments moins cher.

37100

ARTICLE

**Médicament : melting pot des prix.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2008/01/31 : N° : 605 : Pages : 1

Cote Irdes : P72

Cet article tente de faire le point sur la question plus générale du prix du médicament et de son coût réel pour le patient/consommateur, que ce dernier soit remboursé ou non : prix selon le circuit d'approvisionnement, prix selon le pharmacien, prix selon le produit.

## ► THS

37229

ARTICLE

**Traitement hormonal de la ménopause et cancer de l'ovaire.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2007/10 : Vol : 3 : N° : 10 : Pages : 441

Cote Irdes : P198

La cohorte anglaise MWS (Million Women Study) continue à fournir des données essentielles, cette fois sur l'association entre traitement hormonal de la ménopause (THM) et cancer de l'ovaire. Sur les 948 576 femmes ménopausées incluses suivies en moyenne 5,3 ans pour un cancer de l'ovaire incident et 6,9 ans pour le décès dû à ce cancer, 287 143 (30 %) utilisaient couramment un THM et 186 751 (20 %) l'avaient utilisé auparavant. Durant le suivi, 2 273 cancers de l'ovaire et 1 591 décès dus à ce cancer ont été enregistrés.

Les femmes du groupe THM avaient significativement plus de risque de développer un cancer de l'ovaire (RR : 1,20 ; 1,09-1,32; p = 0,0002) et d'en mourir (RR : 1,23 ; 1,09-1,38 ; p = 0,0006) que les non-utilisatrices. Pour les utilisatrices habituelles de THM, l'incidence du cancer ovarien augmentait avec la durée du traitement, mais ne changeait pas significativement selon le mode de traitement. Les risques associés au THM variaient selon l'histologie tumorale (p < 0,0001), et chez les femmes ayant des tumeurs épithéliales, le risque associé au THM était plus important et significatif pour les tumeurs séreuses (1,53 ; 1,31-1,79). Il n'était pas significatif pour les tumeurs mucineuses (0,72 ; 0,52-1,00), endométrioïdes (1,05 ; 0,77-1,43), ou à cellules claires (0,77 ; 0,48-1,23). Chez les anciennes utilisatrices de THM, il n'y avait pas d'accroissement du risque de cancer (0,98 ; 0,88-1,11) ou de décès par cancer (0,97 ; 0,84-1,11). Après 5 ans, l'incidence standardisée de cancer de l'ovaire était pour 1 000 femmes de 2,6 (2,4-2,9) chez les utilisatrices habituelles de THM vs 2,2 (2,1-2,3) chez les non-utilisatrices, ce qui correspond à 1 cancer supplémentaire pour 2 500 utilisatrices, les taux de décès étant respectivement de 1,6 (1,4-1,8) et 1,3 (1,2-1,4), soit un décès supplémentaire par cancer de l'ovaire pour 3 300 utilisatrices.

cins exerçant dans l'agglomération (1 076). Les résultats obtenus furent les suivants : 377 questionnaires exploitables ont été retournés, dont 33 % venant de médecins généralistes. Les répondants disposaient presque tous d'un ordinateur sur leur lieu d'exercice et déclaraient utiliser facilement Internet, 58,4 % tenaient à jour un dossier patient informatisé, 10 % participaient à l'expérimentation. Un consensus se dégagait en faveur : d'un DMP structuré (72,8 %), du principe de « bris de glace » (82,2 %), de l'utilisation des données anonymisées pour l'épidémiologie (74,2 %) et contre le « droit au masquage » (67 %). 74,2 % des répondants estimaient que le DMP permettrait une meilleure prise en charge médicale des patients et 62,6 % qu'il améliorerait la communication entre confrères. Les craintes liées au DMP étaient le surcroît de travail (55,6 %), l'accumulation de données non pertinentes (46,6 %) et l'insécurité des données (44,8 %). Les principaux obstacles concrets à l'utilisation étaient la double saisie (39 %), le manque de temps (27,3 %) et l'absence de rémunération (11,7 %). Discussion : Le DMP devrait permettre le développement d'une culture du partage des données de santé entre professionnels, et entre soignant et soigné. Plusieurs défis restent à relever, en matière d'interopérabilité et de sécurité des données, pour finir d'emporter l'adhésion des 9 médecins sur 10 qui se déclarent prêts à utiliser le DMP. Le rejet du « masquage » et le plébiscite du « bris de glace » révèlent une mauvaise appréhension des nouvelles relations entre médecins et patients. Conclusion : Une large majorité des médecins est favorable au principe du DMP, mais peu d'entre eux y sont préparés. Un effort de formation et d'information spécifique est réclamé (84,5 %) et sera nécessaire pour donner confiance en l'outil.

## TECHNOLOGIES MÉDICALES

### ► Dossier médical informatisé

35421

ARTICLE

HURTAUD (A.), DEPINAY (D.)

***Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2007/05 : Vol : 3 : N° : 5 : Pages : 278-282

Cote Irdes : P198

L'expérimentation du dossier médical personnel (DMP) a été lancée en juin 2006 sur 17 sites pilotes, dont celui de l'agglomération de Reims. L'objectif de cette enquête réalisée à Reims était de recueillir l'opinion des médecins sur ce sujet. L'enquête d'opinion a été menée de juillet à septembre 2006 à partir d'un questionnaire adressé à tous les méde-

36490

ARTICLE

PROUVOST-KELLER (B.), PROVENZANO (F.), CAISSOTTI (C.), GUIRAUD (V.), SANFILIPPO (E.), PRADIER (C.)

***Faisabilité du transfert informatisé de comptes-rendus standardisés de consultation entre les médecins d'un réseau ville-hôpital.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/07-09 : N° : 3 : Pages : 187-195

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Reseau\\_ville-hopital.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Reseau_ville-hopital.pdf)

Le réseau VIH des Alpes-Maritimes, a expérimenté entre 2003 et 2005 un transfert de comptes rendus standardisés de consultation (CRSC), informatisé, automatisé et sécurisé, des médecins généralistes vers les Médecins hospitaliers, respectant l'environnement de travail de chaque médecin généraliste et qui puisse être réalisé au décours d'une consultation de médecine générale. L'objectif était d'évaluer la faisabilité de ce type de transfert de comptes rendus standardisés de consultation entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers dans le cadre du suivi des patients infectés par le VIH.

## ► Innovations médicales

36971

FASCICULE

LALLEMENT (R.)

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

**Portée et limites du brevet comme indicateur d'innovation : la qualité des brevets en question.**

NOTE DE VEILLE (LA)

2007/11/12 : N° : 81 : Pages : 1-4, tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

Les données de brevet sont considérées comme l'un des meilleurs indicateurs – voire le meilleur – de performance en matière d'innovation technologique, à l'échelle d'une entreprise, d'un organisme de recherche ou d'un territoire. Le succès du brevet, sous cet angle, a pour contrepartie de déboucher sur une confusion possible entre l'objectif et l'instrument, en laissant croire que multiplier les brevets constituerait un gage de réussite, en toutes circonstances, sur le plan de l'innovation. En d'autres termes, si le brevet mérite son statut d'outil privilégié pour évaluer les capacités d'innovation, cela ne saurait conduire à adopter une vision étroitement quantitative du dépôt de brevet. Pourtant, les discussions sur la nécessaire réforme du système européen des brevets demeurent en général focalisées sur cette dimension quantitative et, de façon liée, sur la question des coûts associés à l'obtention des brevets. Dans cette perspective, la présente note vise tout d'abord à préciser la portée et les limites du brevet comme indicateur d'innovation, notamment en termes de comparaison internationale. Elle conduit ensuite à mettre en lumière la question de la qualité des brevets, qui demeure encore mal connue, tout du moins en France, bien qu'elle puisse être considérée désormais comme le

principal enjeu du débat sur la réforme du système européen des brevets, par contre-coup des tendances contemporaines à l'inflation des dépôts.

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### ► Belgique

35825

ARTICLE, COMMUNICATION

SCHOKKAERT (E.), VAN DE VOORDE (C.)

Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.). Marseille. FRA

I.D.E.P.

**Incentives for risk selection and omitted variables in the risk adjustment formula.**

*Incitations à la sélection des risques et variables omises dans les facteurs d'ajustement du risque.*

Health, insurance, equity.

Troisième Conférence de l'Institut d'Economie Publique, Marseille, 2004/06

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2006/07-12 : N° : 83-84 : Pages : 327-351 fig.

Cote Irdes : P41

L'ajustement du risque dans l'assurance des soins de santé soulève une question quant au traitement des variables ayant un impact sur les dépenses en soins de santé qui ne capturent pas de différences de coûts socialement acceptables. Cet article soutient que ces variables devraient quand même être incluses dans le modèle explicatif, mais ne pas être prises en compte lors du calcul des subsides de compensation. Cette approche est meilleure que l'approche standard pour neutraliser les incitations à la sélection des profils de risque. Une application empirique sur des données belges illustre les propos de cet article.

36601

ARTICLE

DIERCKX (E.), MICHIELS (A.), ROTTHIER (P.), WEYLER (J.J.)

***The influence of district level characteristics on the participation rate of breast cancer screening in the city of Antwerp, Belgium.***

*L'influence des caractéristiques du niveau «district» sur le taux de participation au dépistage du cancer du sein dans la ville d'Antwerp en Belgique.*

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2006 : Vol : 64 : N° : 2-3 : Pages : 93-108, 5 tabl., 2 fig.

Cote Irdes : P98

This article analyses whether or not there is a relationship between participating in the breast cancer screening programme in the city of Antwerp (Flanders, Belgium) and the socio-economic status of the neighbourhood the women reside in. Social and demographic characteristics that might explain the variance in the participation rate at the district level were listed and a multiple linear regression analysis was performed.

36978

ARTICLE

CANTILLON (B.), MAESSCHALCK (V.)

***Sécurité sociale, transferts et fédéralisme en Belgique.***

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2007 : Vol : 49 : N° : 2 : Pages : 365-396, 8 tabl., ann.

Cote Irdes : P196

La première partie du présent article traite de la mise en cartes des causes du volume et des effets des transferts régionaux en matière de Sécurité sociale à l'exception de l'assurance soins de santé sur la base d'un questionnaire représentatif portant sur les revenus de la population belge. Il examine les différences entre dépenses et recettes par région, les flux selon les inégalités sociales et économiques. La deuxième partie présente quelques considérations sur la place de la Sécurité sociale dans le monde fédéral belge, et tente de définir, sous quelles circonstances et conditions les transferts régionaux de Sécurité sociale s'avèrent problématiques et formule quelques remarques sur la politique à mener.

## Canada

36966

ARTICLE, INTERNET

HAGGERTY (J.), BURGE (F.), LEVESQUE (J.F), GASS (D.), PINEAULT (R.), BEAULIEU (M.D.), SANTOR (D.)

***Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts.***

ANNALS OF FAMILY MEDICINE

2007/07-08 : Vol : 5 : N° : 4 : Pages : 336-344

Cote Irdes : en ligne

<http://www.annfammed.org/cgi/reprint/5/4/336.pdf>

In 2004, we undertook a consultation with Canadian primary health care experts to define the attributes that should be evaluated in predominant and proposed models of primary health care in the Canadian context. Twenty persons considered to be experts in primary health care or recommended by at least 2 peers responded to an electronic Delphi process. The expert group was balanced between clinicians (principally family physicians and nurses), academics, and decision makers from all regions in Canada. In 4 iterative rounds, participants were asked to propose and modify operational definitions. Each round incorporated the feedback from the previous round until consensus was achieved on most attributes, with a final consensus process in a face-to-face meeting with some of the experts. Operational definitions were developed and are proposed for 25 attributes; only 5 rate as specific to primary care. Consensus on some was achieved early (relational continuity, coordination-continuity, family-centeredness, advocacy, cultural sensitivity, clinical information management, and quality improvement process). The definitions of other attributes were refined over time to increase their precision and reduce overlap between concepts (accessibility, quality of care, interpersonal communication, community orientation, comprehensiveness, multidisciplinary team, responsiveness, integration). This description of primary care attributes in measurable terms provides an evaluation lexicon to assess initiatives to renew primary health care and serves as a guide for instrument selection.

## ► Espagne

RODRIGUEZ (M.), STOYANOVA (A.)

### ***Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives.***

HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 17: Pages : 185–202

Cote Irdes : P193

The 1998 Spanish reform of the Personal Income Tax eliminated the 15 % deduction for private medical expenditures including payments on private health insurance (PHI) policies. To avoid an undesired increase in the demand for publicly funded health care, tax incentives to buy PHI were not completely removed but basically shifted from individual to group employer-paid policies. In a unique fiscal experiment, at the same time that the tax relief for individually purchased policies was abolished, the government provided for tax allowances on policies taken out through employment. Using a bivariate probit model on data from National Health Surveys, we estimate the impact of said reform on the demand for PHI and the changes occurred within it. Our findings indicate that the total probability of buying PHI was not significantly affected by the reform. Indeed, the fall in the demand for individual policies (by 10 % between 1997 and 2001) was offset by an increase in the demand for group employerpaid ones. We also briefly discuss the welfare effects on the state budget, the industry and society at large.

37219

ARTICLE

HERNANDEZ QUEVADO (C.)

### ***Health inequalities in the decentralised Spanish health care system.***

*Inégalités de santé dans le système de santé espagnol décentralisé.*

EUROHEALTH

2007 : Vol : 13 : N° : 3 : Pages : 24-25

Cote Irdes : Bulletin étranger

Despite the optimistic health outcomes that the Spanish population enjoy, there are still disparities in health between different socio-economic groups in the different Autonomous Communities. Given the process of decentralisation in the Spanish health care system and the lack of a national programme to reduce inequalities in health, initiatives at regional level are particularly relevant. However, not all regions include this target in their health plans, with the exception of the Basque Country. The

balance between diversity at regional level and social cohesion remains a challenge in the Spanish health care system.

## ► États-Unis

GRABOWSKI (D.C.)

### ***Medicare and Medicaid: Conflicting Incentives for Long-Term Care.***

MILBANK QUARTERLY (THE)

2007/12 : vol. 85 : n° 4 : 579-610

Cote Irdes : P78

The structure of Medicare and Medicaid creates conflicting incentives regarding dually eligible beneficiaries without coordinating their care. Both Medicare and Medicaid have an interest in limiting their costs, and neither has an incentive to take responsibility for the management or quality of care. Examples of misaligned incentives are Medicare's cost-sharing rules, cost shifting within home health care and nursing homes, and cost shifting across chronic and acute care settings. Several policy initiatives—capitation, pay-for-performance, and the shift of the dually eligible population's Medicaid costs to the federal government—may address these conflicting incentives, but all have strengths and weaknesses. With the aging baby boom generation and projected federal and state budget shortfalls, this issue will be a continuing focus of policymakers in the coming decades.

KEMPER (P.), WEAVER (F.), FARLEY-SHORT (P.)

### ***Meeting the Need for Personal Care among the Elderly: Does Medicaid Home Care Spending Matter?***

HEALTH SERVICES RESEARCH

2008:02 : vol. 43 : n° 1 : Pages : 344-352

Cote Irdes : P33

Objective. To determine whether Medicaid home care spending reduces the proportion of the disabled elderly population who do not get help with personal care. Data Sources. Data on Medicaid home care spending per poor elderly person in each state is merged with data from the Medicare Current Beneficiary Survey for 1992, 1996, and 2000. The sample (n56,067) includes elderly persons living in the community who have at least one limitation in activities of daily living (ADLs). Study Design. Using a repeated cross-section analysis, the probability of not getting help with

anADL is estimated as a function of Medicaid home care spending, individual income, interactions between income and spending, and a set of individual characteristics. Because Medicaid home care spending is targeted at the low-income population, it is not expected to affect the population with higher incomes. We exploit this difference by using higher-income groups as comparison groups to assess whether unobserved state characteristics bias the estimates. Principal Findings. Among the low-income disabled elderly, the probability of not receiving help with anADL limitation is about 10 percentage points lower in states in the top quartile of per capita Medicaid home care spending than in other states. No such association is observed in higher-income groups. These results are robust to a set of sensitivity analyses of the methods. Conclusion. These findings should reassure state and federal policymakers considering expanding Medicaid home care programs that they do deliver services to low-income people with long-term care needs and reduce the percent of those who are not getting help.

36292

FASCICULE  
COHU (Sylvie), LEQUET-SLAMA (Diane)

**Le système d'assurance santé aux États-Unis : un système fragmenté et concurrentiel.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/09 : N° : 600 : Pages : 8p., tabl., graph.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er600.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE Qn-R0xITh. Diffusion soumise à autorisation]. Le système de santé des États-Unis se distingue par son coût très élevé. La hausse des primes d'assurance a récemment conduit à un certain désengagement de la part des employeurs. La majorité des américains (60 %) sont couverts par une assurance privée de santé, le plus souvent proposée par les employeurs. Les assurances publiques concernent respectivement les personnes âgées de plus de 65 ans ou les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler (Medicare) et certaines familles pauvres. Les enfants sont couverts au travers des programmes Medicaid et State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Par ailleurs, 15,9 % de la population ne dispose d'aucune couverture maladie.

36413

ARTICLE  
FLAHAUT (A.), DESVERIEUX (M.), KO-  
VESS-MESTEFY (V.) et al.

**Les grandes écoles de santé publique nord-américaines.**

Santé et écoles.  
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2007 : N° : 16 : Pages : 25-43  
Cote Irdes : P168

Cet article a pour objectif d'identifier et d'analyser les caractéristiques essentielles du système nord-américain de formation et de recherche en santé publique afin d'en tirer des enseignements utiles à la conception de la nouvelle école des hautes études en santé publique créée en France en 2007. Sont ainsi explorés : la notion d'accréditation des écoles, l'intérêt des centres interdisciplinaires, les modes de recrutement et les statuts des enseignants chercheurs, les modalités d'organisation des enseignements, l'organisation de la recherche, les modalités de financement de l'école et les partenariats public-privé.

36428

ARTICLE  
MUCHERIE (M.)

**45 millions de personnes sans assurance-maladie aux États-Unis : oui mais !**

SOCIÉTAL  
2007/10 : N° : 58 : Pages : 48-52  
Cote Irdes : P114

Le système américain de Sécurité sociale santé repose sur des assurances privées. On l'accuse souvent de multiples maux. D'abord d'être trop cher par rapport au service rendu, mais surtout de laisser sans couverture une part importante de la population. En regardant de plus près les chiffres, cet article démontre que ce n'est peut-être pas le cas.

36881

ARTICLE  
GELOT (D.)

**Dix ans après la réforme du Welfare aux États-Unis : un bilan pour le moins contrasté.**

DROIT SOCIAL  
2007/12 : N° : 12 : Pages : 1312-1321, 7 tab.  
Cote Irdes : P109

Si le modèle du Welfare a d'abord été mis en oeuvre en Grande-Bretagne au cours des années Thatcher, le concept a été importé des Etats-Unis par le vote, en 1996, de la loi «Responsabilité personnelle et réconciliation avec le travail». Cet article fait le point sur ces dix ans de mise en place du Welfare : quels enseignements peut-on tirer d'une politique qui a consisté à durcir les conditions d'entrée et de maintien dans les minima sociaux et à imposer aux allocataires de nouvelles obligations en terme d'emploi et de formation ? Avant de s'engager en France, dans une généralisation de ce modèle, il conviendrait d'en vérifier la pertinence et les effets. Les résultats obtenus ne semblent pas être concluants.

36942

ARTICLE, INTERNET  
GINSBURG (J.A.), DOHERTY (D.E.),  
RALSTON (J.F.), SENKEETO (N.)  
American College of Physicians. Philadel-  
phie. USA

***Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries.***

*Parvenir à un système de santé de haute performance et d'accès universel : ce que les Etats-Unis peuvent apprendre d'autres pays.*

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE  
2008 ; Vol : 148 : N° : 1 : Pages : 55-75, tabl.,  
fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.annals.org/cgi/reprint/148/1/55.pdf>

This position paper concerns improving health care in the United States. Unlike previous highly focused policy papers by the American College of Physicians, this article takes a comprehensive approach to improving access, quality, and efficiency of care. The first part describes health care in the United States. The second compares it with health care in other countries. The concluding section proposes lessons that the United States can learn from these countries and recommendations for achieving a high-performance health care system in the United States. The articles are based on a position paper developed by the American College of Physicians' Health and Public Policy Committee. This policy paper (not included in this article) also provides a detailed analysis of health care systems in 12 other industrialized countries. Although we can learn much from other health systems, the College recognizes that our political and social culture, demographics, and form of go-

vernment will shape any solution for the United States. This caution notwithstanding, we have identified several approaches that have worked well for countries like ours and could probably be adapted to the unique circumstances in the United States.

## ► Europe

MUR-VEEMAN (I.), VAN RAAK (A.), PAULUS (A.)

***Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter?***

HEALTH POLICY

2008 : vol. 85 : Pages : 172-183

Cote Irdes : P92

This paper addresses the interplay between integrated care policies and integrated care development in various national contexts. It is based on a secondary analysis of six country reports, written by scientists with expert knowledge on integrated care policies and practices in their respective countries. The country reports are structured according to the same descriptive framework, which includes characteristics of the national health systems, integrated care target groups and providers, coordinating mechanisms and promoting and inhibiting factors. The reports are analysed with help of a neo-institutionalist conceptual framework. This analysis indicates that a clear proactive policy by national government as well as regional and local authorities matters and that a lack of integrated care policies goes hand in hand with a weak primary care sector. However, although an active integrated care policy is necessary, it is not sufficient. It is also needed that all actors involved adequately manage dividing lines in the system and the fragmentation of services, such as lack of coordination, different professional values and interests. Although fragmentation is persistent in European health and social care systems, the endeavours to combat this problem are persistent either.

## ► Grande-Bretagne

35892

ARTICLE  
BOYLE (S.)

### ***Payment by results in England.***

*Rémunération sur résultats en Angleterre.*

EUROHEALTH

2007 : Vol : 13 : N° : 1 : Pages : 12-16

Cote Irdes : Bulletin étranger

Payment by Results (PbR) was introduced into the English NHS in 2003/04. The introduction of a system of regulated national tariff prices was a major change in the financial regime for public health care in England. In this article progress since 2005/06 is examined and some of the key features of the scheme as it currently exists are discussed.

## ► Nouvelle-Zélande

GAULD (R.)

### ***The Unintended Consequences of New Zealand's Primary Health Care Reforms.***

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2008/02 : vol. 33 : n° 1 : Pages : 93 – 115

Cote Irdes : P82

In 2001, the New Zealand government commenced a program to reform the organization of publicly funded primary care services. While there have been several positive results of this reform, including the reduction of patient co-payments and the extension of the range of primary care services, the government's program was a hastily implemented attempt to place primary care, the delivery of which is dominated by private doctors, under firm state control. It was also an attempt to override preexisting arrangements. As such, the government succeeded in its goal of establishing new primary health organizations (PHOs), but there were also significant unintended consequences. As detailed in this article, these consequences include (1) the creation of a labyrinthine funding and organizational system with a variable capacity to deliver on the government's reform objectives, (2) an increase in the power and scope of preexisting doctor organizations combined with a government unable to wrest control over the setting of patient co-payment levels, and (3) an emerging lack of clarity about future directions for the primary health care sector

## ► Pays industrialisés

35408

ARTICLE  
SCHOEN (C.), OSBORN (R.), HUYNH (P.T.)  
et al.

### ***Primary care and health system performance : adults' experiences in five countries.***

*Soins de santé primaires et performance du système de santé : expériences auprès d'adultes réalisées dans cinq pays.*

HEALTH AFFAIRS : WEB EXCLUSIVE

2004/10/28 : Vol : 23 : N° : 6 W4 : Pages : 487-503, tabl.

Cote Irdes : P95

This paper reports on a 2004 survey of primary care experiences among adults in Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the United States. The survey finds shortfalls in delivery of safe, effective, timely, or patient-centered care, with variations among countries. Delays in lab test results and test errors raise safety concerns. Failures to communicate, to engage patients, or to promote health are widespread. Aside from clinical preventive care, the United States performs poorly on most care dimensions in the study, with notable cost-related access concerns and short-term physician relationships. Contrasts across countries point to the potential to improve performance and to learn from international initiatives.

35409

ARTICLE  
SCHOEN (C.), OSBORN (R.), HUYNH (P.T.)  
et al.

### ***On the front lines of care : Primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries.***

*En première ligne des soins : les soins primaires, expériences, et aperçus dans sept pays.*

HEALTH AFFAIRS : WEB EXCLUSIVE

2006/11/02 : Vol : 25 : N° : 6 W4 : Pages : 555-571, tabl.

Cote Irdes : P95

This 2006 survey of primary care physicians in Australia, Canada, Germany, New Zealand, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States reveals striking differences in elements of practice systems that underpin quality and efficiency. Wide gaps exist between leading and lagging countries in clinical information systems and payment incentives.U.S.

physicians are among the least likely to have extensive clinical information systems or incentives targeted on quality and the most likely to report that their patients have difficulty paying for care. Disease management capacity varies widely. Overall, findings highlight the importance of nationwide policies: Policy changes in the United States could lead to improved performance. [Health Affairs 25 (2006): w555–w571 (published online 2 November 2006; 10.1377/hlthaff.25.w555)]

37290

ARTICLE , INTERNET  
SABIK (L.M.) , LIE (R.K.)

***Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries.***

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY  
IN HEALTH

2008/01/ : Vol : 7 N° : 4 : Pages : 13p., tabl.  
Cote Irdes : en ligne

<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-7-4.pdf>

All health care systems face problems of justice and efficiency related to setting priorities for allocating a limited pool of resources to a population. Because many of the central issues are the same in all systems, the United States and other countries can learn from the successes and failures of countries that have explicitly addressed the question of health care priorities. We review explicit priority setting efforts in Norway, Sweden, Israel, the Netherlands, Denmark, New Zealand, the United Kingdom and the state of Oregon in the US. The approaches used can be divided into those centered on outlining principles versus those that define practices. In order to establish the main lessons from their experiences we consider (1) the process each country used, (2) criteria to judge the success of these efforts, (3) which approaches seem to have met these criteria, and (4) using their successes and failures as a guide, how to proceed in setting priorities. We demonstrate that there is little evidence that establishment of a values framework for priority setting has had any effect on health policy, nor is there evidence that priority setting exercises have led to the envisaged ideal of an open and participatory public involvement in decision making.

## ► Pologne

36677

ARTICLE  
WILLERT (P.L.)

***Assessment of the pharmaceutical market in Poland after accession to the European Union.***

*Evaluation du marché pharmaceutique en Pologne après son intégration dans l'Union européenne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2007/12 : Vol : 8 : N° : 4 : Pages : 347-357  
Cote Irdes : P151

The Republic of Poland joined the European Union (EU) on 1 May 2004. The EU accession brought new opportunities to the Polish health care system and the pharmaceutical market. However, there are still barriers to overcome such as bureaucracy, lack of transparency in pricing and reimbursement, decision-making processes, the short period of data exclusivity, respect for intellectual property rights, favourisation of local companies and low health care investment. Additionally, drug costs outpace overall economic development, a trend which is universally valid for almost all EU countries and which forms one of the most serious factors in health care expenditure. A systematic cost-effective assessment, the so-called fourth hurdle (after quality, efficacy and safety), of prescription drugs seems a necessity in most EU countries. The Polish Ministry of Health has defined aims for the future health care system in the National Drug Policy 2004–2008, including health economical criteria and instruments. However, it is to be expected that for some time there will be more a reimbursement hurdle instead of a fourth hurdle in controlling drug expenditure. This review focuses on the Polish pharmaceutical market with special consideration of the history of the Polish health care system. It will highlight the present situation of the Polish health care system after EU accession and provide an outlook to its possible future.

## ► Roumanie

36890

ARTICLE

HAIVAS (I.), GRIGORE (B.)

### ***Pharmaceutical pricing and reimbursement in Romania.***

*Prix des médicaments et remboursement en Roumanie.*

EUROHEALTH

2007 : Vol : 13 : N° : 3 : Pages : 24-25

The Romanian health care system is based on social health insurance, operating through a single National Health Insurance House (NHIH). Within the framework of social health insurance, the insuree benefits from access to medicines listed in the Medicines List. In 2007, the Romanian government allocated 4.2 % of Gross Domestic Product (GDP) to health care, the largest budget as a proportion of GDP since 1990; 180 % of pharmaceutical expenditure is funded by the NHIH. However, per capita consumption is still low, at an average of €75 per annum, despite significant market growth of over 20 % per year in recent years. The value of the Romanian pharmaceutical market in 2006 was €1.55 billion, with prescription medicines accounting for approximately €1.3 billion.

## ► Suisse

36962

ARTICLE , INTERNET

BUSATO (A.), KUENZI (B.)

### ***Primary care physician supply and other key determinants of health care utilisation: The case of Switzerland.***

*Offre de soins en matière de médecins généralistes et autres déterminants clés de l'utilisation des services de soins de santé. Le cas de la Suisse.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2008 : Vol : 8 : N° : 8 : Pages : (28p.), tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-8.pdf>

The Swiss government decided to freeze new accreditations for physicians in private practice in Switzerland based on the assumption that demand-induced health care spending may be cut by limiting care offers. This legis-

lation initiated an ongoing controversial public debate in Switzerland. The aim of this study is therefore the determination of socio-demographic and health system-related factors of per capita consultation rates with primary care physicians in the multicultural population of Switzerland. The study documents a large small-area variation in utilisation and provision of health care resources in Switzerland. Effects of physician density appeared to be strongly related to Swiss language regions and may be rooted in the different cultural backgrounds of the served populations.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

### ► Dépenses pharmaceutiques

GARCI A-GONI (M.), IBERN (P.)

### ***Predictability of drugs expenditures : an application using morbidity data.***

HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 17 : n° 1 : Pages : 119-126

Cote Irdes : P193

The growth of pharmaceutical expenditure and its prediction is a major concern for policymakers and healthcare managers. This paper explores different predictive models to estimate future drug expenses, using demographic and morbidity individual information from an integrated healthcare delivery organization in Catalonia for years 2002 and 2003. The morbidity information consists of codified health encounters grouped through the Clinical Risk Groups (CRGs). We estimate pharmaceutical costs using several model specifications, and CRGs as risk adjusters, providing an alternative way of obtaining high predictive power comparable to other estimations of drug expenditures in the literature. These results have clear implications for the use of risk adjustment and CRGs in setting the premiums for pharmaceutical benefits.

## ► Obésité

SCHROETER (C.), LUSK (J.), TYNER (W.)

***Determining the impact of food price and income changes on body weight.***

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : 45–68

Cote Irdes : P79

We develop a theoretical model to identify conditions under which price and income changes are most likely to change weight. Although it is intuitive that raising the price of high-calorie food will decrease consumption of such goods; it is not clear that such an outcome will actually reduce weight. Our empirical analysis demonstrates a case where a tax on food away from home, a food intake category blamed for much of the rise in obesity, could lead to an increase in body weight; a finding which emphasizes the need to employ economic modeling when developing public policy to reduce obesity.

## ► Soins informels

VAN DEN BERG (B.), FERRER-I-CARBONELL (A.)

***Monetary valuation of informal care: the well-being valuation method.***

HEALTH ECONOMICS

2007/11 : vol. 16 : n° 11 : 1227-1244

Cote Irdes : P173

This paper estimates the monetary value of providing informal care by means of a well-being valuation method. This is done by assessing the compensating variation necessary to maintain the same level of well-being after an informal caregiver provides an extra hour of informal care. The informal caregiver's well-being is proxied by the answer to two subjective well-being questions that were posed in a questionnaire answered by 865 Dutch informal caregivers between the end of 2001 and the beginning of 2002. In the econometric analysis, a distinction is made between the care recipients who are and the ones who are not a family member of the informal caregiver. The results indicate that an extra hour of informal care is worth about 9 or 10 Euros. This equals 8 or 9 Euros if the care recipient is a family member and about 7 or 9 Euros if not. When applying the contingent valuation method to the same sample, the value obtained was 10.52 Euros per hour. This paper concludes that the well-being valuation method is a useful

complement to the more traditional valuation methods in the health economics literature in general and more particularly for the economic valuation of informal care: it includes all costs and effects associated with providing care from the perspective of the informal caregiver, it is relatively cheap to implement, and it offers an additional possibility to determine the convergent validity of the different monetary valuation methods.

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

### ► Chômage

36612

ARTICLE

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

***Les personnes les plus en difficulté sur le marché du travail : une estimation.***

NOTE DE VEILLE (LA)

2008/01/21 : N° : 87 : Pages : 1-4, tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Note\\_de\\_veille\\_87FINFIN.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Note_de_veille_87FINFIN.pdf)

Combien de personnes peuvent-elles être considérées comme les plus en difficulté sur le marché du travail ? Cette note propose deux estimations relevant d'approches distinctes : l'une basée sur les situations des personnes sur le marché du travail au sens du Bureau international du travail (BIT) et l'autre sur leurs situations administratives. Elle rappelle la sensibilité des effectifs identifiés aux définitions adoptées, comme le montre l'étendue des fourchettes obtenues, mais confirme néanmoins l'existence d'un noyau dur, en difficulté structurelle, d'environ 1 à 1,4 million de personnes, soit 4 % à 5,6 % de la population en âge de travailler, proportions qui correspondent à celles que peuvent connaître certains autres pays industrialisés.

## ► Inégalités de santé

36768

ARTICLE

KAM KI TANG (.), PETRIE (Dennis)  
School of Economics. University of Queens-  
land. Brisbane Queensland. AUS

***Measuring health inequalities between  
genders and age groups with realization of  
potential life years (RePLY).***

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

2007 : Vol : 85 : N° : 9 : Pages : 681-687

Cote Irdes : C, rediffusion BDSP

[http://www.who.int/bulletin/  
volumes/85/9/06-037382.pdf](http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-037382.pdf)

Nous proposons une nouvelle méthode pour mesurer les inégalités en termes de santé pouvant être réduites par des interventions et nous l'utilisons pour identifier les différences en termes de santé entre les sexes et les tranches d'âges. Les taux de mortalité les plus bas observés ont été utilisés comme approximation des risques mortels inévitables afin de mettre au point un nouveau paramètre de mesure des résultats dans le domaine sanitaire : les années de vie potentielles vécues (RePLY). La distribution des RePLY est utilisée pour mesurer les inégalités en matière de santé évitables entre les sexes et les classes d'âges. A l'aide de cette mesure, nous constatons que les pays bénéficiant d'une très longue espérance de vie à la naissance peuvent présenter des inégalités substantielles en matière de santé entre les classes d'âges. De même, les inégalités liées au sexe sont plus prononcées chez les moins de 30 ans. Dans les pays où l'espérance de vie est inférieure à 60 ans, on relève une prévalence bien plus marquée des inégalités liées au sexe en défaveur des femmes ; dans les pays où l'espérance de vie dépasse 60 ans, les nombres de cas d'inégalités entre hommes et femmes sont comparables. Enfin, d'importantes inégalités évitables en matière de santé sont associées à de faibles revenus moyens, à de fortes inégalités en matière de revenus et à un fort fractionnement de la population. Il importe de faire la distinction entre mortalité évitable et inévitable lorsqu'on mesure des paramètres sanitaires et leur distribution dans la société. La nouvelle mesure proposée (RePLY) permet aux décideurs de cibler leur action sur les groupes, constitués en fonction de l'âge ou du sexe, qui ne réalisent qu'une faible partie de leur potentiel de vie et ainsi sur les risques mortels évitables.

## ► Méthode épidémiologique

36550

FASCICULE

TARDIF (Laurent)

***Étude méthodologique du chaînage des  
séjours : base PMSI MCO 2004.***

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE  
TRAVAIL - DREES

2007/10 : N° : 116 : Pages : 67p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35

[http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/  
seriestat116.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat116.pdf)

Les données issues du PMSI sont utilisées pour caractériser l'organisation des recours hospitaliers. Depuis 2001, les fichiers enregistrés permettent de "chaîner" les différents séjours d'un même malade. Ce "chaînage" utilise un numéro anonyme, commun à toutes les hospitalisations, qu'elles aient lieu en MCO, SSR, HAD ou en psychiatrie et quel que soit le secteur public ou privé ; Le chaînage des séjours est essentiel pour l'épidémiologie des pathologies chroniques, tels que les cancers, qui génèrent des prises en charge hospitalières itératives.

## ► Recueil de données

36419

ARTICLE

CREUX (G.)

***Comparaison et influence de deux méthodes  
de recueil de données différentes sur les ré-  
sultats globaux d'une enquête quantitative.***

BULLETIN DE METHODOLOGIE  
SOCIOLOGIQUE (BMS)

2007/10 : N° : 96 : Pages : 50-70, tabl., ann.

Cote Irdes : P97

Cet article propose d'analyser et de comparer deux échantillons construits à partir d'un questionnaire identique dont la méthode de recueil de données diffère. En effet, dans le cadre de notre recherche qui porte sur les travailleurs sociaux et qui comporte un volet quantitatif, nous avons utilisé internet comme outil de recueil de données en parallèle à une méthode plus classique comme l'envoi de questionnaire par courrier. Cet article se propose donc à la fois de réfléchir sur cette manière de faire à partir d'éléments d'analyse concrets et d'étudier dans un premier temps comment se comporte chacun des échantillons par rapport

à une variable spécifique à notre recherche et d'observer dans un second temps, sur la base d'un travail de comparaison, les conséquences du cumul des deux échantillons (papier et internet) sur les résultats de notre recherche et ainsi de montrer en quoi l'origine des réponses influent ou non sur les résultats de la recherche.

## ► Statistiques sociales

35414

ARTICLE

DALUD-VINCENT (M.), RISSOAN (O.), GASPARINI (R.)

***Une autre manière de construire des milieux sociaux ? Pourquoi ? Comment ?***

BULLETIN DE METHODOLOGIE  
SOCIOLOGIQUE

2007/04 : N° : 94 : Pages : 5-38

Cote Irdes : P97

L'analyse secondaire de l'enquête «Education et famille» de l'Insee nous a conduit à réfléchir à la construction de milieux (ou sous-milieux) sociaux à base des professions et catégories socio-professionnelles (PCS) des 6 ascendants (parents et grands-parents) de l'enfant afin de mieux expliquer les relations parents/enfants. Les milieux se caractérisent par une certaine homogénéité/hétérogénéité (équivalence/non équivalence des PCS). Les sous-milieux sont les décompositions des différents milieux et tiennent compte de l'origine sociale (PCS).

## ► Théorie économique

36979

ARTICLE

CASSIERS (I.), DELAIN (C.), WINTREPERT (R.) et al.

***Bonheur et croissance : le bonheur expliqué par les économistes.***

PROBLEMES ECONOMIQUES

2008/021/02 : N° : 2938 : Pages : 3-32

Cote Irdes : P100

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avait réuni, en 2007, de nombreux experts autour du thème : Peut-on mesurer le bonheur et que signifient ces mesures pour l'action publique ? Ce dossier de Problèmes économiques résume les contributions de certains de ces experts. Isa-

belle Cassiers et Catherine Delain analysent dans Regards économiques le décalage entre croissance continue et la stagnation du degré de satisfaction des occidentaux depuis plus de 30 ans. Raphaël Wintrebert présente différentes mesures possibles du bonheur et propose de définir ce qu'est un pays heureux. Florence Jany-Catrice et Stephen Kampelmann démontrent dans un article publié dans la Revue française d'économie que le bien-être a, depuis 1980 en France, nettement moins augmenté que le produit intérieur brut. Lucie Davoine donne quelques recommandations en matière de politique publique parfois très éloignées de celles de l'économie traditionnelle, susceptibles d'accroître le sentiment de bonheur des citoyens. Enfin, Serge Latouche défend, dans le Monde diplomatique, un point de vue plus radical. Pour lui, la croissance même durable demeure destructrice de bien-être. Si on souhaite augmenter ce dernier, ce serait à la décroissance qu'il faudrait œuvrer.

## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

### ► Données d'ensemble

36608

FASCICULE

DURAND (D.)

Conseil Economique et Social. (C.E.S.).

Paris. FRA

***Repères statistiques sur les dimensions économique, sociale et environnementale de la société française.***

REPERES STATISTIQUES

2007 : N° : 3 : Pages : 94p., 80 fig.

Cote Irdes : P111/2

Depuis la parution de la première édition de ces Repères statistiques, les instruments statistiques destinés à mesurer les grandes tendances de la société française n'ont cessé de tenir une place importante dans l'actualité. D'un côté, un besoin accru d'évaluer les résultats des politiques publiques se manifeste dans les domaines les plus variés, depuis la batterie d'indicateurs qui, à l'échelle européenne, définit la Stratégie de Lisbonne jusqu'à la mise en oeuvre de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF). D'un autre côté, il semble que la fiabilité des instruments de cette évaluation soit de plus en plus souvent mise en doute. Les informations rassemblées dans ce recueil témoignent de la capacité des

statistiques disponibles à éclairer des questions cruciales pour l'avenir de notre société et d'évaluer nos moyens de concilier le développement économique, social et culturel avec la préservation de l'environnement - en un mot, notre capacité à réaliser un développement durable. L'attention accrue que toutes les composantes de la société française portent à l'impératif du développement durable devrait se traduire, dans les prochaines années, par de nouveaux enrichissements de l'appareil statistique en matière de respect de l'environnement. Dès à présent, les données disponibles mettent en évidence la situation particulière de la France au sein de l'Union européenne. La part prépondérante de la production d'électricité primaire d'origine principalement nucléaire - qui est passée de 4,3 % à 42,7 % de la consommation d'énergie entre 1973 et 2006 - explique que notre pays ait réussi à respecter, jusqu'en 2005, les objectifs de Kyoto mais la part des énergies renouvelables a plutôt reculé en trente ans et des progrès restent possibles dans les économies d'énergie et l'efficacité énergétique de l'économie française. En matière sociale, la principale préoccupation reste liée à la situation du marché du travail. Le chômage a connu une phase de recul à partir de la mi-2005 mais d'autres indicateurs - comme le nombre de dossiers de surendettement - demeurent à la hausse, après l'interruption, constatée depuis 2003, de la baisse de l'indice de pauvreté. De fait, il a été démontré que les phénomènes de pauvreté sont liés avant tout à la mauvaise qualité des emplois. Au-delà du seul taux de chômage au sens du BIT - information indispensable aux comparaisons internationales - il est donc nécessaire de connaître toute la gradation des situations qui peuvent se présenter, depuis celle des salariés occupant un emploi à temps plein et à durée indéterminée jusqu'à celle des individus qui, pour des raisons variables (travailleurs âgés, femmes au foyer, chômeurs de longue durée découragés de rechercher un emploi...), se sont retirés du marché du travail, en passant par les différentes formes d'emploi à temps partiel volontaire ou non, les emplois à durée déterminée, les stages ou les missions d'intérim. Ces Repères en donnent un aperçu à partir des données disponibles sur les types d'emploi particuliers et sur le travail à temps partiel mais ce domaine est l'un de ceux où l'appareil statistique a d'importants progrès à faire. Le premier d'entre eux concerne la validation, puis la publication complète, de l'enquête emploi 2006.

## ► Famille

36885

ARTICLE  
DAVID (O.)

***Vie familiale, vie professionnelle : une articulation sous tension.***

ESPACE POPULATIONS SOCIETES

2007 : N° : 2-3 : Pages : 191-202

Cote Irdes : P156

La désynchronisation des temps sociaux, à l'oeuvre depuis plusieurs décennies, a des répercussions importantes à tous les niveaux d'organisation de la société, et tout particulièrement au sein de la cellule familiale. A partir de plusieurs recherches récentes, il est possible de mettre en évidence les difficultés d'articulation des temps professionnels, familiaux et sociaux, et notamment les tensions existantes entre les activités parentales et les activités des enfants, ainsi que les contraintes qu'elles engendrent sur les modalités d'organisation interne de la famille.

## ► Histoire

36110

ARTICLE  
BOURDIEU (J.), KESZTENBAUM (L.)

***Comment vivre vieux dans un monde vieillissant ? Les personnes âgées en France 1820-1940.***

POPULATION

2007 : Vol : 62 : N° : 2

Pages : 221-252, tabl., fig.

Cote Irdes : P271

Comparé aux autres pays européens, le vieillissement de la population a été, en France, particulièrement précoce. Cette évolution affecte aussi bien l'organisation de la société que les liens au sein de la famille. Si l'on observe l'évolution du patrimoine des Français entre 1820 et 1940, on constate que la part de ceux qui meurent sans rien laisser derrière eux augmente, et cette évolution s'observe à tous les âges. Partant de ce double constat, on cherche à analyser les stratégies que déploient les individus âgés pour vivre leur vieillesse, autour de trois types de ressources : les ressources économiques individuelles, les ressources familiales et les ressources publiques. L'analyse montre l'hétérogénéité du groupe des vieux et donc des stratégies de survie mises en oeuvre. L'épargne n'est une

solution que pour une minorité ; elle permet l'accès à d'autres ressources et constitue notamment une alternative au maintien d'une activité. On montre en outre que les retraites qui se mettent progressivement en place contribuent à un accès plus large à l'épargne. On observe finalement que la part croissante des personnes âgées dans la population française a été accompagnée par un rôle accru des soutiens publics.

36111

ARTICLE  
RUTHERFORD (D.)

***Les trois approches de Malthus pour résoudre le problème démographique.***

POPULATION

2007 : Vol : 62 : N° : 2 : Pages : 253-280

Cote Irdes : P27/1

L'analyse approfondie que Malthus a consacrée au principe de population - la tendance à la divergence des taux d'accroissement respectifs de la population et des subsistances - dans toute son œuvre, en particulier dans les six premières éditions de son Essai sur le principe de population, suggère plusieurs voies de résolution de ce problème. Pour cerner la vraie nature de sa théorie, il est nécessaire de la disséquer au moyen d'une analyse conceptuelle minutieuse. Il faut examiner les quatre fonctions de l'homme définies par Malthus (le travailleur, le calculateur, le géniteur et le consommateur) pour expliquer les comportements des populations humaines. Le concept de subsistance, comme celui de comportement humain, est une notion complexe. Il revêt plusieurs formes, depuis l'alimentation de base jusqu'au luxe, et il est d'autant plus obscur que Malthus recourt à plusieurs expressions différentes pour le désigner. Dans cet article, le concept de subsistance est analysé dans le cadre du schéma des quatre stades de la croissance économique, développé au XVIIIe siècle. On modélise en général la dynamique démographique d'un pays plutôt que celle de l'ensemble du monde. La conclusion de cette recherche est que, si Malthus admet qu'un pays économiquement avancé peut faire face à sa croissance démographique en se spécialisant dans l'industrie et en important des denrées alimentaires, il écarte cette solution au profit d'un plaidoyer pour un système économique équilibré.

## ► Mobilité géographique

36883

ARTICLE  
THEVENIN (T.), CHARDONNEL (S.), COCHEY (E.)

***Explorer les temporalités urbaines de l'agglomération de Dijon : une analyse de l'enquête ménage déplacement par les programmes d'activités.***

ESPACE POPULATIONS SOCIETES

2007 : N° : 2-3 : Pages : 179-190, 6 fig.

Cote Irdes : P156

Depuis les années 70, les enquêtes ménages sont habituellement utilisées pour fournir des indicateurs à des niveaux d'échelle très agrégés. Cependant, ces sondages rassemblent des informations très détaillées sur la mobilité quotidienne des citadins. Cet article exploite cette source d'information en présentant une chaîne méthodologique basée sur l'analyse des programmes d'activités des individus.

## DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

### ► Centre de ressources documentaires et multimédia

37127

ARTICLE  
MARGUERIN (Stéphane)

***Le CRDM. Un centre de ressources dédié aux utilisateurs.***

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/10 : N° : 469 : Pages : 535-536

Cote Irdes : P67

Le Centre de ressources documentaires et multimédias propose des fonds documentaires d'une grande richesse sur les thèmes des ministères sociaux. Soucieux d'accompagner les utilisateurs, le CRDM offre des services et des outils documentaires pour rendre l'information plus accessible. Il met ses ressources, papiers et électroniques, à disposition des professionnels, notamment dans le domaine de la santé.

## ► Sciences sociales

37226

ARTICLE , COMMUNICATION  
ANGERMULLER (J.)

### **Analyser les pratiques discursives en sciences sociales.**

Journées d'études du Ceditec à l'Université de Paris XII, Paris, 2007:04:27

BMS : BULLETIN DE METHODOLOGIE SOCIOLOGIQUE

2008 : N° : 97 : Pages : 39-47

Cote Irdes : P97

Cette journée d'études était organisée autour de la question du rapprochement entre l'analyse du discours et des courants qualitatifs des sciences sociales. Les deux parties de la journée étaient : «Bibliographie, terrain, acteur », quand les acteurs sociaux s'expriment en situation d'enquête : et « Lexicométrie, corpus, énonciation », consacrée à quelques outils d'analyse, conceptuels ou techniques, issus des sciences du langage, notamment aux logiciels d'analyse textuelle et à leurs usages dans la recherche sociologique actuelle.

## RÉGLEMENTATION

## ► Brevets

36971

FASCICULE  
LALLEMENT (R.)  
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris.  
FRA

### **Portée et limites du brevet comme indicateur d'innovation : la qualité des brevets en question.**

NOTE DE VEILLE (LA)

2007/11/12 :N° : 81 : Pages : 1-4, tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

Les données de brevet sont considérées comme l'un des meilleurs indicateurs – voire le meilleur – de performance en matière d'innovation technologique, à l'échelle d'une entreprise, d'un organisme de recherche ou d'un territoire. Le succès du brevet, sous cet angle, a pour contrepartie de déboucher sur une confusion possible entre l'objectif et l'instrument, en laissant croire que multiplier les brevets constituerait un gage de réussite, en

toutes circonstances, sur le plan de l'innovation. En d'autres termes, si le brevet mérite son statut d'outil privilégié pour évaluer les capacités d'innovation, cela ne saurait conduire à adopter une vision étroitement quantitative du dépôt de brevet. Pourtant, les discussions sur la nécessaire réforme du système européen des brevets demeurent en général focalisées sur cette dimension quantitative et, de façon liée, sur la question des coûts associés à l'obtention des brevets. Dans cette perspective, la présente note vise tout d'abord à préciser la portée et les limites du brevet comme indicateur d'innovation, notamment en termes de comparaison internationale. Elle conduit ensuite à mettre en lumière la question de la qualité des brevets, qui demeure encore mal connue, tout du moins en France, bien qu'elle puisse être considérée désormais comme le principal enjeu du débat sur la réforme du système européen des brevets, par contrecoup des tendances contemporaines à l'inflation des dépôts.

## ► Données personnelles

35576

ARTICLE  
GRUBER (A.)

### **Le système français de protection des données personnelles.**

PETITES AFFICHES : LE QUOTIDIEN JURIDIQUE

2007/05/04 : N° : 90 : Pages : 4-13

Cote Irdes : B6101

Le développement prodigieux et omniprésent de l'informatique a entraîné avec lui dans l'espace d'une trentaine d'années des bouleversements considérables dans la société moderne. Dans un laps de temps relativement court, les capacités de stockages de l'information ont été surmultipliées, en même temps que les capacités de communication et de traitements de masse. Cet article fait le point sur l'évolution du système français de protection des données personnelles mis en place depuis la loi générale informatique et libertés de 1978.

## ► Droits des malades

36153

ARTICLE

**Accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes malades.**

REVUE PRESCRIRE

2007/10 : N° 288 : Pages : 781

Cote Irdes : c, P80

La convention dite Aeras remplace la convention Belorgey défaillante à organiser l'accès aux prêts bancaires pour les personnes écartées par les assurances en raison de leur état de santé. Des associations de malades et de consommateurs dénoncent le caractère non contraignant, voire illusoire de cette convention.

## ► Médicaments

35392

ARTICLE

CORIET (B.)

**Propriété intellectuelle et concurrence dans la production de médicaments : le cas des antirétroviraux.**

Concurrence et santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007/07 : N° : 15 : Pages : 55-61

Cote Irdes : P168

En mettant fin à la possibilité qu'avaient jusqu'alors les pays du sud de copier librement les molécules thérapeutiques destinées à leur marché intérieur, la signature en 1994 des AD-PIC (aspects de la propriété intellectuelle liée au commerce) a créé, en matière de santé publique une situation inédite et délicate. A partir du cas du marché des médicaments antirétroviraux, l'article montre comment les contraintes qui pèsent désormais dans l'offre des génériques pour concurrencer les médicaments brevetés sur les marchés des pays du Sud, font peser de lourdes menaces sur l'accès aux soins des malades de ces pays.

## ► Police sanitaire

37220

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

**Les interdictions de santé publique.**

Santé et polices.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007 : N° : 17 : Pages : 21-38

Cote Irdes : P168

Depuis les premiers règlements sanitaires, la protection de la santé publique a souvent conduit à l'établissement de régimes d'interdiction. Au cours des vingt dernières années, les législations de santé ont renoué, pour des motifs variés, avec cette tradition de la police sanitaire. De plus, d'autres instruments sont venus compléter le dispositif : incitations, recommandations, bonnes pratiques... La question posée par cette multiplication des interventions de santé publique est celle de l'équilibre à trouver entre le respect des libertés et la protection contre les risques sanitaires.



## ► **Index des auteurs**



# A

Académie Nationale de Médecine.....	26
ADAIUS (Gladis).....	49
ADJE (Brou).....	24
ALMEIDA-FILHO (N.).....	19
American College of Physicians.....	63
ANDERSON (G.F.).....	30
ANGERMULLER (J.).....	72
ANTONA (D.).....	28
APROBERTS (L.).....	35
ARNAULT (Séverine).....	49
ARNOUX (G.).....	38
ART (B.).....	44
AULAGNIER (Marielle).....	42
AUPERIN (A.).....	27

# B

BALIA (S.).....	36
BARDEY (D.).....	18
BARIGOZZI (F.).....	25
BATEL (P.).....	33
BEAULIEU (M.D.).....	60
BELLINI (S.).....	34
BERDELAY (G.).....	53
BERGHEIM (S.).....	30
BERGMAN (H.).....	45
BESSELING (J.J.M.).....	40
BHUTTA (Z.).....	17
BIGOT (R.).....	38
BINGHAM (S.A.).....	27
BLEIN (C.).....	49, 50
BLOUARD (P.).....	47
BOISGUERIN (Bénédicte).....	24
BORGER (C.).....	31
BOUHNİK (A.D.).....	36
BOURDIEU (J.).....	70
BOURGEOIS (Alexandre).....	29
BOYLE (S.).....	64
BRETAGNE (J.F.).....	26
BUCHAM (J.).....	51
BURGE (F.).....	60
BUSATO (A.).....	66

# C

CAISSOTTI (C.).....	58
CAMBOIS (E.).....	35
CANTILLON (B.).....	60
CARLIER (M.).....	47
CASAS (A.).....	48
CASSIERS (I.).....	69
CAZAIN (Sophie).....	25
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).....	38, 59, 67, 72
CHARDONNEL (S.).....	71
CHATAIN (C.).....	38
CHAUVEL (L.).....	38
CICCHELLI (V.).....	38
CLOT (D.).....	49, 50
COCHEY (E.).....	71
COHEN (D.A.).....	37
COHU (Sylvie).....	62
COLDEFY (Magali).....	41
COLLET (Marc).....	46, 50
COLNET (Rémi).....	55
COMITI (V.P.).....	46
Conseil Economique et Social. (C.E.S.).....	69
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.).....	52, 56, 57
CONTANDRIOPOULOS (A.P.).....	17, 18
CORIET (B.).....	73
COUTROT (T.).....	28
COUTURIER (Daniel).....	26
CREMER (H.).....	31
CREUX (G.).....	68
CRISTOFARI (J.J.).....	54
CROCHET (B.).....	17
CZERNICHOW (P.).....	47

# D

DALUD-VINCENT (M.).....	69
DAMON (J.).....	38, 39
DANIS (M.).....	46
DANZON (P.M.).....	52
DATTA GUPTA (N.).....	34
DAVID (O.).....	70
DAVIDSON (R.).....	40
DAY (D.).....	27
DE BOER (Wout-EI).....	40
DELAHAYE (G.).....	43
DELAIN (C.).....	69

DE LANDSHEERE (C.)	47
DE MAESENEER (J.)	44
DEMANGE (G.)	45
DE MONTLEAU (A.)	17
DEPINAY (D.)	58
DE POUVOURVILLE (G.)	47
DE STAMPA (M.)	45
DESVIERIEUX (M.)	62
DEVAUX (S.)	23
DIERCKX (E.)	60
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	28, 34
DOHERTY (D.E.)	63
DORMONT (B.)	31
DOUCET (H.)	17
DREUX (Claude)	26
DUEE (Michel)	29
DUFOUR-KIPPELEN (S.)	24
DUMONTAUX (Nicolas)	46
DURAND (D.)	69

## E

EICHENBAUM VOLINE (S.)	36
ELBAUM (M.)	22
ELLIS (R.P.)	48
EXERTIER (Albane)	49

## F

FARLEY-SHORT (P.)	61
FENINA (Annie)	29
FERRER-I-CARBONELL (A.)	67
FERRETTI (Carine)	51
FINCH (B.K.)	37
FIZZALA (Arnaud)	49, 51
FLAHAUT (A.)	62
FONTENEAU (L.)	28
FONT-PLANELLS (J.)	48
FORDE (R.)	46
FRANC (Carine)	44
FRATTINI (Marie-Odile)	20
FROGNER (B.K.)	30
FROMENT (L.)	47
FURUKAWA (M.F.)	52

## G

GALAM (E.)	42
GARASSUS (P.)	50
GARCI A-GON (M.)	66
GARROS (Bertrand)	21
GASPARINI (R.)	69
GASS (D.)	60
GAULD (R.)	64
GEFFROY (Yves)	29
GELOT (D.)	62
GEOFFARD (P.Y.)	45
GERBAUD (L.)	38
GIESEN (P.)	43
GINSBURG (J.A.)	63
GIORGI (D.)	20
GOODMAN (C.A.)	40
GOUYON (Marie)	46
GRABOWSKI (D.C.)	61
GRAVEL (N.)	24
GRIGORE (B.)	66
GRIMAUD (M.A.)	17
Groupe Evalmater	36
GRUBER (A.)	72
GUAGLIARDO (V.)	36
GUILLAUMAT-TAILLIET (François)	42
GUILLAUME (M.)	18
GUIRAUD (V.)	58
GUTHMANN (J.P.)	28

## H

HAGGERTY (J.)	60
HAINES (A.)	17
HAIVAS (I.)	66
HALLAIS (C.)	47
HANSON (K.G.)	40
HARBOIS (S.)	32
HENNION (Marie)	25
HENRARD (J.C.)	45
HENRIET (D.)	22
HERESBACH (D.)	26
HERNANDEZ QUEVADO (C.)	61
HILL (C.)	27
HOLMES (G.M.)	41
HORTON (R.)	17
HUBER (H.)	31
HUNT (K.)	40

HURST (S.A.).....	46
HURTAUD (A.) .....	58
HUYNH (P.T.).....	64

## I

IBERN (P.).....	66
INAGAMI (S.).....	37
Institut d'Economie Publique. (I.D.E.P.).....	18, 22, 24, 25, 31, 32, 45, 59
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).....	28
Italian Global Health Watch. (O.I.S.G.).....	17

## J

JEAN (M.S.).....	17
JOEL (M.E.).....	24
JOIN-LAMBERT (E.) .....	35
JOLIVET (A.) .....	35
JONES (A.M.).....	32, 36
JOSSET (V.).....	47

## K

KAM KI TANG (.) .....	68
KEMPER (P.).....	61
KERR (C.).....	44
KESZTENBAUM (L.) .....	70
KHAW (K.T.) .....	27
KNAPP (M.).....	18
KONETZKA (R.T.).....	48
KOOLMAN (X.).....	32
KOVES-MESTEFY (V.) .....	62
KTISTENSEN (N.).....	34
KUENZI (B.).....	66
KUPEK (E.).....	37

## L

LABBE (E.).....	38
LALLEMENT (R.).....	59, 72
LAMURE (M.) .....	49, 50
LAPLANCHE (A.) .....	27
LAPOINTE (L.) .....	45
LARCHEVEQUE (F.).....	53
LAURENT (D.).....	22
LAVERGNE (Stéphane) .....	21, 25
LAZARUS (A.) .....	43
LE BORGNE (C.).....	32
LECLERCQ (P.).....	47
LE FAOU (Anne-Laurence) .....	27
LE FUR (E.).....	57
LEGARE (J.).....	17
LEPAGE (Julien).....	41
LE PEN (C.).....	23
LEQUET-SLAMA (Diane) .....	62
LEROUX (Isabelle).....	49
LESUR (R.).....	18
LE VAILLANT (M.) .....	47
LE VAILLANT (Marc).....	44
LEVEQUE (F.) .....	53
LEVESQUE (J.F.).....	60
LEVY BRUHL (D.) .....	28
LIE (R.K.).....	65
LIMCANGCO 'R.) .....	48
LINDLEY (J.) .....	38
LIZEE (M.) .....	35
LOMBARDO (Philippe).....	49
LORGELLY (P.K.) .....	38
LOZACHMEUR (J.M.) .....	31
LUBEN (R.).....	27
LUSK (J.).....	67

## M

MAESSCHALCK (V.).....	60
MAIONI (A.).....	17
MANFREDI (C.P.).....	17
MANFREDI (S.).....	26
MARESCHAL (B.) .....	47
MARGUERIN (Stéphane).....	71
MARTIN (P.) .....	32
MASSOL (J.) .....	32
MASUREEL (B.).....	44
MATH (A.).....	35

MAYNARD (A.).....	48
MCDAID (D.).....	18
MCKEE (C.M.).....	33
MEDEIROS (H.).....	18
MENIERE (Y.).....	53
MERCAT-BRUNS (M.).....	35
MERCIER (Anne-Laure).....	23
MERICO (M.).....	38
MICHEL (C.).....	23
MICHIELS (A.).....	60
MILLS (A.).....	40
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.).....	28, 34
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.).....	28, 34
MINO (Jean-Christophe).....	20
MIRA (M.).....	47
MITCHELL (R.).....	40
MOKKINK (M.).....	43
MORENNES (J.).....	55
MORMICHE (P.).....	35
MOSSE (G.).....	47
MOULAERT (T.).....	35
MOULIN (J.J.).....	38
MUCHERIE (M.).....	62
MURRAY (E.).....	44
MUR-VEEMAN 'I.).....	63

## N

NAUZE-FICHET (Emmanuelle).....	25
NAZARETH (I.).....	44
NOLTE (E.).....	33
NOVELLA (J.L.).....	45
NUIJTEN (M.J.C.).....	57

## O

OBADIA (Yolande).....	42
OBRECHT (Olivier).....	21
Observatoire des Retraites.....	36
Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. (O.R.S.P.L.).....	33
OSBORN (R.).....	64

## P

PARAPONARIS (Alain).....	42
PARROT (J.).....	56
PASCAL (C.).....	17
PATOUILLARD (E.).....	40
PAULUS (A.).....	63
PEARCE (N.).....	55
PEGORARO (E.).....	46
PELLETIER-FLEURY (Nathalie).....	44
PERETTI (C.S.).....	32
PERNOT (J.M.).....	35
PERRIER (A.).....	46
PERROTIN (C.).....	17
PERROT (Pascal).....	20
PERRY (M.).....	37
PESTIEAU (P.).....	31
PETRIE (Dennis).....	68
PETROU (S.).....	37
PINEAULT (R.).....	60
PIRSON (M.).....	47
PRADIER (C.).....	58
PROUVOST-KELLER (B.).....	58
PROVENZANO (F.).....	58
PUIG-JUNOY (J.).....	48

## R

RAIN (F.).....	30
RALSTON (J.F.).....	63
REINHARDT (U.E.).....	30
REITER-TEIL (S.).....	46
RICKETTS (T.C.).....	41
RISSOAN (O.).....	69
ROBINE (J.M.).....	35
ROCHAIX (L.).....	24
ROCHET (J.C.).....	22
ROCHON (J.).....	17
RODRIGUEZ (M.).....	61
ROSMAN (Sophia).....	44
ROTTHIER (P.).....	60
RUTHERFORD (D.).....	71
RUTHERFORD (T.F.).....	31

## S

SABIK (L.M.).....	65
SAINTOYANT (V.) .....	20
SALANAVE (Benoît) .....	20
SALIBA (B.) .....	36
SALIBA-SERRE (Bèrèngère) .....	42
SALZBRUNN (M.) .....	38
SANFILIPPO (E.).....	58
SANTOR (D.).....	60
SASS (Catherine).....	38
SAUTORY (Olivia).....	24
SCHOEN (C.) .....	64
SCHOKKAERT (E.).....	59
SCHREMMER (J.).....	30
SCHROETER (C.).....	67
SEGOUIN (C.).....	17
SENKEETO (N.).....	63
SEURET (F.).....	23
SICART (Daniel).....	50
SIMON (J.).....	21
SLOWTHER (A.M.) .....	46
SNAUWAERT (C.).....	44
SPECTOR (W.).....	48
STERLIN (C.) .....	19
STEVENSON (F.A.).....	44
STORBECK (O.).....	30
STOYANOVA (A.).....	61
STREET (A.).....	48
SYMERY (M.).....	23

## T

TABUTEAU (D.).....	73
TARDIF (Laurent).....	68
TARRISSON (Pascal).....	42
THEVENIN (T.).....	71
TRANNOY (A.) .....	24
TURNER (J.A.).....	35
TYNER (W.).....	67

## U

ULMANN (P.).....	30
------------------	----

## V

VALLENCIEN (G.) .....	50
VALLIER (Nathalie) .....	20
VAN DEN BERG (B.).....	67
VANDERSCHULDEN (Mélanie) .....	43
VAN DE VELDE (C.).....	38
VAN DE VOORDE (C.).....	59
VAN DOORSLAER (E.).....	32
VAN RAAK (A.).....	63
VEDEL (I.) .....	45
VEIL (M.) .....	35
VENTELOU (Bruno) .....	42
VERGER (P.).....	36
VERGER (Pierre) .....	42
VEZINA (S.).....	17
VIDAL-FERNANDEZ (M.).....	48
VILLERET (Sébastien) .....	46

## W

WALLERSTEIN (N.) .....	37
WALTISPERGER (D.) .....	34
WAREHAM (N.).....	27
WEAVER (F.).....	61
WEILL (Alain) .....	20
WELCH (A.).....	27
WEYLER (J.J.) .....	60
WIERINK (M.).....	35
WILLEKENS (M.).....	43
WILLEMS (J.H.B.M.) .....	40
WILLERT (P.L.).....	65
WILLIAMS (R.L.) .....	37
WINTREPERT (R.).....	69
WON (G.Y.).....	31



## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**



# A

## ▶ ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE 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  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>  
1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> accès : BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr> =>  
Texte intégral (accès à tous les articles pour les abonnés à la BDSP)

## ▶ ALTERNATIVES ECONOMIQUES

Rédaction : Alternatives économiques  
28, rue du Sentier  
75002 Paris  
Tél. : 01 44 88 28 90  
Fax : 01 40 28 43 58  
Email : [redaction@alternatives-economiques.fr](mailto:redaction@alternatives-economiques.fr)  
<http://www.alternatives-economiques.fr>  
Abonnements : 12 rue du Cap Vert  
21805 Quetigny cedex  
Tél. : 03 80 48 10 25  
Fax : 03 80 48 10 34  
Diffusion en librairie : Dif'pop  
21 ter, rue Voltaire  
75011 Paris  
Tél. : 01 40 24 21 31  
Fax : 01 40 24 15 88

## ▶ AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et diffusion : American public health association  
1015 fifteenth street  
NW, Washington - DC 20005  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 202 789 5600  
<http://www.apha.org/>

## ▶ ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

Rédaction : ADRES  
Diffusion : INSEE  
18, Bd Adolphe Pinard  
75675 Paris Cedex 14 (paiement par CB)  
ou Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12 (autres paiements)  
<http://www.adres.polytechnique.fr/>  
ANNALS OF FAMILY MEDICINE  
Annals of Family Medicine, Inc.  
11400 Tomahawk Creek Parkway  
Leawood, KS 66211-2672  
Etats-Unis  
email : [AnnFamMed@aafp.org](mailto:AnnFamMed@aafp.org)  
<http://www.annfammed.org/>

## ▶ ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et diffusion : Scientific Institute of Public Health  
Juiliette Wytmanstreet 14  
1050 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 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 FAMILY PRACTICE

Edition et diffusion : BioMed Central  
Middlesex House  
34-42 Cleveland Street  
London W1T 4LB  
Royaume-Uni  
<http://www.biomedcentral.com/bmcfampract/>

## ▶ BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

Diffusion : BioMed Central  
Middlesex House  
34-42 Cleveland Street  
London W1T 4LB, UK.  
Royaume-Uni  
<http://www.biomedcentral.com/bmchealthservres>

## C

### ► BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

[http://www.academie-medecine.fr/publications/  
bulletin\\_presentation.asp](http://www.academie-medecine.fr/publications/bulletin_presentation.asp)

Diffusion : Masson  
Service Abonnements  
21, rue Camille Desmoulins  
92789 Issy Les Moulineaux  
Tél. : 01 73 28 16 34  
Fax : 01 73 28 16 49  
email : [infos@masson.fr](mailto:infos@masson.fr)  
<http://www.masson.fr>

### ► BULLETIN DE METHODOLOGIE SOCIOLOGIQUE

Rédaction : BMS  
LASMAS-CNRS  
59, rue Pouchet  
75017 Paris  
Tél. : 01 40 51 85 19  
Fax : 01 40 25 12 47  
email : [bms@iresco.fr](mailto:bms@iresco.fr)  
<http://www.iresco.fr/revues/bms/Welcome.htm>  
Diffusion : AIMS (Association Internationale de  
Méthodologie Sociologique)  
45 rue Linné  
75005 Paris

### ► BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH)

Rédaction et diffusion : Institut de veille  
sanitaire  
BEH Abonnements  
12, rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01 41 79 68 89  
Fax : 01 41 79 68 40  
Email : [abobeh@invs.sante.fr](mailto:abobeh@invs.sante.fr)  
<http://www.invs.sante.fr/beh/> (en ligne depuis  
1996)  
Egalement diffusé par voie électronique sur  
liste email (abonnement gratuit)

### ► BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANISATION: THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et Diffusion : Organisation Mondiale  
de la Santé  
20 av. Appia  
1211 Genève 27  
Suisse  
Tél. : 00 41 22 791 4894  
Email : [publications@who.int](mailto:publications@who.int)  
<http://www.who.int/bulletin/en/>

### ► CAHIERS DE L'IREB

Rédaction et diffusion : IREB (Institut de  
Recherches Scientifiques sur les Boissons)  
19, av Trudaine  
75009 Paris  
Tél. : 01 48 74 82 19  
Fax : 01 48 78 17 56  
Email : [ireb@ireb.com](mailto:ireb@ireb.com)  
<http://www.ireb.com>

### ► CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IREB

Rédaction et diffusion : IRES (Institut de  
Recherches Economiques et Sociales)  
16, bd du Mont d'Est  
93192 Noisy le Grand cedex  
Tél. : 01 48 15 18 90  
Fax : 01 48 15 19 18  
Email : [contact@ires-fr.org](mailto:contact@ires-fr.org)  
[http://www.ires-fr.org/-Chronique-  
Internationale-](http://www.ires-fr.org/-Chronique-Internationale-) (En ligne depuis le n° 50)

### ► CONCOURS MEDICAL

Rédaction et diffusion : Concours Médical (Ie)  
114, av. du Gal de Gaulle  
92522 Neuilly sur Seine cedex  
Tél. : 01 55 62 68 00  
Fax : 01 55 62 69 79  
<http://www.egora.fr/services/achat/index.asp>

## D

### ► DROIT SOCIAL

Rédaction : Jean-Jacques Dupeyroux  
Diffusion : Editions techniques et économiques  
3, rue Soufflot  
75005 Paris  
Tél. : 01 55 42 61 30  
Fax : 01 55 42 61 39  
email : [editecom@starnet.fr](mailto:editecom@starnet.fr)  
<http://www.editecom.com>

# E

## ▶ ESPACE - POPULATIONS - SOCIETES

Rédaction et diffusion : Université des  
Sciences et Techniques de Lille-Artois-  
Flandres

UFR de géographie  
59655 Villeneuve d'Ascq Cedex  
Tél. : 03 20 43 65 52  
Fax : 03 20 43 65 52

## ▶ ETUDES ET RESULTATS

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  
Tél. : 01 44 56 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40

[http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/  
doc.htm](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/  
LSEHealthAndSocialCare/documents/  
eurohealth.htm](http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/documents/eurohealth.htm)

## ▶ EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

Rédaction : Springer Verlag  
Katharina Tolkmitt  
Tiergartenstrasse 17  
69121 Heidelberg  
Allemagne

Tél. : 00 49 6221 487 929  
Fax : 00 49 6221 487 461

email : [tolkmitt@springer.de](mailto:tolkmitt@springer.de)

<http://springerlink.metapress.com> => Search  
HEPAC in publications

Diffusion : Springer Customer Service  
Haberstrasse 7

69126 Heidelberg  
Allemagne

Tél. : 00 49 6221 345 247  
Fax : 00 49 6221 345 200

email : [orders@springer.de](mailto:orders@springer.de)  
<http://link.springer.de>

# F

## ▶ FUTURIBLES

Rédaction et diffusion : Futuribles  
55, rue de Varenne

75341 Paris Cedex 07  
Tél. : 01 53 63 37 70

Fax : 01 42 22 65 54

email : [revue@futuribles.com](mailto:revue@futuribles.com)

# G

## ▶ GESTIONS HOSPITALIERES

Rédaction et diffusion : Gestions Hospitalières  
44, rue Jules-Ferry

94400 Vitry sur Seine  
Tél. : 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  
Etats-Unis

Tél. : 00 1 800 765 7514

Fax : 00 1 914 267 3479

<http://www.healthaffairs.org>

## ▶ HEALTH & PLACE

Diffusion : Elsevier science  
PO Box 211  
1000 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 3757  
Fax: 00 31 20 485 3432  
Email : [nlinfo-f@elsevier.nl](mailto:nlinfo-f@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/30519/description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/30519/description#description)

## ▶ HEALTH ECONOMICS

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

## ▶ HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

Diffusion : Cambridge University Press  
The Edinburgh Building  
Shaftesbury Road  
Cambridge CB2 2RU  
Royaume-Uni  
<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=HEP>

## ▶ HEALTH POLICY

Diffusion : Elsevier Science  
PO Box 211  
1000 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 37 57  
Fax : 00 31 20 485 34 32  
email : [nlinfo-f@elsevier.nl](mailto:nlinfo-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  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 312 424 2800  
<http://www.hret.org/hret/publications/hsr.html>

## ▶ HORIZONS STRATEGIQUES

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

# I

## ▶ INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO

Rédaction et diffusion : Altédia  
5, rue de Milan  
75319 Paris cedex 09  
Tél. : 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)

## ▶ INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH CARE

Edition et diffusion : BioMed Central  
Middlesex House  
34-42 Cleveland Street  
London W1T 4LB  
Royaume-Uni  
<http://www.equityhealthj.com/>

## ▶ INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

Oxford University Press  
Journals Customer Service Department  
Great Clarendon Street  
Oxford OX2 6DP  
Royaume-Uni  
Tél. : 44 1865 353907-claim  
<http://www.oxfordjournals.org>

## ▶ INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY

Diffusion : Oxford University Press  
Great Clarendon Street  
Oxford OX2 6DP  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1865 267 907  
Fax : 00 44 1303 850 440  
<http://ije.oxfordjournals.org/>

▶ **INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES**

Diffusion : Baywood Publishing Compagny, Inc.  
26 Austin ave.  
PO Box 337  
Amityville, NY 11701  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 631 691 1270  
Fax : 00 1 631 691 1770  
email : [baywood@baywood.com](mailto:baywood@baywood.com)  
<http://baywood.com>

**J**

▶ **JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE**

Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne  
Diffusion : Diffusion ESKA  
12, rue du quatre septembre  
75002 Paris  
Tél. : 01 42 86 56 00  
Fax : 01 42 60 45 35  
<http://www.eska.fr/site2001/revues/revue2.htm>

▶ **JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS**

Diffusion : Elsevier Science  
PO Box 945  
1000 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 3757  
Fax : 00 31 20 485 3432  
email : [nlinfo@elsevier.nl](mailto:nlinfo@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/505560/description#description#description](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  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 919 687 3653  
LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DES RETRAITES (LA)  
Rédaction et diffusion : Observatoire des Retraites  
16-18 rue Jules César  
75012 Paris  
Tél. : 01 71 72 12 00  
<http://www.observatoire-retraites.org>

**M**

▶ **MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC**

Rédaction : Unaformec (Union nationale des associations de formation médicale continue)  
261 rue de Paris  
93556 Montreuil cedex  
Tél. : 01 43 63 80 00  
Fax : 01 43 63 68 11  
email : [unformec@wanadoo.fr](mailto:unformec@wanadoo.fr)  
<http://www.unaformec.org>  
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext  
Service abonnement  
127, av. de la République  
92120 Montrouge  
Tél. : 01 46 73 01 39  
Fax : 01 40 84 09 99  
email : [abonnements@jle.com](mailto:abonnements@jle.com)  
<http://www.jle.com>

▶ **MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW**

Diffusion : Sage publications  
2455 Teller Road  
Thousand Oaks, CA 91320  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 805 499 9774  
email : [order@sagepub.com](mailto:order@sagepub.com)  
<http://www.sagepub.com>

▶ **MILBANK QUARTELY (THE)**

Rédaction : Milbank Memorial Fund  
Diffusion : Blackwell Publishers  
9600 Garsington Road  
Oxford, OX4 2DQ  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1865 776 868  
Fax : 00 44 1865 714 591  
Email : [subscrip@blackwell.pu.com](mailto:subscrip@blackwell.pu.com)  
<http://www.milbank.org/quarterly.html>

▶ **MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)**

Rédaction et diffusion :  
1, av. Edouard-Belin  
92856 Rueil-Malmaison  
Tél. : 01 41 29 77 42  
Fax : 01 41 29 77 35  
<http://www.moniteurpharmacies.com>  
(recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

# N

## ▶ NOTE DE VEILLE (LA)

Rédaction et diffusion : Centre d'analyse stratégique  
18 rue de Martignac  
75700 Paris cedex 07  
Tél. : 01 45 56 51 00  
Fax : 01 45 55 53 37  
[http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=12](http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=12)

## ▶ NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)

Rédaction et diffusion : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens  
4, avenue Ruysdaël  
75008 Paris  
Tél. : 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/>

# P

## ▶ PETITES AFFICHES DE LA LOI - LE QUOTIDIEN JURIDIQUE

2, rue Montesquieu  
75041 Paris cedex 01  
Tél. : 01 42 61 56 14  
Fax : 01 47 03 92 02  
<http://www.petites-affiches.com/>

## ▶ PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

Diffusion : AISS  
Communication et publications  
Case postale 1  
CH-1211 Genève 22  
Suisse  
Email : [issa@ilo.org](mailto:issa@ilo.org)  
<http://www.issa.int>

## ▶ PHARMACEUTIQUES

Rédaction et diffusion : PR Editions  
22, av. d'Eylau  
75116 Paris  
Tél. : 01 44 05 83 00  
Fax : 01 44 05 83 24  
email : [redaction@pharmaceutiques.com](mailto:redaction@pharmaceutiques.com)  
<http://www.pharmaceutiques.com>

## ▶ POPULATION

Rédaction et diffusion : INED (Institut National des Etudes Démographiques)  
133, Bd Davout  
75020 Paris  
Tél. : 01 56 06 20 00  
Fax : 01 56 06 21 99  
email : [ined@ined.fr](mailto:ined@ined.fr)  
[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/population/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/)  
(sommaires et résumés, index des auteurs)

## ▶ POPULATION ET SOCIETES

Rédaction et diffusion : INED (Institut National des Etudes Démographiques)  
133, Bd Davout  
75980 Paris cedex 20  
Tél. : 01 56 06 20 00  
Fax : 01 56 06 21 99  
[http://www.ined.fr/publications/pop\\_et\\_soc/index.html](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)

## ▶ PLOS MEDICINE

U.K./European Office  
Public Library of Science  
7 Portugal Place  
Cambridge CB5 8AF  
Royaume-Uni  
Tél. : +44(0)1223 463 330  
<http://medicine.plosjournals.org/>

## ▶ PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

Rédaction : DSES / CNAMTS  
50 avenue Professeur André Lemierre  
75986 Paris Cedex 20  
Diffusion : Société française de santé publique  
BP 2040  
83061 Toulon cedex

## ▶ PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHES

Rédaction et diffusion : La Documentation Française  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303333300009/index.shtml>  
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/premieres-informations-premieres-syntheses/102.html>

## ► **PRESCRIRE (LA REVUE)**

Rédaction et diffusion : Association Mieux Prescrire  
83, bd Voltaire  
BP 459  
75527 Paris cedex 11  
Tél. : 01 49 23 72 86  
Fax : 01 48 07 87 32  
Email : [revue@prescrire.org](mailto:revue@prescrire.org)  
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

## ► **PRESSE MEDICALE (LA)**

Elsevier Masson SAS Éditeur  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy les Moulineaux Cedex  
Tél. : 01 71 16 55 00  
Email : [infos@masson.fr](mailto:infos@masson.fr)  
<http://www.masson.fr>

## ► **PROBLEMES ECONOMIQUES**

Diffusion : La Documentation Française  
124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
Email : [infodoc@ladocumentationfrancaise.fr](mailto: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)

# R

## ► **REPERES ET STATISTIQUES**

Rédaction : Conseil Economique et Social  
Diffusion : Direction des Journaux Officiels  
26 rue Desaix  
75727 Paris cedex 15  
Tél. : 01 40 58 79 79  
Fax : 01 45 79 17 84  
email : [info@journal-officiel.gouv.fr](mailto:info@journal-officiel.gouv.fr)  
<http://www.journal-officiel.gouv.fr>

## ► **REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE**

Diffusion : Masson Périodiques  
120, bd Saint germain  
75280 Paris cedex 06  
Tél. : 01 40 46 62 00

Fax : 01 40 46 62 01  
<http://www.e2med.com/>

## ► **REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES**

Rédaction : Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE)  
69, Quai d'Orsay  
75340 Paris cedex 07  
Tél. : 01 44 18 54 00  
Fax : 01 45 56 06 15  
Diffusion : Presses de Sciences Po  
Service Abonnement :  
117, boulevard Saint-Germain  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 49 83 64  
Fax : 01 45 49 83 34  
Email : [info.presses@sciences-po.fr](mailto:info.presses@sciences-po.fr)

## ► **REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES**

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DREES  
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 40 56 82 31  
email : [francoise.leclerc@sante.gouv.fr](mailto:francoise.leclerc@sante.gouv.fr)  
Diffusé par : La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
[http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc\\_archive.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc_archive.htm) (résumés et sommaires depuis le n° 3 de 1998)

## ► **RETRAITE & SOCIETE**

Rédaction: CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)  
Diffusion : la Documentation française  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>  
email : [commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr](mailto:commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr)  
<http://www.cnav.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

## ► **REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE**

CPF Sécurité sociale  
Service publications  
rue de la vierge noire 3c  
B-1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : +32 2 509 8552  
<http://socialsecurity.fgov.beib/index.htm>

► **REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES**

Rédaction : Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE)  
69, Quai d'Orsay  
75340 Paris cedex 07  
Tél. : 01 44 18 54 00  
Fax : 01 45 56 06 15  
Diffusion : Presses de Sciences Po  
Service Abonnement :  
117, boulevard Saint-Germain  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 49 83 64  
Fax : 01 45 49 83 34  
Email : [info.presses@sciences-po.fr](mailto:info.presses@sciences-po.fr)

► **REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES**

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DREES  
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 40 56 82 31  
Email : [francoise.leclerc@sante.gouv.fr](mailto:francoise.leclerc@sante.gouv.fr)  
Diffusé par : ..... La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 Auverville cedex  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
[http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc\\_archive.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc_archive.htm) (résumés et sommaires depuis le n° 3 de 1998)

► **REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE**

Rédaction et diffusion : FHF (Fédération Hospitalière de France)  
service des abonnements  
1 bis rue Cabanis CS41402  
75993 Paris cedex 14  
Tél. : 01 44 06 84 35  
email : [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)  
<http://www.fhf.fr>

► **REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE**

Rédaction : AISS (Association Internationale de Sécurité Sociale)  
Diffusé par : Peter Lang SA  
Editions scientifiques européennes Jupiterstr.  
15  
Boite postale  
CH-3000 Berne 15  
Suisse  
Tél. : 00 41 31 940 21 21  
Fax : 00 41 31 940 31 31  
email : [customerservice@peterlang.com](mailto:customerservice@peterlang.com)

<http://www.peterlang.ch>

► **RUPTURES**

Rédaction et diffusion : Groupe de Recherche Interdisciplinaires en Santé (GRIS)  
Faculté de Médecine  
Université de Montréal  
CP 6128, Succ., Centre Ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Canada  
Tél. : 00 1 514 343 6185  
Fax : 00 1 514 343 2207  
<http://www.gris.umontreal.ca/actualite.asp>

## S

► **SANTE ET SYSTEMIQUE**

<http://ses.e-revues.com/acceuil.jsp>  
Diffusion : Lavoisier  
14, rue de Provigny  
94236 Cachan cedex  
01 47 40 67 00  
Email : [abo@Lavoisier.fr](mailto:abo@Lavoisier.fr)  
<http://www.e-revues.lavoisier.fr/> => santé et systémique  
ou  
Hermès Sciences Publications  
8, quai du Marché-Neuf  
75004 Paris  
Tél. : 01.53 10 15 20  
Fax : 01.53 10 15 21  
<http://www.editions-hermes.fr/fr/>

► **SERIE ETUDES - DOCUMENTS DE TRAVAIL**

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé  
DREES  
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 44 36 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/doc.htm> (sommaires et résumés jusqu'au n° 12, puis en ligne à partir du n° 13)

► **SERIE STATISTIQUES - DOCUMENTS DE TRAVAIL**

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé  
DREES  
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon

75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 44 36 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/doc.htm> (sommaires et résumés jusqu'au n° 19, puis en ligne à partir du n° 20)

#### ▮ SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé  
49, rue Galilée  
75116 Paris  
Tél. : 01 40 70 16 15  
Fax : 01 40 70 16 14  
<http://www.editionsdesante.fr/SiteEDS.nsf/AGdefaultRevueSEVE?OpenFrameSet>

#### ▮ SOCIETAL

Rédaction : SERPE (Société d'Etudes, de Recherche et de Publications économiques)  
29 rue de Lisbonne  
75008 Paris  
Tél. : 01 53 23 05 40  
Fax : 01 47 23 79 01  
Email : [contact@societal.fr](mailto:contact@societal.fr)  
[http://www.societal.fr/](http://www.societal.fr)  
Diffusion : PUF (Presses Universitaires de France)  
Tél. abonnements : 01 58 10 31 63  
Fax : 01 58 10 31 82  
Email : [revues@puf.com](mailto:revues@puf.com)

#### ▮ SOCIAL MEDICINE

Department of Family and Social Medicine  
Albert Einstein College of Medicine/Montefiore  
Medical Center  
Bronx, New York, 10461  
Etats-Unis  
<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/socialmedicine/index>

#### ▮ SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE

Diffusion : Elsevier Science  
Customer Service Department  
PO Box 211  
1001 AE Amsterdam  
PAYS BAS  
Tél. : 00 31 20 485 3757  
Fax : 00 31 20 485 3432  
email : [nlinfo-f@elsevier.nl](mailto:nlinfo-f@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/315/description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description)

#### ▮ SOIXANTE MILLIONS DE CONSOMMATEURS

Rédaction et diffusion : INC (Institut National de la Consommation)  
80, rue Lecourbe  
75732 Paris Cedex 15  
Tél. : 01 45 67 35 58  
Email : [inc3@club-internet.fr](mailto:inc3@club-internet.fr)  
3615 60 millions  
<http://www.60millions-mag.com/page/>  
<http://www.inc60.fr>

## T

#### ▮ TRAVAIL ET EMPLOI

Rédaction et diffusion : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DARES (Direction de l'Animation, de la Recherche et des Etudes Statistiques)  
20 bis, rue d'Estrées  
75007 Paris  
Tél. : 01 44 38 38 38  
<http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html>

## U

#### ▮ UNION SOCIALE

Diffusion : UNIOPSS  
15-17 rue Albert  
75013 Paris  
Tél. : 01 53 36 35 00



# ■ 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

**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

---

<b>Directrice de la publication</b>	Chantal Cases
<b>Rédactrice en chef</b>	Marie-Odile Safon
<b>Rédactrices adjointes</b>	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
<b>Diffusion</b>	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
<b>Mise en page</b>	Franck-Séverin Clérembault

---

