

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

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé


Novembre - Décembre 2008

■ **Service Documentation**



## ► Présentation

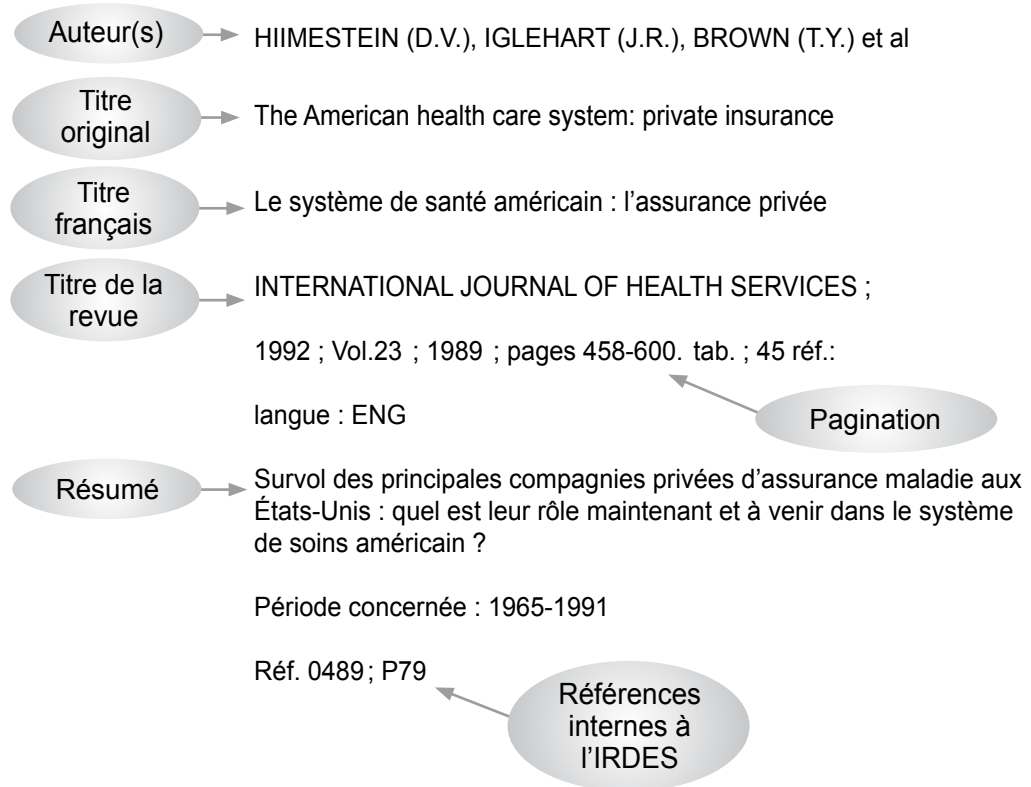
- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.  
Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'IRDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque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

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Choix des priorités .....     | 17 |
| Performance .....             | 17 |
| Réformes .....                | 17 |
| Satisfaction des usagers..... | 17 |

### 18 PROTECTION SOCIALE

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Assurance maladie .....         | 18 |
| Assurance invalidité .....      | 19 |
| Financement .....               | 19 |
| Modèle social .....             | 20 |
| Prestations sociales .....      | 21 |
| Protection complémentaire ..... | 22 |
| Régime agricole .....           | 23 |
| Régime des indépendants .....   | 24 |
| Retraite .....                  | 25 |

### 27 PRÉVENTION - SANTÉ

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Alcoolisme.....                 | 27 |
| Asthme.....                     | 27 |
| Cancers.....                    | 28 |
| Éducation thérapeutique .....   | 28 |
| Maladies cardiovasculaires..... | 29 |
| Santé bucco-dentaire.....       | 30 |

### 30 DÉPENSES DE SANTÉ

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Asthme.....                    | 30 |
| Coût de la maladie .....       | 30 |
| Dépenses pharmaceutiques ..... | 31 |
| Etudes prospectives.....       | 31 |
| Fraudes.....                   | 32 |
| Hypertension.....              | 32 |
| Maîtrise des dépenses.....     | 33 |
| Viellissement .....            | 33 |

### 33 INDICATEURS DE SANTÉ

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Accidents de la vie domestique ..... | 33 |
| Asthme.....                          | 34 |
| Cancers.....                         | 35 |
| Causes de décès .....                | 35 |
| Maladies chroniques .....            | 36 |
| Maladies rares .....                 | 37 |
| Mortalité maternelle .....           | 38 |
| Obésité.....                         | 38 |
| Santé mentale.....                   | 39 |
| Santé perçue.....                    | 40 |
| Sida.....                            | 40 |
| Travail et santé.....                | 41 |

### 42 PERSONNES ÂGÉES

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Prise en charge médico-sociale..... | 42 |
| Réseaux gérontologiques .....       | 42 |
| Soins informels .....               | 42 |

### 43 GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Alcoolisme.....          | 43 |
| Étrangers .....          | 44 |
| Étudiants .....          | 45 |
| Illétrisme.....          | 46 |
| Inégalités de santé..... | 47 |
| Pauvreté.....            | 49 |
| RMI .....                | 49 |
| Toxicomanie.....         | 50 |

### 51 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Aide sociale.....           | 51 |
| Bourgogne .....             | 52 |
| Décentralisation .....      | 52 |
| Disparités régionales ..... | 53 |
| Effets contextuels.....     | 53 |

|   |    |                                       |    |
|---|----|---------------------------------------|----|
| Ile-de-France.....                      | 55 | Innovation médicale.....              | 71 |
| <b>55 MÉDECINE LIBÉRALE</b>             |    | Libre accès.....                      | 71 |
| Activité professionnelle.....           | 55 | Médicaments orphelins.....            | 71 |
| Clientèle.....                          | 56 | Observance thérapeutique.....         | 72 |
| Conditions de travail.....              | 56 | Pharmacovigilance.....                | 73 |
| Installation professionnelle.....       | 57 | Prescription.....                     | 73 |
| Médecine de groupe.....                 | 57 | Prix.....                             | 73 |
| Médecin traitant.....                   | 58 | Remboursement.....                    | 75 |
| Pratique médicale.....                  | 58 | Substitution.....                     | 76 |
| Revenus.....                            | 59 | <b>76 TECHNOLOGIES MÉDICALES</b>      |    |
| <b>60 HÔPITAL</b>                       |    | Nanotechnologies.....                 | 76 |
| Accidents thérapeutiques.....           | 60 | <b>76 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS</b> |    |
| Classement.....                         | 60 | États-Unis.....                       | 76 |
| Comptabilité hospitalière.....          | 60 | Irlande.....                          | 79 |
| Gestion hospitalière.....               | 60 | Italie.....                           | 80 |
| Infections nosocomiales.....            | 61 | Norvège.....                          | 80 |
| Motifs d'hospitalisation.....           | 62 | Pays-Bas.....                         | 80 |
| Pharmacie hospitalière.....             | 62 | Royaume-Uni.....                      | 81 |
| Qualité des soins.....                  | 62 | Union européenne.....                 | 81 |
| Secteur privé.....                      | 63 | <b>82 PRÉVISION - ÉVALUATION</b>      |    |
| Séjours.....                            | 63 | Analyse de la valeur.....             | 82 |
| Urgences hospitalières.....             | 64 | Coût de la maladie.....               | 82 |
| <b>64 PROFESSIONS DE SANTÉ</b>          |    | Décision médicale.....                | 83 |
| Médecine du travail.....                | 64 | <b>83 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE</b>  |    |
| Médecins étrangers.....                 | 65 | Enquêtes.....                         | 83 |
| Pharmaciens d'officine.....             | 65 | Enquêtes santé.....                   | 84 |
| <b>65 MÉDICAMENTS</b>                   |    | Histoire de la statistique.....       | 84 |
| Agences sanitaires.....                 | 65 | Indicateurs économiques.....          | 85 |
| Antibiotiques.....                      | 66 | Migration.....                        | 85 |
| Anticholestérolémiants.....             | 66 | Sélection adverse.....                | 86 |
| Antidépresseurs.....                    | 67 | Systèmes d'information.....           | 86 |
| Automédication.....                     | 67 | Sondages.....                         | 86 |
| Autorisation de mise sur le marché..... | 68 | <b>87 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE</b>   |    |
| Dérégulation.....                       | 68 | Bilan démographique.....              | 87 |
| Distribution pharmaceutique.....        | 69 | Éducation.....                        | 88 |
| Essais thérapeutiques.....              | 69 | Familles monoparentales.....          | 89 |
| Fiscalité.....                          | 69 | Niveau de vie.....                    | 89 |
| Génériques.....                         | 69 |                                       |    |
| Industrie pharmaceutique.....           | 70 |                                       |    |

Projections .....89

## **90 ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Emploi des seniors.....90

## **92 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE**

Bases de données .....92

## **92 RÉGLEMENTATION**

Droits des malades .....92

---

## **AUTRES RUBRIQUES**

---

Index des auteurs ..... 95

Carnet d'adresses des éditeurs ..... 103



## ► Références bibliographiques





## ► Choix des priorités

37472

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

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

*Le choix des priorités dans les systèmes de soins : leçons tirées des expériences menées dans huit pays.*

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH

2008 ; vol. 7 : n° 4 : 1-13

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. The authors of this article 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.

## ► Performance

37857

ARTICLE  
MOSSIALOS (E.), PAPANICOLAS (I.), SMITH (P. C.)

**Principles of performance measurement.**

*Principes de mesure de la performance.*

EURO OBSERVER - NEWSLETTER OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES

2008 ; vol. 10 : n° 1 : 1-5

Cote Irdes : Bulletin étranger

Information plays a central role in the ability of a health system to deliver effective health care and secure population health. It is used for a variety of different purposes in health care: to secure accountability within the system, to determine appropriate treatments for patients, to facilitate patient choice and/or for managerial control. Information also plays an important broader role in assuring governance of the health system. Early efforts at health system performance measurement can be dated as far back as 250 years ago. However, despite the increasing use of performance measure-

ment tools in developed health systems, questions still remain about the best way to collect, disseminate and use performance data efficiently. This issue of Euro Observer will explore some of the issues more closely through case studies on composite indicators in performance measurement, attribution and causality, and the use of performance measurement in long term care and cardiac surgery. Here, we provide a brief overview of the principles of performance measurement, highlighting some of the main policy implications.

## ► Réformes

38188

ARTICLE  
BENAMOZIG (D.)

**Grandes manoeuvres autour de la santé.**

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2008/06 ; n° 270 : 52-61, graph.

Cote Irdes : c, P104

La réforme du système de santé est sur les rails. Au menu : une régionalisation dont on attend qu'elle permette de coordonner la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social, et une redéfinition des biens et des services pris en charge par l'assurance maladie. Cette dernière mesure aurait pour conséquence d'alourdir les dépenses laissées à la charge des mutuelles et des ménages.

38647

ARTICLE  
CHAMBAUD (L.)

**Entre continuité et rupture : la création des agences régionales.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2008/06 ; n° 63 : 7-10

Cote Irdes : c, P49

## ► Satisfaction des usagers

37361

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

**Résultats de l'enquête de satisfaction 2007 : les assurés jugent la qualité des services de l'assurance maladie.**

## POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/03/13 ; 6p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Enquete\\_assures.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Enquete_assures.pdf)

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) s'est félicitée des excellents résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en octobre 2007 auprès de ses assurés. L'Assurance Maladie est jugée performante sur ses services de base avec 92 % d'assurés satisfaits des prestations de leur caisse primaire (carte Vitale, délais de remboursement). En revanche, on observe une attente forte de la part des assurés sur certains points comme l'information sur les tarifs des actes des professionnels de santé. L'indice global évolue positivement en passant de 6,6 en 2000 à 7,4 en 2007 (7,2 en 2006). Les assurés apprécient notamment la lutte contre les fraudes, l'écoute et l'accompagnement social ainsi que l'innovation et le dynamisme. L'Assurance Maladie a prévu en 2008 l'enrichissement du service Infosoins avec les tarifs des principaux actes techniques et ceux des actes dentaires les plus fréquents. Le développement des services en ligne en 2008 permettra aux assurés de disposer sur leur compte ameli d'un compteur permettant de suivre leur situation par rapport à la franchise médicale. Enfin, l'organisation de l'accueil physique et téléphonique sera améliorée cette année avec l'installation de guichets automatisés à l'extérieur des bureaux de l'Assurance Maladie, comme dans les hôpitaux, et un numéro de téléphone unique sur toute la France bien moins cher (0,028 centimes à partir d'un poste fixe contre 0,12 actuellement).

## PROTECTION SOCIALE

### Assurance maladie

37605

ARTICLE

NEWHOUSE (J. P.), BROOK (R. H.), DUAN (N.) et al.

#### ***Attrition in the Rand Health insurance experiment : a response to Nyman.***

*Attrition dans l'expérimentation menée par la Rand en assurance maladie : une réponse à Nyman.*

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2008/04 ; vol. 33 : n° 2 : 295-308

Cote Irdes : P82

In a prior article in this journal, John Nyman argues that the effect on health care use and spending found in the RAND Health Insurance Experiment is an artifact of greater voluntary attrition in the cost-sharing plans relative to the free care plan. Specifically, he speculates that those in the cost-sharing plans, when faced with a hospitalization, withdrew. His argument is implausible because (1) families facing a hospitalization would be worse off financially by withdrawing; (2) a large number of observational studies find a similar effect of cost sharing on use; (3) those who left did not differ in their utilization prior to leaving; (4) if there had been no attrition and cost sharing did not reduce hospitalization rates, each adult in each family that withdrew would have had to have been hospitalized once each year for the duration of time they would otherwise have been in the experiment, an implausibly high rate; (5) there are benign explanations for the higher attrition in the cost-sharing plans. Finally, we obtained follow-up health-status data on the great majority of those who left prematurely. We found the health-status findings were insensitive to the inclusion of the attrition cases.

37606

ARTICLE

NYMAN (J. A.)

#### ***Health plan switching and attrition bias in the Rand Health Insurance experiment.***

*Changement de plan santé et biais d'attrition dans l'expérimentation menée par la Rand en assurance maladie.*

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2008/04 ; vol. 33 : n° 2 : 309-317, 1 tab.

Cote Irdes : P82

One of the most influential "lessons" of the RAND Health Insurance Experiment (HIE) is that cost sharing can reduce hospitalizations by about a quarter, with no effect on health for the average adult. In an earlier paper in this journal, I suggested that a portion of this reduction is due to participants becoming ill and dropping out of the experiment in order to switch to their preexperiment insurance coverage and thus avoid paying the cost-sharing amount. The sixteenfold higher voluntary attrition rate in the cost-sharing arms provides compelling evidence in support of this alternative explanation. Evidence is also provided by the finding in Manning, Duan, Keeler (1993) that the predicted number of hospitalizations among those who dropped out of the coinsurance arms was significantly greater by 34.5 percent than the actual number of hospitalizations, suggesting that participants anticipate hospitalizations and leave the experiment before incurring the cost-sharing payment. Still more evidence is provided by the finding that those (cost-sharing) participants with greater incomes, instead of being more likely to be hospitalized, as greater income usually implies, were less likely to be hospitalized than poor participants. This finding is consistent with their having better preexperiment insurance coverage than poor participants and therefore being more likely to have an incentive to drop out. This inpatient attrition bias makes it dangerous to rely on this lesson of the HIE, because it is not clear that hospitalizations were actually reduced by one-quarter, much less that if such a reduction actually had occurred, there would be no health consequences.

## ▮ Assurance invalidité

38924

FASCICULE

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

**Les causes médicales de l'invalidité en 2006.**

POINTS DE REPERE

2008/07 ; n° 16 : 8p., fig., tabl.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/docu-  
ments/Points\\_de\\_repere\\_n\\_\\_16.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__16.pdf)

Le nombre d'entrées en invalidité, pour le régime général de l'assurance maladie, est ac-

tuellement de près de 75 000 par an pour une population active estimée à 19,9 millions de personnes. L'objet de ce travail est de comparer la situation en 2006 à celle qui avait été observée lors d'une première étude publiée en 2001 et qui portait sur les causes médicales des pensions d'invalidité attribuées en 1998.

## ▮ Financement

36701

ARTICLE

BARRIENTOS (A.)

**Le rôle de la Sécurité sociale financée par l'impôt.**

*L'extension de la sécurité sociale à tous.*

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE  
SOCIALE (AISS)

2007/04-09 ; vol. 60 : n° 2-3 : 111-132

Cote Irdes : P55

Cet article procède à une réévaluation du rôle de la sécurité sociale financée par l'impôt. Il expose les tendances pertinentes dans les pays développés et en développement et analyse les changements qualitatifs dans le rôle et l'approche de la sécurité sociale financée par l'impôt. Il évalue ensuite les formes émergentes de sécurité sociale financée par l'impôt dans les pays en développement. Il étudie en particulier leur orientation, leur étendue, leur conception et leur dynamique. Il estime en conclusion que les formes émergentes de sécurité sociale financée par l'impôt dans les pays en développement sont de nature à avoir un impact sur la pauvreté et la vulnérabilité mondiales, et le principal défi est de faire en sorte que cela contribue à la mise en place de systèmes généraux de sécurité sociale.

37555

ARTICLE

ECALLE (F.)

**Le bouclier sanitaire en France.**

FUTURIBLES

2008/04 ; n° 340 : 5-16, graph.

Cote Irdes : P166

Pour faire face au déficit chronique de l'assurance maladie, un système de franchise sur certains remboursements d'actes médicaux a été instauré en janvier 2008, laissant à la charge des assurés une partie de la dépense. Or, ce système s'avère inégalitaire sans la mise en place d'un bouclier sanitaire. Cet

article expose en quoi pourrait consister ce bouclier sanitaire, un système dans lequel les dépenses de santé à charge des assurés seraient plafonnées en fonction de leur revenu, inspiré notamment de ce qui se pratique en Belgique ou en Allemagne.

37591

FASCICULE, INTERNET  
Institut Montaigne. Paris. FRA

**Réinventer l'assurance maladie.**

AMICUS CURIAE : BRIEFING PAPER

2008/03 ; n° 3 : 6p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/amicus\\_assur\\_maladie\\_6p.pdf](http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/amicus_assur_maladie_6p.pdf)

Les dépenses de santé évoluent aujourd'hui plus vite que le PIB (de l'ordre de un à deux points de plus). En soi, cela n'a rien de dramatique : ces dépenses contribuent à la croissance de notre pays – c'est-à-dire à la création de richesses et d'emplois. À l'avenir, cette contribution a vocation à être encore plus importante. Pour autant, cette augmentation des dépenses de santé pose des problèmes considérables en termes de financement. Il semble désormais évident que, pour résoudre ces problèmes, le rafistolage ne suffit plus. Il apparaît nécessaire, précisément pour demeurer fidèle aux objectifs des fondateurs de l'assurance santé, de remettre à plat notre dispositif en lui donnant une architecture nouvelle, solide et en le dotant de financements pérennes. Il est temps de réinventer l'assurance-maladie.

38835

ARTICLE  
PALIER (B.)

**La logique actuelle nous fait abandonner l'esprit de la Sécurité sociale.**

INC HEBDO : CONSOMMATEURS

ACTUALITES

2008/08/18-24 ; n° 1483 : 2

Cote Irdes : Dossier de presse : Protection sociale

Spécialiste de la protection sociale, Bruno Palier, chercheur à l'École des Sciences politiques de Paris, montre comment la baisse des remboursements et le poids accru des compléments santé contribuent à la mise en place d'un système de responsabilisation individuelle des malades.

39036

FASCICULE

ELBAUM (M.)

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

**Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie.**

LETTRE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/09 ; n° 301 : 8p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P105

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/301.pdf>

Après un historique sur la participation financière de l'assuré dans les soins médicaux, cet article analyse l'impact de l'instauration des franchises médicales, en janvier 2008, sur les dépenses de santé en France. Il démontre l'efficacité limitée de cette mesure, ainsi que l'inégalité sociale qui en découle.

## ► Modèle social

36684

FASCICULE

BORGETTO (M.), CASSIERS (I.), REMAN (P.), et al.

**Protection sociale et emploi.**

INFORMATIONS SOCIALES

2007/09 ; n° 142 : 154p., graph., tabl.

Cote Irdes : P171

La protection sociale, appuyée sur les solidarités professionnelles, a rencontré ses limites face aux évolutions de la société et à la montée du chômage. De nouvelles logiques de solidarités ont alors vu le jour, basées sur la lutte contre la pauvreté et sur l'insertion. Toutefois, ni le RMI ni les contrats aidés n'ont permis de résoudre ni même d'affronter la question de l'exclusion, telle qu'elle se pose aujourd'hui en France. Comment penser le retour à l'emploi ? Emploi qui protège, pas toujours, de la pauvreté ; susceptible d'offrir une activité vitale respectant l'égalité des chances ; et enfin répondant au besoin d'insertion des plus éloignés du marché du travail. Ce numéro d'Informations sociales ouvre, à partir de l'analyse de situations problématiques concrètes, des pistes de réflexion à ce qui peut être défini comme une urgence sociale et une responsabilité collective (Résumé de la revue).

36697

ARTICLE  
VAN GINNEKEN (W.)

***L'extension de la sécurité sociale : concepts, grandes tendances et problèmes de politique générale.***

*L'extension de la sécurité sociale à tous.*

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE  
SOCIALE (AISS)

2007/04-09 ; vol. 60 : n° 2-3 : 43-63

Cote Irdes : P55

Cet article montre comment un certain nombre de pays, à bas revenu, à revenu intermédiaire ou à haut revenu, sont parvenus à élargir le champ de la sécurité sociale ou ont entrepris de le faire, ce qui ne se révèle possible que sous l'égide d'un État fort et compétent. L'article décrit les indicateurs susceptibles d'être utilisés pour mesurer l'étendue de la protection sociale et orienter l'action nationale ou internationale dans ce domaine. Il met en évidence l'importance croissante des régimes de retraite sociaux financés par l'impôt et évoque diverses questions de politique générale concernant la place et le rôle respectifs des régimes contributifs et des régimes financés par l'impôt.

36699

ARTICLE  
MARES (I.)

***Les conséquences de l'Etat providence pour l'économie.***

*L'extension de la sécurité sociale à tous.*

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE  
SOCIALE (AISS)

2007/04-09 ; vol. 60 : n° 2-3 : 71-89

Cote Irdes : P55

Quelles sont les conséquences pour l'économie et l'emploi de programmes d'assurance sociale plus vastes ? Les États providence plus importants détournent-ils des ressources de l'activité économique et faussent-ils les décisions des entreprises en matière d'investissements ? Cet article présente les travaux de recherche théorique et expérimentale sur le sujet. Il démontre que les prédictions de rapports négatifs entre un niveau supérieur de protection sociale et la croissance n'ont pas été confirmées par les données. Les programmes d'assurance et les autres politiques qui augmentent les investissements dans le capital humain ou la productivité globale des travailleurs donnent lieu à d'importantes ex-

ternalités économiques qui l'emportent sur les distorsions éventuelles qui peuvent résulter d'une fiscalité plus lourde. Les études empiriques ne parviennent pas non plus à mettre au jour une relation négative systématique entre des États providence plus importants et le niveau de l'emploi. Les conséquences de l'Etat providence pour l'emploi passent par les institutions et les politiques existantes, comme le niveau de centralisation du système de négociation salariale, qui influent sur la redistribution du coût d'un relèvement des impôts entre les salariés et les entreprises. Les conséquences pour l'emploi d'États providence plus importants ne sont donc pas linéaires.

37351

ARTICLE  
MATHIEU (C.), STERDYNIK (H.)

***Le modèle social européen et l'Europe sociale.***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET  
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/01 ; n° 104 : 43-103

Cote Irdes : P120

Un large consensus semble exister en Europe pour estimer qu'il existe un modèle social européen, qui doit être défendu et développé. Mais cette notion est ambiguë : est-ce une simple description de l'état actuel des sociétés européennes ? Est-ce une notion normative ? Reste-t-elle compatible avec la mondialisation contemporaine ? Est-ce un projet politique ? Après une présentation de différents modèles existants, cet article tente de répondre à ces questions.

## ► Prestations sociales

36871

ARTICLE  
MENAHEM (G.)

***Prestations sociales, sécurité économique et croissance en Europe.***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET  
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2007/10 ; n° 103 : 291-322

Cote Irdes : R 1684, P120

[http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/84/06/PDF/ROFCEPrestationssecurite\\_croissance.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/84/06/PDF/ROFCEPrestationssecurite_croissance.pdf)

Cet article évalue en quoi les prestations sociales contribuent à assurer une part importante de la sécurité économique des popula-

tions, notamment contre le risque de ne pas disposer de revenus suffisants. Il introduit pour cela un outil d'agrégation des garanties apportées par l'État social à la population, le « taux de sécurité démarchandisée ». L'évaluation dans 20 pays européens de la diversité des ressources et des sécurités, dites démarchandisées parce qu'elles sont largement indépendantes du marché, permet de distinguer quatre grands types de contribution des prestations sociales à la sécurité économique.

## ► Protection complémentaire

37328

ARTICLE  
KESSLER (F.)

**Comité d'entreprise et protection sociale complémentaire : retour sur un vieux couple.**

DROIT SOCIAL

2008/02 ; n° 2 : 174-181

Cote Irdes : P109

La protection sociale d'entreprise peut relever du monopole du comité d'entreprise. Encore faut-il qu'elle réponde aux critères de l'activité sociale et culturelle. La gestion et le contrôle par le comité d'entreprise de la protection sociale complémentaire peut alors prendre des formes variées.

37885

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

**La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006).**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)

2008/05 ; n° 132 : 4p.

Cote Irdes : QES 132

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>

En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les

taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise. Pour la première fois, les données de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) sont exploitées pour calculer le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire. Ce taux d'effort varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C). Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés. Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières qui concerne, en 2006, 14 % de la population.

38459

FASCICULE  
Fonds de Financement de la Protection  
Complémentaire de la Couverture Universelle  
du Risque Maladie. Paris. FRA

**Coût moyen et bénéficiaires de la CMU complémentaire.**

REFERENCES CMU : LETTRE DU FONDS  
DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE  
MALADIE UNIVERSELLE (LA)

2008/07 ; n° 32 : 6p., tabl., grapg.

Cote Irdes : c, Bulletin français

[http://www.cmu.fr/userdocs/CMU%20N32\\_6P.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/CMU%20N32_6P.pdf)

Cette publication présente la dépense moyenne par bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les années 2006 et 2007, et comprend tous les chiffres sur la couverture maladie universelle (CMU) et l'aide complémentaire santé (ACS) pour l'année 2007.

38719

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

***L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ?***

*Les assurances complémentaires.*

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2008/06 ; n° 2 : 5-6

Cote Irdes : R1713, Bulletin français

[http://www.ces-asso.org/docs/Let\\_CES\\_2-2008.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_2-2008.pdf)

En 2006, selon les comptes de la santé, 22 % des dépenses de soins et biens médicaux n'étaient pas couverts par l'assurance maladie publique. La couverture santé complémentaire, qui couvre plus de la moitié de ce reste à charge constitue donc un élément important du financement des soins. Contrairement à l'assurance habitation, l'assurance complémentaire santé n'est pas obligatoire. Il n'est donc pas étonnant que l'accès à cette couverture reste assez inégalement réparti dans la population. En 2006, selon les données de l'enquête ESPS de l'IRDES, environ 7% de la population n'en disposait pas ; cette absence de couverture était nettement plus fréquente parmi les plus pauvres. Cette différence résulte non seulement de plus faibles ressources financières, mais également d'un moindre accès à la couverture d'entreprise.

## ► Régime agricole

37556

FASCICULE, INTERNET  
THIBAUDOT (F.)  
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnole. FRA

***La population des exploitants agricoles en 2006.***

ETUDES

2008/01 ; 20p., 10 graph., 6 cartes, 1 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr\\_1206620442509\\_OES\\_TRIM.\\_11\\_\\_EXPLOITANTS\\_AGRICOLES\\_EN\\_2006.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr_1206620442509_OES_TRIM._11__EXPLOITANTS_AGRICOLES_EN_2006.pdf)

Cette étude, réalisée par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), définit dans la première partie la dimension socio-économique de la population des non-salariés agricoles en 2006, leur activité et la superficie qu'ils exploitent. La seconde partie

propose des données sur les femmes dans l'agriculture, la troisième et la quatrième partie analysent successivement les principales caractéristiques des non salariés, la démographie et les changements structurels. Enfin, la dernière partie de cette étude aborde l'évolution de leurs revenus.

38339

FASCICULE, INTERNET  
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnole. FRA

***Les titulaires de pensions de réversion au régime des non-salariés agricole, au 30 juin 2007.***

SYNTHESES

2008/04 ; n° 12 : 5p., 7 tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr\\_1213367799996\\_OES\\_TRIM.\\_12\\_\\_PENSIONS\\_DE\\_R\\_VERSION.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr_1213367799996_OES_TRIM._12__PENSIONS_DE_R_VERSION.pdf)

L'analyse porte sur l'ensemble des veuves et veufs retraités du régime des non-salariés agricoles et plus particulièrement sur le montant global de leurs retraites (droit personnel + droit de réversion) au titre du régime non salarié agricole en tenant compte des majorations de retraites qui leur ont été éventuellement attribuées. Les bénéficiaires de pensions de réversion représentent plus du quart des bénéficiaires de pensions non salariées agricoles. Près de 80% des bénéficiaires de pensions de réversion perçoivent aussi une retraite de droit personnel, le plus souvent de conjoint ou membre de la famille. Au 30 juin 2007, 481 720 retraités percevaient une pension de réversion au régime des non-salariés agricoles sur les 1 827 854 retraités du régime. Parmi eux, 378 416 recevaient également une pension de droit personnel au régime des non-salariés agricoles (NSA).

38340

FASCICULE, INTERNET  
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Bagnole. FRA

***Les trois minima sociaux de la branche famille, au 30 juin 2007 au régime agricole.***

SYNTHESES

2008/04 ; n° 12 : 4p., 2 graph., 6 cartes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr\\_1213414179674\\_OES\\_TRIM.\\_12\\_\\_MINIMA\\_SOCIAUX.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr_1213414179674_OES_TRIM._12__MINIMA_SOCIAUX.pdf)

Au 30 juin 2007, le nombre de familles bénéficiaires de prestations légales de la branche famille et affiliées au régime agricole s'élève à 437 841 en France métropolitaine, en baisse de 2,2% par rapport au 30 juin 2006. Parmi ces 437 841 familles, 53 840 perçoivent l'un des trois minima sociaux gérés par la branche famille. Avec 30 936 familles bénéficiaires, c'est l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui compte le plus grand nombre de bénéficiaires, 21 901 familles perçoivent le revenu minimum d'insertion (RMI) et 1 133 perçoivent l'allocation de parent isolé (API). En juin 2007, le nombre de familles bénéficiaires du revenu minimum d'insertion représente 5% du nombre total de familles bénéficiaires de prestations légales au régime agricole. Par rapport à juin 2006, les familles bénéficiaires du RMI passent de 23 586 à 21 901, en baisse de 7%. Le nombre de familles bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) représente, quant à elle, 7,1% du nombre total de familles bénéficiaires de prestations légales. Le nombre de familles bénéficiaires de l'AAH baisse de 2% par rapport au 30 juin 2006 et s'établit à 30 936 fin juin 2007, diminution plus modérée que celle constatée pour les deux autres minima sociaux. Enfin, le nombre de familles bénéficiaires de l'allocation de parent isolé représente 0,3% du nombre total de familles bénéficiaires de prestations légales. Par rapport à juin 2006, ces effectifs sont en baisse de 6% et s'établissent à 1133 en juin 2007.

38342

FASCICULE, INTERNET  
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Direction des Etudes - des Répertoires et des Statistiques. (D.E.R.S.). Bagnolet. FRA

**Chiffres utiles MSA : édition 2008.**

2008/07 ; 38p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr\\_1214928198280\\_CHIFFRES\\_UTILES\\_2008.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msa-fr_1214928198280_CHIFFRES_UTILES_2008.pdf)

Ce document présente les principales informations sur les cotisants, les bénéficiaires et le financement du régime agricole pour l'année 2007.

## ► Régime des indépendants

37046

FASCICULE

Régime Social des Indépendants. (R.S.I.).  
Direction de l'Organisation et de la Prospective. (D.O.P.). La Plaine Saint-Denis. FRA

**Les retraités du RSI parmi l'ensemble des retraités français.**

ZOOM SUR (RSI)

2008/01 ; n° 13 : 4p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

Le RSI sert à ses retraités une pension au titre de leurs périodes d'activité non-salariée. Mais, nombre d'indépendants ont également effectué une carrière salariale. L'échantillon inter régimes des retraités (EIR) conduit par la DREES permet de connaître l'ensemble des prestations vieillesse servies aux artisans et aux commerçants. On peut ainsi remettre en perspective les retraités du RSI.

37235

FASCICULE

Régime social des indépendants. (R.S.I.).  
Direction de l'Organisation et de la Prospective. (D.O.P.). La Plaine Saint-Denis. FRA

**Les effets attendus de la réforme de 2007 sur les perspectives du régime complémentaire des artisans.**

ZOOM SUR (RSI)

2008/02 ; n° 16 : 4p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

Le régime complémentaire vieillesse des artisans (RCO) a connu depuis 1997 une série de réformes qui lui ont permis de redresser significativement ses résultats sans toutefois assurer complètement son équilibre à long terme. Le bilan fait en 2007 a montré que, compte tenu des dispositions prises lors du plan quinquennal en 2002, les réserves du régime seraient épuisées en 2032. A cette date, le régime serait donc dans l'incapacité de servir la totalité des prestations de ses retraités. Les administrateurs ont une nouvelle fois pris des mesures pour renforcer l'équilibre du régime. Au total, la réforme 2007 devrait permettre de reculer de plusieurs années la date d'extinction des réserves, respectant ainsi les nouveaux critères de pilotage du régime. Cette étude fait suite au Zoom n°4 sur les perspectives financières du régime complémentaire



des artisans où avait été décrite la situation du régime avant la réforme intervenue en 2007.

## ► Retraite

37091

ARTICLE  
JOIN-LAMBERT (E.)

**Royaume-Uni. La construction d'un consensus sur la réforme des retraites.**

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES  
2006/09 ; n° 102 : 3-12  
Cote Irdes : P177

Le système de retraite du Royaume-Uni, qui a fait l'objet de réformes fréquentes et est constitué aujourd'hui d'une mosaïque de dispositifs de natures différentes (régimes gérés par l'Etat, régime d'entreprise, dispositifs d'épargne retraite individuelle et retraite sous condition de ressource), est encadré par une réglementation mouvante d'une complexité extraordinaire. Les gouvernements britanniques successifs ont privilégié une approche qui repose sur des décisions prises par les employeurs et les salariés, mais les travailleurs indépendants et les employeurs prennent des décisions concernant la retraite dans un contexte que même les consultants experts en la matière peinent à suivre. Avant d'évoquer les changements récents issus de la nouvelle réforme, il est donc nécessaire de revenir brièvement sur les traits saillants de la politique menée depuis les dernières réformes, notamment depuis 1999.

37092

ARTICLE  
SAUVIAT (C.)

**États-Unis. La réforme du système complémentaire de retraite en capitalisation : un compromis boiteux.**

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES  
2006/09 ; n° 102 : 21-34, annexes  
Cote Irdes : P177

<http://213.56.65.5/files/publications/chronique%20internationale/c102/c1023.pdf>

Cet article examine la réforme entreprise du système de retraite complémentaire en capitalisation des salariés du secteur privé aux États-Unis.

37107

ARTICLE  
VEIL (M.)

**Allemagne. Retraite à 67 ans : baisse des pensions ou nouvelle culture de travail dans la vieillesse.**

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES  
2007/03 ; n° 105 : 3-17, tabl., graph.  
Cote Irdes : P177  
<http://213.56.65.5/files/publications/chronique%20internationale/c105/c1051.pdf>

Cet article s'intéresse à la décision gouvernementale de reculer l'âge de la retraite de 65 à 67 ans en Allemagne. Cette réforme a donné lieu à de vives controverses non seulement parmi les partis politiques et les experts, mais aussi au sein de la population, dans les syndicats et dans les organisations patronales. Les débats contradictoires menés en amont de la réforme touchent à des questions fondamentales qui sont examinées ici.

37108

ARTICLE  
HEGE (A.), MATH (A.)

**Italie. Les nouvelles réformes des retraites.**

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES  
2007/03 ; n° 105 : 18-31, tabl.  
Cote Irdes : P177

<http://213.56.65.5/files/publications/chronique%20internationale/c105/c1052.pdf>

Cet article examine le processus de réforme des retraites entamé par le gouvernement Prodi en Italie.

37632

FASCICULE  
CORNILLEAU (G.), STERDYNIK (H.)  
Observatoire Français des Conjonctures  
Economiques. (O.F.C.E.). Paris

**Retraites, les rendez-vous de 2008.**

LETTRE DE L'OFCE  
2008/04/11 ; vol. : n° 297 : 8p., 3 tab.  
Cote Irdes : P105

L'année 2008 verra plusieurs rendez-vous importants pour l'avenir des retraites. Les décisions prises seront cruciales pour la mise en oeuvre de la réforme de 2003. La France adoptera-t-elle une solution de consensus social ou restera-t-elle sur une stratégie choisie par le seul gouvernement, sans réelle implication des partenaires sociaux ? Cinq points

devront être clarifiés : — L'allongement de la durée de cotisation requise de 40 à 41 ans doit être décidé en 2008 pour être appliqué de 2009 à 2012 au rythme d'un trimestre par an. Le gouvernement peut décider de repousser cette période. La loi prévoit aussi que soit revu le dispositif de retraites anticipées. Quel est le bilan des politiques visant à prolonger la durée d'activité des seniors ? — Les négociations entre partenaires sociaux sur la prise en compte de la pénibilité n'ont toujours pas abouti. Leur aboutissement faciliterait la négociation sur l'allongement des carrières. Faut-il des dispositifs spécifiques pour les travailleurs ayant eu des conditions de travail difficiles ? — La loi prévoit l'organisation d'une conférence tripartite pour décider d'une éventuelle revalorisation des pensions du régime général. L'objectif d'un minimum contributif garanti de 85% du SMIC net devra être réexaminé. Le gouvernement s'est engagé à revaloriser le minimum vieillesse. Plus généralement, c'est l'évolution des pensions par rapport aux salaires qu'il faudra discuter. Faut-il maintenir la perspective d'une baisse tendancielle des pensions par rapport aux salaires ? — Parallèlement, la négociation dans les régimes complémentaires devrait fixer les évolutions des prestations dans les cinq années à venir. La baisse tendancielle du rendement des régimes complémentaires sera-t-elle prolongée ? — Enfin, il faudra faire un bilan de la situation financière des régimes. Le financement du système de retraite est-il assuré ?

37853

ARTICLE  
KHASKHOUSI (T.), LANGOT (F.)

***La proximité de l'âge de la retraite : quels effets sur l'accumulation du capital humain et sur la recherche d'emploi.***

REVUE ECONOMIQUE  
2008/05 ; vol. 59 : n° 3 : 641-652, tabl., graph.

Cote Irdes : P57

Cet article montre que la distance à l'âge du taux plein de la retraite est un facteur explicatif non seulement du faible retour en emploi des seniors, mais aussi de leur faible investissement en formation. Ce point donne un nouveau rendement aux politiques incitatives de recul de l'âge de la retraite : allonger l'horizon d'activité incite à mieux se former et cette revalorisation du travail accroît les gains de la reprise d'emploi.

38215

FASCICULE  
AOUICI (S.), CARILLON (S.), METTE (C.)  
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.  
(C.N.A.V.). Paris. FRA

***Les motivations de départ à la retraite.***

LES CAHIERS DE LA CNAV

2008/05 ; n° 1 : 56p.

Cote Irdes : B6498

[http://www.cnnav.fr/5etude/f\\_cahier\\_cnnav.htm](http://www.cnnav.fr/5etude/f_cahier_cnnav.htm)

Afin de mieux comprendre les facteurs influençant la décision de l'âge de départ en retraite, dans le contexte actuel, la Cnav a réalisé, en juillet 2007, une enquête qui avait pour objectif de mieux cerner les motivations explicites et implicites qui orientent le choix de l'âge auquel les salariés veulent prendre leur retraite. Prolongeant les enquêtes réalisées en 2005 et 2006, cette nouvelle étude s'inscrit dans une réelle volonté de la Cnav d'apporter des réponses effectives et adaptées aux attentes des assurés.

38223

ARTICLE  
MONPERRUS-VERONI (P.), STERDYNIK (H.)

***Faut-il réformer les pensions de réversion ?***

LETTRE DE L'OFCE

2008/05/28 ; n° 300 : 4p.; 3 tab.

Cote Irdes : P105

En France, chaque régime de retraite a une réglementation différente en matière de pension de réversion. Cette disparité est source d'injustice. La réforme des retraites de 2003 prévoyait la fusion des pensions de réversion et de l'allocation de veuvage. Le rendez-vous de 2008 devrait remettre en cause cette fusion et augmenter les pensions de réversion les plus faibles, mais sans repenser le système. Ne faudrait-il pas une réforme plus profonde qui uniformiserait les pensions de réversion en les calculant selon des principes équitables et économiquement justifiables, s'interroge l'OFCE qui émet plusieurs propositions en ce sens.

38399

ARTICLE  
LEFEBVRE (M.)

**Les effets redistributifs des systèmes de retraite en Europe.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2008/06/18 ; n° 2950 : 23-31, 4 tab., 4 graph.

Cote Irdes : P100

A partir des données internationales fournies par la base du Luxembourg Income Study, cet article s'interroge sur les effets redistributifs des régimes de pensions en Europe. Il montre qu'ils sont assez différents d'un pays à l'autre. Les systèmes bismarckiens semblent ainsi plus généreux en moyenne et davantage redistributifs que les systèmes beveridgiens. De même, si la situation des plus de 65 ans s'améliore nettement à partir du moment où ils touchent des pensions, le manque d'indexation de ces transferts sur le coût de la vie entraîne un appauvrissement progressif au fur et à mesure que l'on vieillit. Cet article reproduit partiellement un article paru dans la Revue française d'économie en octobre 2007 (volume XXII, n° 2.).

38400

ARTICLE  
BOZIO (A.), PIKETTY (T.)

**Pour un refonte générale des régimes de retraites en France.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2008/06/18 ; n° 2950 : 32-39

Cote Irdes : P100

Cet article est une reproduction partielle d'un document publié conjointement par l'Institute for Fiscal Studies et l'École d'économie de Paris, et accessible à l'adresse : [www.jourdan.ens.fr/piketty](http://www.jourdan.ens.fr/piketty), et intitulé : Retraites : pour un système de comptes individuels de cotisations – Propositions pour une refonte générale des systèmes de retraite en France.

## Alcoolisme

37336

ARTICLE  
KIRITZE-TOPOR (P.)

**Conduites d'alcoolisation : du risque à la dépendance. Repérage et intervention brève en médecine générale.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/01 ; vol. 4 : n° 1 : 26-32, tabl.

Cote Irdes : P198

L'« alcoolisme », soit toutes les pathologies liées à la consommation d'alcool et dont la dépendance n'est qu'un des aspects, est responsable d'environ 45 000 décès annuels en France. Que peut-on alors attendre du système de santé primaire, dont le médecin généraliste, devenu médecin traitant pour une majorité de Français, est l'élément le plus sollicité, pour prévenir une mortalité prématurée évitable, majoritairement masculine, réduire la morbidité alcoolique en repérant les consommateurs à risque immédiat ou différé pour leur santé et enfin permettre aux alcoolodépendants d'accéder plus rapidement aux soins ? Un repérage large, voire systématique, est-il réalisable dans un contexte difficile où la réduction du nombre des médecins généralistes et les tâches multiples qui leur sont demandées réduisent leur temps d'écoute, de relationnel ? Une formation spécifique est-elle nécessaire ?

## Asthme

39112

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

**Asthme : Une maîtrise encore insuffisante de la maladie pour de nombreux patients : L'Assurance maladie lance un programme d'accompagnement innovant.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/06/05 ; 13p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Asthme.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Asthme.pdf)

L'asthme constitue dans notre pays un enjeu de santé publique important : il s'agit d'une pathologie fréquente, dont les conséquences

peuvent être graves (environ 1 000 décès chaque année). Un nombre important de malades vit avec des symptômes quotidiens et une qualité de vie dégradée. L'étude de l'Assurance Maladie révèle aussi que la prise en charge thérapeutique des patients asthmatiques est pour partie inadaptée et qu'elle reste à améliorer. La loi de Santé Publique du 9 août 2004 et le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques ont fait de l'asthme une priorité. Face aux progrès à réaliser dans le contrôle de l'asthme, l'Assurance Maladie s'engage aux côtés des patients et des professionnels de santé.

## ► **Cancers**

36489

ARTICLE

LONGUET (M.), SOUQUES (M.)

***Vingt-cinq ans de dépistage des cancers du côlon dans le Service de prévention et dépistage des tumeurs de la ville de Paris.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/07-09 ; vol. 38 : n° 3 : 177-185

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_colon.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depistage_du_cancer_du_colon.pdf)

L'objectif de cet article est d'analyser 25 ans de pratique de dépistage du cancer colorectal (CCR) par le test Hemoccult II dans le service de prévention et dépistage des tumeurs de la ville de Paris.

## ► **Éducation thérapeutique**

36246

ARTICLE

BOURDILLON (F.), GRIMALDI (A.)

***Éducation thérapeutique du patient ou disease management.***

SANTE PUBLIQUE

2007/07-08 ; n° 4 : 267-268

Cote Irdes : C, P143

Depuis quelques années, il existe une prise de conscience de l'importance de la prise en charge des maladies chroniques. Au-delà de leur diagnostic et du traitement à mettre en oeuvre, on s'accorde à penser qu'il est important que les patients comprennent leur maladie et leur traitement et concilient leur projet de vie avec les contraintes de leur maladie

et celles de leur traitement. De nombreuses études montrent les bénéfices d'une stratégie d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie, la réduction du nombre de complications, la diminution du nombre d'hospitalisations. L'observance thérapeutique est meilleure et les exigences hygiéno-diététiques mieux prise en compte. La question qui est posée est celle de l'intégration durable de l'éducation thérapeutique du patient dans notre système de santé. Les uns proposent le renforcement des dispositifs et des structures d'éducation thérapeutique existants, des modes de rémunération forfaitaire, et une harmonisation des modes de financement. Les autres jugent que le système de santé actuel n'est pas adapté et proposent de s'inspirer d'exemples anglo-saxons appeler «*chronic care model*» et suggèrent l'expérimentation de programme de «*disease management*».

36247

ARTICLE

LACROIX (A.), GRENIER (B.),  
BOURDILLON (F.), et al.

***Éducation thérapeutique.***

SANTE PUBLIQUE

2007/07-08 ; n° 4 : 269-340, tabl.

Cote Irdes : C, P143

Ce numéro de santé publique est consacré à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), preuve s'il en est que ce champ de recherches et de pratiques est dorénavant pleinement reconnu pour sa contribution au développement de la santé publique. En même temps que paraît ce numéro, la Haute Autorité de santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé diffusent leur guide méthodologique pour la structuration des programmes d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques dont certaines parties servent de recommandations professionnelles. Il s'agit donc d'une véritable reconnaissance du travail effectué depuis de nombreuses années par les professionnels de santé - en particulier les cliniciens - qui ont su modifier leurs pratiques médicales et de soins, transformer leur relation avec les patients et changer l'organisation des structures de soins à l'aune des recherches sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Cependant, cette reconnaissance n'est pas suffisante en soi pour permettre à l'ETP de prendre place dans une organisation de soins. Plusieurs conditions sont nécessaires qu'il est possible d'identifier à la lecture des différents articles qui constituent ce dossier. Tout d'abord, la reconnaissance nécessite

une intégration durable dans le système de soins. Ainsi François Baudier et Gilles Leboube estiment que l'ETP et le «*Disease Management*» «DM» ne sont pas incompatibles même si les deux approches ne se réfèrent pas aux mêmes concepts.

36248

ARTICLE  
LACROIX (A.)

***Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ?***

*Éducation thérapeutique.*

SANTE PUBLIQUE

2007/07-08 ; n° 4 : 271-281

Cote Irdes : C, P143

L'éducation thérapeutique s'est progressivement développée depuis une vingtaine d'années. D'intuitive et empirique, elle connaît actuellement une réelle structuration qui se veut garante d'efficacité. Les offres de formation à cette nouvelle dimension du soin aux malades accueillent de nombreux personnels qui se destinent à cette pratique. Les paramédicaux y sont nettement majoritaires en tant que principaux acteurs. Les référentiels théoriques les plus diffusés s'inspirent essentiellement de modèles psychopédagogiques censés favoriser le développement des savoirs et des apprentissages de gestion du traitement au détriment d'une approche clinique fondée sur la relation. Ce texte propose une réflexion critique des modèles et des thématiques proposés ainsi que des perspectives innovantes.

36250

ARTICLE  
GRENIER (B.), BOURDILLON (F.),  
GAGNAYRE (R.)

***Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins.***

*Éducation thérapeutique.*

SANTE PUBLIQUE

2007/07-08 ; n° 4 : 293-301, tabl.

Cote Irdes : C, P143

L'important développement de l'éducation thérapeutique du patient amène, en regard de la disparité du dispositif de soins actuel, la nécessité de considérer un ensemble de propositions visant à intégrer durablement cette activité dans l'environnement de santé français. Ces propositions tiennent compte des

valeurs fondatrices de l'éducation thérapeutique et des spécificités de la prise en charge des maladies chroniques. Elles s'appuient sur les exemples pratiques récents de structures reconnues pour leur activité en éducation thérapeutique ; elles visent à favoriser la mise en réseau, à faciliter l'intervention des professionnels de santé quelles que soient les modalités d'exercice. Cet ensemble de propositions a pour objectif d'enrichir les réflexions actuelles portant sur la valorisation financière de l'éducation thérapeutique du patient.

36254

ARTICLE  
BAUDIER (F.), LÉBOUBE (G.)

***Éducation thérapeutique du patient et disease management : pour une 3e voie "à la française" ?***

*Éducation thérapeutique.*

SANTE PUBLIQUE

2007/07-08 ; n° 4 : 335-340

Cote Irdes : C, P143

Il y a un peu plus de dix ans, les auteurs étaient quelques-uns à penser que le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) était un enjeu majeur pour améliorer l'offre de santé dans notre pays et la qualité de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. C'est au sein du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), actuel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), que les auteurs agissent dans ce sens auprès des institutions, syndicats ou sociétés savantes concernés. Les échos étaient positifs mais une certaine prudence était affichée pour un domaine encore mal identifié entre «soins» et «prévention».

## Maladies cardiovasculaires

36486

ARTICLE  
MOURET-VERDINI (C.), PENFORNIS (F.),  
MARCHAL (J.), BAUDIER (F.), SCHMITT (B.)

***La prévention secondaire de la maladie coronarienne en Franche-Comté.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/04-06 ; vol. 38 : n° 2 : 129-138

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/prevention\\_coronarienne.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/prevention_coronarienne.pdf)

Les auteurs ont analysé la prise en charge hygiéno-diététique et thérapeutique des patients atteints de pathologie coronarienne, pour envisager la mise en place d'actions correctives. Ils ont conclu que les pratiques de prévention secondaire de la maladie coronarienne en Franche-Comté n'étaient pas optimales. Outre une meilleure couverture médicalemente, il est indispensable d'améliorer la prise en charge diététique, d'augmenter le taux de sevrage tabagique, tout en encourageant l'exercice physique.

## ► Santé bucco-dentaire

37360

FASCICULE

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

### **Des premiers résultats positifs pour le nouveau programme de prévention bucco-dentaire M'T dents.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/03/13 ; 11p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Point\\_d\\_etape\\_MT\\_dents.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_d_etape_MT_dents.pdf)

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) présente dans ce dossier de presse les premiers résultats positifs pour le nouveau programme de prévention bucco-dentaire M'T dents lancé en 2007 dans le cadre du Plan ministériel de prévention bucco-dentaire. Six mois après son lancement, ce nouveau programme enregistre un taux de participation global de 24 % (et même 27 % chez les enfants de 6 ans), alors qu'il ne dépassait pas 18% avec le précédent dispositif (Bilan Bucco-Dentaire). Il montre toute son utilité car plus d'un tiers des enfants et jeunes ayant bénéficié d'un examen de prévention a eu besoin de soins consécutifs. Toutefois, ces premiers résultats, bien que positifs, doivent s'améliorer : l'enjeu est aujourd'hui d'augmenter le taux de participation au programme en 2008, pour la tranche d'âge des 6 ans, de 5 points, à 32 %.

## ► Asthme

36949

ARTICLE

LAFORST (L.), COM-RUELLE (L.), DEVOUASSOUX (G.), PISON (C.), VAN GANSE (E.)  
I.R.D.E.S.

### **Enjeux économiques de l'asthme sévère.**

PRESSE MEDICALE (LA)

2008/01 ; vol. 37 : n° 1 : 117-128

Cote Irdes : R1676, P180

<http://www.masson.fr/masson/portal/editorialproduct/ARTICLE.pdf?CodeRevue=PM&ProductCode=100&PathXML=REVUE/PM/2008/37/1-C2/ARTICLE11992809278.xml&path=REVUE/PM/2008/37/1-C2/07006045/main.pdf>

Cet article fait un point sur les coûts engendrés par l'asthme sévère voire par l'asthme réfractaire, au travers d'une revue de littérature, avec un intérêt particulier sur les données de la littérature française. Enfin, les auteurs envisagent les moyens de diminuer ces coûts.

## ► Coût de la maladie

YABROFF (K. R.), MARIOTTO (A. B.), FEUER (E.), BROWN (M. L.)

### **Projections of the costs associated with colorectal cancer care in the United States, 2000-2020.**

*Données prospectives sur les coûts associés au cancer colorectal aux États-Unis : 2000-2020*

HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 17 : n° 8 : 947-959.

Cote Irdes : P173

Because of aging trends in the US, the number of prevalent colorectal cancer patients is expected to increase. We projected economic burden to the Medicare program and its beneficiaries through the year 2020. Burden was estimated for the initial phase of care, the period following diagnosis, the last year of life, and the continuing phase. Projected burden was evaluated with varying assumptions about incidence, survival, and costs of care. Estimated costs of care in 2000 in the initial, continuing, and last year of life phases of care were approximately \$3.18 billion, \$1.68 billion, and \$2.63 billion, respectively. By the year 2020 under the 'fixed' current incidence, survival, and cost scenario, projected costs

for the initial, continuing, and last year of life phases were \$4.75 billion, \$2.63 billion, and \$4.05 billion. Under the current trends scenario (decreasing incidence, improving survival, and increasing costs), costs were \$5.19 billion, \$3.57 billion, and \$5.27 billion. By the year 2020, estimated costs of colorectal cancer care among individuals aged 65 and older increased by 53% in the fixed scenario and by 89% in the current trends scenario. The future economic burden of colorectal cancer to the Medicare program and its beneficiaries in the US will be substantial.

## ► Dépenses pharmaceutiques

37346

FASCICULE

SABBAN (C.), COURTOIS (J.)

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

### **Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments.**

POINTS DE REPERE

2007/12 ; n° 12 : 8p., 7 tabl., 3 graph.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_12.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_12.pdf)

Cette étude apporte un éclairage comparatif avec quatre de nos voisins (Allemagne, Royaume-Uni, Espagne et Italie) sur 8 classes de médicaments représentant 30 % du volume global de consommation de médicaments en France et près de 40 % des dépenses totales de médicaments (soit 8 milliards d'euros de dépenses remboursées par l'Assurance Maladie en 2006).

37362

FASCICULE

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

### **Dépenses de médicaments en 2007 : quels sont les principaux moteurs de la croissance ?**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/03/13 ; vol. : n° : 9p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Note\\_croissance\\_medicaments\\_2007.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Note_croissance_medicaments_2007.pdf)

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) analyse, dans ce dossier de presse, les dépenses 2007 du poste médicament à travers les résultats d'une étude destinée à mieux comprendre les principaux moteurs de la croissance des médicaments. Ainsi, l'année dernière, les dépenses de médicaments ont progressé de 4,8 %, un taux 2 fois moins élevé qu'en 2001 mais en forte reprise par rapport à 2006. Cette croissance est principalement tirée par les médicaments de spécialités pour les pathologies lourdes (cancers, sclérose en plaques, sida, polyarthrite rhumatoïde...), souvent très chers. Autre poste important de dépenses, les vaccins affichent une croissance de 17,5 % sur la période, portée par les lancements de Gardasil et de Prevenar. Les médicaments des pathologies chroniques ou aiguës enregistrent des hausses plus modérées. Les molécules récentes représentent, quant à elles, l'équivalent de 85 % de la hausse enregistrée en 2007. Et «45 % de ces dépenses supplémentaires concernent des molécules qui ne présentent pas ou peu d'amélioration du service médical rendu (ASMR 4 et 5)». Selon la CNAMTS, ces résultats témoignent d'une tendance particulièrement prononcée en France : le report des prescriptions vers les médicaments les plus récents au détriment des molécules les plus anciennes et souvent génériques. Enfin, le poids des prescriptions des médecins hospitaliers est également important. Celles-ci représentent «près de la moitié (49 %) de la croissance des dépenses de médicaments en ville», que ces prescriptions soient délivrées par l'hôpital (rétrocession) ou dans une officine libérale (sortie de réserve hospitalière).

## ► Etudes prospectives

HARTWIG (J.)

### **What drives health care expenditure?-- Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited.**

*Qu'est-ce qui conduit les dépenses de santé ? Révision du modèle Baumol de " croissance déséquilibrée ".*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 3 : 603-623.

Cote Irdes : P79

The share of health care expenditure in GDP rises rapidly in virtually all OECD countries, causing increasing concern among politicians and the general public. Yet, economists have to date failed to reach an agreement on what

the main determinants of this development are. This paper revisits Baumol's [Baumol, W.J., 1967. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *American Economic Review* 57 (3), 415-426] model of 'unbalanced growth', showing that the latter offers a ready explanation for the observed inexorable rise in health care expenditure. The main implication of Baumol's model in this context is that health care expenditure is driven by wage increases in excess of productivity growth. This hypothesis is tested empirically using data from a panel of 19 OECD countries. Our tests yield robust evidence in favor of Baumol's theory.

KEEHAN (S.), SISKO (A.), TRUFFER (C.), SMITH (S.), COWAN (C.), POISAL (J.), CLEMENS (M. K.)

***Health spending projections through 2017: the baby-boom generation is coming to Medicare.***

*Projections des dépenses de santé jusqu'en 2017 : la génération du baby-boom arrive au Médicare.*

HEALTH AFFAIRS

2008 : vol. 27 : n° 2 : w145-w155.

Cote Irdes : P95

The outlook for national health spending calls for continued steady growth. Spending growth is projected to be 6.7 percent in 2007, similar to its rate in 2006. Average annual growth over the projection period is expected to be 6.7 percent. Slower growth in private spending toward the end of the period is expected to be offset by stronger growth in public spending. The health share of gross domestic product (GDP) is expected to increase to 16.3 percent in 2007 and then rise throughout the projection period, reaching 19.5 percent of GDP by 2017.

## ► Fraudes

37842

ARTICLE, INTERNET

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

***Prestations sociales, de la lutte contre la fraude au paiement à bon droit.***

NOTE DE VEILLE (LA)

2008 ; n° 98 : 8p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille98.pdf>

Les pouvoirs publics français ont donné au cours des dernières années une nouvelle impulsion à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Ce nouvel élan est une réponse aux contraintes financières rencontrées par le système de protection sociale, mais reflète plus généralement une évolution de l'opinion publique. Les pratiques étrangères sont très diverses en la matière. Leur analyse révèle l'intérêt à intégrer la lutte contre la fraude aux prestations dans un dispositif plus large de promotion de la qualité de leur versement : le paiement « à bon droit ». À l'occasion de la mise en place de la Délégation nationale de la lutte contre les fraudes, cette note évalue les atouts d'une telle approche et imagine comment elle pourrait être mise en oeuvre.

## ► Hypertension

38656

ARTICLE

TIBI-LEVY (Y.), POUVOURVILLE (G. de), WESTERLOPPE (J.), BAMBERGER (M.)

***The cost of treating high blood pressure in general practice in France.***

*Le coût du traitement de l'hypertension artérielle en médecine générale.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/08 ; vol. 9 : n° 3 : 229-236, 7 tabl.

Cote Irdes : P151

In this study, the cost of having high blood pressure treated by French general practitioners was estimated, using an analysis of the computerized records for 28,015 patients with either hypertension or history of hypertension over three years. Costs due to visits, drugs, and complementary tests were included. The average annual cost of treatment was 597€ (SD 377€). The annual average cost of drugs was 447€, and antihypertensive drugs 258€. The average annual cost of patients who were controlled throughout the period was 537€, patients who were normalized cost 595€, and patients who deteriorated cost 612€.



## ► Maîtrise des dépenses

37086

ARTICLE  
VOLOVITCH (P.)

### ***Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ?***

REVUE DE L'IRES (LA)

2006/02 ; n° 51 : 3-24

Cote Irdes : P178

Les dépenses de santé, du fait de leur poids dans le PIB, de l'évolution prévisible de ce poids, et du niveau nécessairement élevé de leur mutualisation ne peuvent laisser les économistes indifférents. Dans le même temps, la spécificité du domaine de la santé, la forte demande d'égalité, la prééminence reconnue aux seuls professionnels, font que l'introduction du raisonnement économique dans le champ des dépenses de santé se heurte à de fortes réticences. Quelles ont été les différentes formes d'introduction de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie au cours des vingt dernières années ? Pourquoi certains domaines relevant pourtant de l'économie (nombre de professionnels, revenus...) n'ont-ils pas ou peu été explorés ? Apparaît alors ce que nous appelons une «inversion des priorités». Des domaines où la collectivité est forte sont délaissés, tandis que la collectivité s'aventure dans des domaines où sa légitimité est moins forte. Cet article tente de montrer que cette inversion des priorités s'articule avec l'état de l'organisation des rapports entre professionnels et pouvoirs publics. La construction d'un acteur collectif fort du côté des professionnels devient alors une condition pour une utilisation de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie.

## ► Vieillesse

37526

ARTICLE  
DORMONT (B.), GRIGNON (M.), HUBER (H.)

### ***Health expenditures growth : reassessing the threat of aging.***

*La croissance des dépenses de santé : ré-évaluer la menace du vieillissement.*

HEALTH ECONOMICS

2006 ; vol. 15 : n° 9 : 947-963, tabl.

Cote Irdes : P173

In this paper, we evaluate the respective effects of demographic change, changes in morbidity and changes in practices on growth in health care expenditures. We use micro-data, i.e. representative samples of 3441 and 5003 French individuals observed in 1992 and 2000. Our data provide detailed information about morbidity and allow us to observe three components of expenditures: ambulatory care, pharmaceutical and hospital expenditures. We propose an original microsimulation method to identify the components of the drift observed between 1992 and 2000 in the health expenditure age profile. On the one hand, we find empirical evidence of health improvement at a given age: changes in morbidity induce a downward drift of the profile. On the other hand, the drift due to changes in practices is upward and sizeable. Detailed analysis attributes most of this drift to technological innovation. After applying our results at the macroeconomic level, we find that the rise in health care expenditures due to ageing is relatively small. The impact of changes in practices is 3.8 times larger. Furthermore, changes in morbidity induce savings which more than offset the increase in spending due to population ageing.

## INDICATEURS DE SANTÉ

### ► Accidents de la vie domestique

36590

ARTICLE  
ERMANEL (C.), THELOT (B.), JOUGLA (E.), PAVILLON (G.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de Décès. (C.E.P.I.D.C.). Le Vésinet. FRA

### ***Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004.***

Numéro thématique : épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/10/02 ; n° 37-38 : 318-322, tabl., fig., stat.

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37\\_38/beh\\_37\\_38\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/beh_37_38_2007.pdf)

L'objectif de ce travail est de mesurer et de caractériser les décès par accident de la vie courante (AcVC) en France de 2000 à 2004. Les résultats ont été établis à partir d'une liste «accidents» issue des Causes externes de traumatismes de la Classification internationale des maladies, dixième révision, et exprimés en effectifs, en taux bruts et en taux standardisés sur l'âge. En 2004, il y a eu 18 548 décès par AcVC en France métropolitaine (taux brut de 30,6/100 000). Une surmortalité masculine a été trouvée, de 32,5/100 000 chez les hommes versus 19,0/100 000 chez les femmes (rapport hommes/femmes de taux de mortalité=1,7). Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus après l'âge de 74 ans. Les chutes (11,9/100 000), les suffocations (3,6/100 000), les noyades (1,5/100 000), les intoxications (1,3/100 000) et les accidents par le feu (0,70/100 000) ont été les principaux AcVC. On a enregistré une tendance à la diminution du taux de mortalité par AcVC entre 2000 et 2004, surtout chez les moins de 15 ans. Discussion - Les AcVC restent une cause importante de décès en France. La mesure des décès par AcVC reste entachée d'incertitudes liées au manque de précision de la certification et aux limites de la Classification internationale des maladies utilisée pour le codage des décès. De nombreux décès pourraient probablement être évités par des mesures de prévention et de réglementation adaptées (Résumé d'auteur).

38951

ARTICLE  
DALICHAMPT (M.), THELOT (B.)

***Les accidents de la vie courante selon l'Enquête décennale Santé 2002-2003 : premiers résultats.***

*État de santé. Quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale Santé.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2008/01-03 ; n° 1 : 71-79, fig., tabl.

Cote Irdes : C, P59

L'Enquête décennale Santé 2002-2003 permet d'étudier l'incidence des accidents de la vie courante (AcVC) à travers le problème de santé déclaré, et non le recours aux soins, habituellement utilisé dans d'autres enquêtes transversales. L'étude du lien entre les facteurs sociodémographiques et la survenue ou

non d'un AcVC a montré que chez les adultes de plus de 20 ans, plus le niveau d'études de l'enquêté était élevé, plus le risque de survenue d'AcVC augmentait. En revanche, chez les jeunes de moins de 20 ans, la survenue d'un AcVC n'apparaissait pas liée au niveau socio-économique du chef de famille, mais davantage à l'environnement familial, avec un risque moindre chez les jeunes vivants dans une famille nombreuse.

## D Asthme

38666

ARTICLE  
LLOYD (A.), DOYLE (S.), DEWILDE (S.),  
TURK (F.)

***Preferences and utilities for the symptoms of moderate to severe allergic asthma.***

*Préférences et utilités pour le symptôme des asthmes allergiques modéré à sévère.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2008/08 ; vol. 9 : n° 3 : 275-284, 1 fig., 5 tabl.

Cote Irdes : P151

Patients with moderate to severe allergic asthma have persistent poorly controlled asthma despite inhaled or systemic corticosteroid therapy. New therapies are becoming more widely available to treat such patients, but their value needs to be formally assessed in an economic evaluation. Within a publicly funded health care system such an analysis should reflect societal preferences when measuring treatment benefits. The aim of this study was to elicit societal preferences for the symptom burden associated with moderate to severe allergic asthma. Existing daily symptom diary data from a clinical trial were used to develop health state descriptions for evaluation in a standard gamble interview. Five health states were produced that reflected five distinct levels of control ranging from 'complete control of asthma' to 'worsening of asthma', as defined by another outcome measure. The symptom diary data were also used as attributes in a discrete choice experiment (DCE) to estimate willingness to pay for improvements in symptoms. Members of the general public (n = 101) completed the interview. Thirteen participants failed the consistency checks and were excluded from the analysis. Societal utility ratings for the health states ranged from 0.71 (worsening of asthma) to 0.78 (complete control of asthma). The participants were also willing to pay £160 a month for the avoidance of all

symptoms. Conclusions The range of utility values (0.71–0.78) demonstrates the severity of moderate to severe allergic asthma. However the spread of scores between complete control of asthma and worsening of asthma was lower than was expected. The community sample placed only a moderate value on the avoidance of all asthma symptoms in the DCE survey. The results suggest that the community sample may not have fully understood the benefits of control over asthma symptoms and the limitations such symptoms can impose on everyday life.

## ► Cancers

36488

ARTICLE

VIALARET (K.), VIDAL (P.), LECADET (J.),  
BARIS (B.)

**Cancer du sein : suivi à dix ans d'une  
cohorte de patientes admises en affection de  
longue durée en 1994.**

PRATIQUES ET ORGANISATION DES  
SOINS

2007/07-09 ; vol. 38 : n° 3 : 169-176, tabl.

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/docu-  
ments/Cohorte\\_cancer\\_du\\_sein.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cohorte_cancer_du_sein.pdf)

En 1994, en Auvergne, l'ensemble des patientes affiliées au régime général ayant fait l'objet d'une déclaration d'ALD pour cancer du sein a été inclus dans une cohorte. Le devenir de ces patientes a été suivi lorsque cela était possible jusqu'en 2004. Les résultats présentés rappellent les principales caractéristiques cliniques et thérapeutiques initiales et ils évaluent la survie globale et par stade TNM (tumeur, ganglion, métastase) retrouvée à 1,5 et 10 ans des patientes incluses dans cette cohorte.

37307

ARTICLE

ALLEMAND (H.), SERADOUR (B.), WEILL  
(A.), RICORDEAU (P.)

**Baisse de l'incidence des cancers du sein  
en 2005 et 2006 en France : un phénomène  
paradoxal.**

BULLETIN DU CANCER

2008 ; vol. 95 : n° 1 : 11-15, 2 fig.

Cote Irdes : c, INI 1313

[http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communi-  
qués/cancer\\_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf](http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf)

Une étude de l'Institut national de lutte contre le cancer (INCa), publiée dans le Bulletin du cancer, a mesuré l'évolution du nombre d'affections de longue durée (ALD) du cancer du sein de 2000 à 2006. La reconnaissance et l'attribution des ALD qui concernent les maladies de plus de six mois impliquant un suivi et des soins prolongés et qui donnent accès à une prise en charge à 100%, sont un bon indicateur de l'incidence des cancers. L'étude a également relevé les variations du dépistage mammographique et des consommations des traitements hormonaux de la ménopause (THM) sur cette période. Une corrélation a été observée entre la baisse des traitements hormonaux substitutifs, de 60% de 2002 à 2004 et une baisse des déclarations d'ALD, de 6% entre 2004 et 2005 et 5,3 entre 2005 et 2006. Le nombre de dépistages organisés du cancer du sein a, quant à lui, augmenté de 335% entre 2000 et 2006. Le lien de causalité entre consommation de THM et cancers du sein n'est aujourd'hui pas démontré, mais aucune hypothèse alternative ne peut actuellement apporter une autre explication.

## ► Causes de décès

36311

ARTICLE

AOUBA (A.), PEQUIGNOT (F.), LE TOLLEC  
(A.), JOUGLA (E.)

Institut National de la Santé et de la  
Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Centre  
d'épidémiologie sur les Causes Médicales de  
Décès. (C.E.P.I.D.C.). Le Vesinet. FRA

**Les causes médicales de décès en France  
en 2004 et leur évolution 1980-2004.**

*Numéro thématique : surveillance  
épidémiologique des causes de décès en  
France.*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/09/18 ; n° 35-36 : 308-314, tabl., stat.,  
fig.

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/35\\_36/  
beh\\_35\\_36\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/35_36/beh_35_36_2007.pdf)

Cet article présente les caractéristiques des principales causes des décès survenus au cours de l'année 2004 en France métropolitaine et décrit leur évolution récente (2000-2004) et à plus long terme (1980-2004). Les données sont issues de la base nationale des causes médicales de décès, élaborées annuellement par le CépiDc-Inserm. Les dif-

férentes causes sont codées et catégorisées selon la Classification internationale des maladies. Extraite de la liste européenne établie par Eurostat, une sélection, prenant en compte des grands groupes de pathologies et des pathologies individualisées en raison de leur importance en santé publique, a été utilisée pour l'analyse. L'étude est menée sur la cause initiale de décès. Les indicateurs pris en compte sont les effectifs, les taux de décès bruts et standardisés par âge, les ratios de surmortalité et les coefficients de variation. En 2004, 509 408 décès toutes causes sont survenus en France métropolitaine. Le taux standardisé de mortalité correspondant est de 750,1/100 000 habitants. Le cancer est, pour la première fois, la cause de décès la plus fréquente devant les maladies cardiovasculaires et les accidents. Cette hiérarchie des causes varie selon le sexe et l'âge. Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires arrivent en tête. Quel que soit le sexe, chez les 15-24 ans, les morts violentes (accident de transport et suicide) sont les causes de décès les plus fréquentes. Chez les hommes, la première cause de décès est le suicide entre 25 et 44 ans et le cancer du poumon de 45 à 64 ans. Chez les femmes, les tumeurs prédominent dès 25-44 ans et le cancer du sein est la première cause de décès entre 45 et 64 ans. A partir de 65 ans, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes. La plupart des taux de décès régressent dans le temps. Entre 2000 et 2004, les accidents de transport ont fortement diminué mais le suicide a stagné et, pour les femmes, le cancer du poumon a considérablement augmenté. Ces données indiquent une tendance à la diminution des taux de décès qui s'est renforcée depuis 2000 ainsi qu'une évolution de la structure des causes avec en particulier une progression du poids des pathologies cancéreuses. Dans ce contexte général, certaines causes ont une évolution contrastée, notamment les suicides qui ne régressent pas ou le cancer du poumon et la maladie d'Alzheimer qui progressent (Résumé d'auteur).

## ► Maladies chroniques

37901

FASCICULE, INTERNET

KUPERSMITH (J.), WEISS (K. B.), WHITTLE (J.), et al.

### ***Managing Complexity in Chronic Care.***

*Gérer les maladies chroniques complexes*

JOURNAL OF GENERAL INTERNAL  
MEDICINE

2007/12 ; vol. 22 : suppl. 3 : 373-444

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.springerlink.com/content/h3228117ph81/?p=71f8ba8257c047cc83a067170edd32f4&pj=19>

Ce numéro spécial du Journal of General Internal Medicine est consacré aux maladies chroniques complexes. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence de plusieurs maladies chroniques chez un même patient sont un défi pour la recherche et l'efficacité des systèmes de santé et des soins. La modélisation «de la complexité» des polyopathologies et la difficulté des soins «autogérés» sont abordés à travers 12 articles : Managing Patient and System Complexities to Improve the Quality and Outcomes of Chronic Care ; Managing Complexity in Chronic Care: An overview of the VA State-of-the-Art (SOTA) Conference ; Studying Complexity is Complex ; Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity ; Multiple Chronic Conditions : Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs ; What is the Business Case for Improving Care for Patients with Complex Conditions ? ; Mortality Rate in Veterans with Multiple Chronic Conditions ; Chronic Illness with Complexity: Implications for Performance Measurement of Optimal Glycemic Control ; The Challenges of Multimorbidity from the Patient Perspective ; Information Technology to Support Improved Care For Chronic Illness ; Applying Systems Engineering Principles in Improving Health Care Delivery ; Patients with Complex Chronic Diseases: Perspectives on Supporting Self-Management.

38794

FASCICULE

CAZALE (L.), DIMITRU (V.)

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).

Direction Santé Québec. Québec. CAN

**Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.**

ZOOM SANTE

2008/03 ; 4p., 3 fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR\\_zoom\\_sante2008H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_zoom_sante2008H00F00.pdf)

Cet article de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) porte sur sept maladies chroniques ayant une prévalence élevée ou un impact important sur les services de santé. La prévalence du nombre de ces maladies est présentée selon l'âge, le sexe et le revenu ainsi qu'en fonction des limitations d'activités. Le lien avec l'utilisation des services de santé est également examiné. De plus, une analyse temporelle est faite ainsi que des comparaisons entre le Québec et le reste du Canada.

## Maladies rares

37414

FASCICULE

Orphanet. Paris. FRA

**Prévalence des maladies rares en Europe : une enquête bibliographique.**

CAHIERS D'ORPHANET (LES)

2008/02 ; n° 2 : 43p., tabl.

Cote Irdes : B6430

[http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Prevalence\\_des\\_maladies\\_rares.pdf](http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Prevalence_des_maladies_rares.pdf)

Une étude systématique de la littérature est réalisée afin d'estimer la prévalence des maladies rares en Europe. Un rapport actualisé est publié régulièrement et remplace la version précédente. Cette mise à jour 2008 intègre les nouvelles données épidémiologiques mais également les modifications des données déjà présentes qui évoluent en fonction des nouvelles informations scientifiques disponibles. Plusieurs sources d'informations sont utilisées : les serveurs d'informations sur Internet comme Orphanet, e-medicine, Geneclinics, EMEA et OMIM ; une interrogation de Medline ; des ouvrages médicaux, littérature grise et rapports d'experts constituent également une source importante de données. Les prévalences indiquées correspondent aux

moyennes des estimations la plus haute et la plus basse. Lorsque l'incidence est la seule donnée disponible, la prévalence est calculée. La prévalence exacte de chaque maladie rare est difficile à obtenir à partir des ressources disponibles. En effet, les études sont hétérogènes quant à leur méthodologie ou celle-ci est insuffisamment renseignée. Il existe souvent une confusion entre incidence et prévalence et/ou entre incidence à la naissance et incidence dans la population générale. La validité et l'exactitude des données publiées ne sont pas vérifiées. Il est vraisemblable que l'estimation de la prévalence donnée soit surestimée. En effet, les études épidémiologiques sont généralement réalisées dans des régions à forte prévalence et sont basées sur des données issues d'établissements hospitaliers. Ainsi, les estimations renseignées dans ce document permettent d'avoir une idée de la prévalence probable mais ne peuvent être tenues comme absolument exactes.

37416

FASCICULE

Orphanet. Paris. FRA

**Vivre avec une maladie rare en France : aides et prestations.**

CAHIERS D'ORPHANET (LES)

2007/06 ; n° 6 : 28p., tabl., index

Cote Irdes : B6428

[http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Vivre\\_avec\\_une\\_maladie\\_rare\\_en\\_France.pdf](http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Vivre_avec_une_maladie_rare_en_France.pdf)

Les personnes atteintes de maladies rares sont souvent atteintes de maladies chroniques et invalidantes. Récemment, les lois relatives à l'Assurance Maladie et à la politique de santé publique, et tout particulièrement la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ont considérablement modifié l'environnement des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005 a pour axe central le plan personnalisé de compensation. Il a pour but de répondre aux besoins de la personne handicapée en fonction de son projet de vie, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des places en établissement spécialisé... Les personnes handicapées peuvent aujourd'hui bénéficier d'aides financières et humaines, afin que leur évolution dans la société (activités quotidiennes, scolarisation, insertion professionnelle, socialisation, culture, sport) soit la plus proche possible de celle

d'une personne valide. Elles sont listées et décrites dans le présent document.

## ► Mortalité maternelle

37692

ARTICLE

**Mortalité maternelle : encore trop élevée.**

REVUE PRESCRIRE

2008/05 ; n° 395 : 382-383

Cote Irdes : P80

La mortalité maternelle baisse en France, mais a encore touché 173 femmes pendant la période 2000-2002. Selon une étude portant sur 141 décès maternels, environ la moitié de ces décès auraient été évitables. La césarienne est un facteur de risque de mortalité maternelle, même en l'absence de pathologie de la grossesse.

## ► Obésité

38267

ARTICLE

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

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

**Obésité, santé et comportements.**

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2007/09 ; n° 43 : 12p.

Cote Irdes : En ligne

[http://argses.free.fr/textes/43\\_obesite\\_et\\_demographie.pdf](http://argses.free.fr/textes/43_obesite_et_demographie.pdf)

Cet article met en évidence la relation entre l'indice de masse corporelle et l'état de santé, plus dégradé aussi bien pour les personnes maigres que pour les personnes en surpoids ou obèses. Les limites pour déterminer les classes de corpulence à partir de l'état de santé sont différentes pour les hommes et les femmes. Avec l'avancée en âge, la corpulence augmente, et plus rapidement pour les hommes que pour les femmes. Cette croissance est plus forte pour les générations les plus jeunes que pour les plus anciennes. La proportion de femmes obèses augmente avec le nombre d'enfants. L'obésité actuelle est fortement liée à l'obésité à 20 ans. Parmi les facteurs sociaux liés à l'obésité, la profession ou l'ancienne profession joue un grand rôle ; les ouvriers qualifiés ou non et les employés de commerce femmes ont en moyenne une plus forte corpulence et les cadres supérieurs,

une moins forte. Le veuvage est associé à une plus forte corpulence. La naissance en dehors de l'Europe est liée à une moins forte corpulence pour les hommes. L'effet des variables sociales est plus accentué pour les femmes que pour les hommes, contrairement à ce que l'on observe habituellement pour la mortalité. Face à l'obésité les femmes réagissent plus souvent que les hommes en suivant un régime alimentaire et les hommes en pratiquant un sport. Le tabagisme est associé à une plus faible corpulence. Les données proviennent de l'enquête santé soins médicaux 1970-2003 et de l'enquête santé soins protection sociale 1998-2003.

38268

ARTICLE

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

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

**Taille, poids, surpoids, obésité.**

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2006/08 ; n° 42 : 23p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://argses.free.fr/textes/29\\_ob%20sit%20et\\_d%20mographie.pdf](http://argses.free.fr/textes/29_ob%20sit%20et_d%20mographie.pdf)

A partir de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), on étudie, dans une première partie, l'évolution au cours du temps de la taille, du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC). Cette évolution, au cours du temps, peut être comprise de deux manières : pour les mêmes personnes lorsqu'elles vieillissent ou d'une génération à l'autre. En 12 ans, pour les hommes comme pour les femmes, la taille des mêmes personnes reste stable, alors qu'elle augmente d'une génération à l'autre. Au cours de la même période, le poids augmente, pour les mêmes personnes comme pour les générations. En conséquence, l'IMC augmente dans les deux cas. Dans une deuxième partie, après avoir présenté un indicateur de l'état de santé, on montre que l'état de santé est plus dégradé lorsque l'IMC s'éloigne des valeurs centrales (IMC à état de santé optimal) ; ces valeurs centrales sont inférieures pour les femmes ( $18 < \text{IMC} < 23$ ) que pour les hommes ( $21 < \text{IMC} < 25$ ). La santé des hommes est plus perturbée par la maigreur que celle des femmes, alors que c'est l'inverse pour le surpoids. La relation entre l'IMC et l'état de santé ne se modifie pas dans le temps (12 ans d'observation) ; elle est indépendante de la taille ; la dégradation de l'état de santé du fait d'un IMC trop élevé est plus importante chez les personnes âgées que chez les adul-

tes jeunes. Dans une troisième partie, on voit que le tabagisme est lié à un moindre IMC pour les deux sexes ; l'IMC des anciens fumeurs est supérieur à celui des abstinents, alors que celui des anciennes fumeuses, proche de celui des fumeuses, est inférieur à celui des abstinents. Pour les hommes comme pour les femmes et pour toutes des valeurs d'IMC, l'état de santé des anciens fumeurs est plus dégradé que celui des fumeurs (cause ou effet ?) lui-même moins favorable que celui des non fumeurs.

38786

ARTICLE  
BARALDI (R.), CARDIN (J.F.), DIMITRU (V.)  
MONGEAU (L.)  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).  
Direction Santé Québec. Québec. CAN

***L'embonpoint et l'obésité chez les jeunes Québécois de 12 à 17 ans : Que révèlent des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ?***

ZOOM SANTE

2007/06 ; 6-9, 3 tabl., 1 fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom\\_sante\\_juin07.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_juin07.pdf)

Cet article s'inscrit dans la foulée de cette volonté de mieux comprendre le phénomène de l'augmentation de l'obésité et de l'embonpoint chez les jeunes. Il présente une synthèse des résultats basés sur l'indice de masse corporelle des jeunes de 12 à 17 ans, à partir de données d'enquêtes canadiennes récentes incluant des données québécoises. Les prévalences de l'embonpoint et de l'obésité sont d'abord examinées chez les jeunes Québécois puis elles sont comparées avec celles observées chez les jeunes Canadiens à l'aide des données mesurées. Des comparaisons entre garçons et filles et entre les 12-14 ans et les 15-17 ans sont également effectuées, lorsque la taille de l'échantillon le permet. Enfin, l'analyse permet d'aborder la question de la valeur de l'IMC chez les jeunes lorsque celui-ci repose sur des données autodéclarées plutôt que sur des mesures directes (Résumé d'auteur).

38787

ARTICLE  
AUDET (N.)  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).  
Direction Santé Québec. Québec. CAN

***L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes.***

ZOOM SANTE

2007/06 ; 1-5, 2 tabl., 2 fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom\\_sante\\_juin07.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_juin07.pdf)

Cet article présente l'évolution de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes québécois au cours des 15 dernières années. Les données de l'IMC sont analysées selon le sexe, le groupe d'âge et la scolarité. La distribution des valeurs continues de l'IMC ainsi que leur évolution dans le temps sont présentées. De plus, une comparaison des données mesurées avec les données autodéclarées est faite à l'aide des données d'enquête. Finalement, une brève analyse de la concordance entre les données autodéclarées et les données mesurées est effectuée avec les données de l'EQSC de 1990 qui offrent des résultats pour les deux types de mesures chez les mêmes personnes (Résumé d'auteur).

## ► Santé mentale

38789

FASCICULE  
BORDELEAU (M.), TRAORE (I.)  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).  
Direction Santé Québec. Québec. CAN

***Santé générale, santé mentale et stress au Québec : Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.***

ZOOM SANTE

2007/06 ; 4p., 1 tabl., 3 fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom\\_sante\\_juin07\\_stress.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_juin07_stress.pdf)

La perception de la santé est un indicateur fiable et valide du fonctionnement physique et mental utilisé dans plusieurs enquêtes socio-sanitaires à travers le monde et qui présente l'avantage de pouvoir être appliqué à l'ensemble de la population. Quatre indicateurs de santé perçue sont abordés dans cet article,

soit l'auto-évaluation de la santé générale, l'auto-évaluation de la santé mentale, la perception du stress dans la vie quotidienne ainsi que celui ressenti au travail. Des comparaisons entre le Québec et les autres provinces y sont discutées ainsi que les liens entre ces indicateurs. Des analyses réalisées à partir de la population québécoise et portant sur des facteurs personnels tels que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité et le revenu sont également présentées. Une analyse temporelle des quatre indicateurs de santé perçue est également faite. Les données présentées proviennent des trois premiers cycles généraux de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dont l'enquête réalisée en 2005 qui fournit les données les plus récentes disponibles (Résumé d'auteur).

## ► Santé perçue

PROBST (J. C.), WANG (J. Y.), MOORE (C. G.), POWELL (M. P.), MARTIN (A. B.)

### ***Continuity of health insurance coverage and perceived health at age 40.***

*Continuité de la couverture maladie et la santé perçue à 40 ans*

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW  
2008 : vol. 65 : n° 4 : 450-477.

Cote Irdes : P182

While a lack of health insurance or interrupted coverage has been shown to lead to poorer health status among preretirement populations, this phenomenon has not been examined among a large population of younger, working-age adults. We analyzed a nationally representative data set of persons born between 1957 and 1961, the National Longitudinal Survey of Youth-1979, to examine the links between insurance continuity and self-assessed physical and mental health at age 40. Among respondents turning 40 in 1998 or 2000, 59.8% had been continuously insured during the decade before they reached age 40. In unadjusted analysis, persons who were continuously covered had the highest scores for both physical and mental health. After controlling for respondent characteristics, insurance coverage was not significantly associated with perceived physical or mental health.

## ► Sida

37183

ARTICLE

NARDONE (A.)

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

### ***L'infection à VIH à travers l'Europe.***

*Numéro thématique - L'infection à VIH/sida en France et en Europe.*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/11/27 ; n° 46-47 : 398-400, fig., tabl., rés., carte

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/46\\_47/beh\\_46\\_47.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/46_47/beh_46_47.pdf)

L'infection à VIH reste un enjeu majeur de santé publique dans plusieurs pays européens. Le programme EuroHIV est responsable de la coordination de la surveillance du VIH/sida pour l'ensemble des 53 pays de la Région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). A partir de 2008, il sera transféré à l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) à Stockholm, Suède. Méthode - Des données standardisées et anonymes sur les nouveaux diagnostics VIH sont recueillies chaque année auprès des responsables nationaux de la surveillance du VIH/sida des 53 pays européens de la Région Europe de l'OMS. Parmi les 27 pays de l'Union européenne (UE) et trois pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE), 28 avaient mis en place des systèmes nationaux de surveillance du VIH avant la fin de 2006. Résultats - En 2006, 27 259 nouveaux cas de VIH ont été déclarés parmi ces 28 pays de l'UE et de l'AELE, représentant un taux de 67,7 cas par million d'habitants. La majorité des cas concernent des hommes (66%) et 11% des cas ont été diagnostiqués chez des personnes âgées de 15 à 24 ans. Parmi les cas VIH déclarés en 2006, la contamination par rapports hétérosexuels représente le pourcentage le plus élevé (42%) ; 29% ont été infectés lors des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 7% par injection de drogues. Conclusion - Les données de la surveillance du VIH sont essentielles pour suivre l'épidémie et évaluer les politiques de santé publique. La création de l'ECDC, qui a pour mandat le contrôle des maladies infectieuses dans l'UE, est une réelle opportunité pour promouvoir une politique de prévention du VIH à l'échelle européenne (Résumé d'auteur).



## D Travail et santé

37323

ARTICLE

GUPTA (N. D.), KRISTENSEN (N.)

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

*Satisfaction de l'environnement de travail et état de santé des employés : données issues d'une enquête de panel menée au Danemark, en France et en Espagne, 1994-2001.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/01 ; vol. 9 : n° 1 : 51-61, tabl., fig.

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.

37353

ARTICLE

EICHANBAUM-VOLINE (S.), MALAVOLTI (L.), PARAPONARIS (A.), VENTELOU (B.)

**Cancer et activité professionnelle.**

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/01 ; n° 104 : 105-134, tabl., graph.

Cote Irdes : P120

Cet article évalue l'impact du cancer sur l'activité professionnelle en estimant des matrices de transition comparées entre les différents états d'occupation professionnelle. Les données sont issues de deux enquêtes : l'enquête Emploi de l'Insee et l'enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes

d'une maladie longue et chronique réalisée auprès d'un échantillon de personnes prises en charge à 100 % en septembre ou octobre 2002, au titre d'une affection de longue durée en France (CREES – Inserm U379).

37547

ARTICLE

JUSOT (F.), KLAT (M.), ROCHEREAU (T.), SERMET (C.)

**Job loss from poor health, smoking and obesity : a national prospective survey in France.**

*Perte d'emploi pour mauvais état de santé, tabagisme et obésité : une enquête prospective nationale en France*

JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH

2008/04 ; vol. 62 : n° 4 : 332-337

Cote Irdes : R1702

<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/62/4/332>

37964

ARTICLE

CHAUPAIN-GUILLOT (S.), GUILLOT (O.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2007 ; n° 408-409 : 45-80, tabl., graph.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/Ecostat\\_B.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_B.pdf)

D'après les chiffres de la dernière vague d'enquête française du Panel européen des ménages, réalisée à l'automne 2001, un salarié sur dix a été au moins un jour absent de son travail, pour raisons de santé ou non, au cours des quatre dernières semaines. Durant la période 1994-2001, cette proportion a peu varié. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à s'absenter. Ce constat vaut pour l'ensemble des absences comme pour les seuls arrêts maladie. Toutefois, s'agissant du nombre d'épisodes de maladie ou du nombre total de jours de maladie au cours des douze derniers mois, il n'y a guère de différence entre hommes et femmes. Pour analyser les effets des caractéristiques individuelles sur la probabilité d'absence au travail, séparément chez les hommes et chez les femmes, des régressions sur données en coupe (2001) et sur données longitudinales (1998-2001) ont

été mises en œuvre. Trois facteurs ont un rôle déterminant : l'état de santé, le degré de satisfaction dans l'emploi et, chez les femmes, les contraintes de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Dans le cas des hommes, on observe une relation négative entre le salaire horaire estimé et la probabilité d'avoir été en arrêt maladie, à un moment ou un autre, durant les douze derniers mois. Chez les femmes, en revanche, la probabilité d'absence ne semble guère dépendre du niveau de rémunération.

## PERSONNES ÂGÉES

### ► Prise en charge médico-sociale

38676

FASCICULE

MOUQUET (M.C.), OBERLIN (P.)

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

**Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030.**

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2008 ; n° 4 : 119p., tabl., ann.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200804.pdf>

Le vieillissement de la population française entraînera-t-il une augmentation du recours aux soins et notamment à l'hôpital ? Doit-on craindre un blocage de l'ensemble du système hospitalier si des changements d'organisation et de pratiques n'intervenaient pas ? Afin d'évaluer l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, la DREES, à la demande de la DHOS, a réuni en 2007 un groupe d'experts des disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées. Ce groupe a étudié trois scénarios d'évolution possibles. L'analyse rétrospective comme prospective montre qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO. Cependant, les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Enfin, certaines

questions demeurent comme par exemple la poursuite de la progression actuelle de l'espérance de vie en bonne santé. Le concept consensuel qu'il existe une limite à la durée de la vie modèrera naturellement l'intensification dans les soins aux plus âgés.

### ► Réseaux gérontologiques

36829

ARTICLE

FARGEON (V.), BRUNAT (M.)

**Les réseaux de santé, quelle évaluation ? Éléments d'analyse à partir d'un réseau de santé gérontologique.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/07 ; vol. 25 : n° 4 : 193-206, tabl., rés.

Cote Irdes : P85

L'organisation des prises en charge sanitaires et sociales et les réorganisations des relations entre prestataires de services sont un enjeu important des systèmes de santé. Les réseaux de santé sont apparus en France comme une voie à explorer et à promouvoir pour soutenir ces transformations. Cet article analyse, à partir d'une expérience de réseau de santé gérontologique, l'intérêt d'une évaluation inspirée de l'évaluation des politiques publiques. Une telle démarche permet de rendre compte des difficultés de définition du produit ou des attendus du réseau de santé et de la nature du réseau de santé comme espace d'action collective et d'expérimentation sociale et ainsi d'apprécier sa cohérence, son acceptabilité et sa pertinence (Résumé d'auteur).

### ► Soins informels

HANAOKA (C.), NORTON (E. C.)

**Informal and formal care for elderly persons: how adult children's characteristics affect the use of formal care in Japan.**

*Soins informels et formels dispensés aux personnes âgées : comment les caractéristiques des enfants adultes affectent-elles le recours aux soins formels au Japon*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2008 : vol. 67 : n° 6 : 1002-1008.

Cote Irdes : P103

Informal care by adult children remains the most common source of caregiving for elderly parents in Japan, even after the introduction of long-term care insurance in 2000. We es-

timate how the potential supply of child caregivers affects the use of formal care of elderly parents, focusing on the differences across children. We find that the effects of children's presence vary substantially with gender, marital status, and opportunity costs of children. The potential supply of daughters-in-law, as the traditional source of informal care, is less important in providing care than that of unmarried children. The opportunity costs of children make a difference in the use of formal long-term care.

## GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

### D Alcoolisme

37215

FASCICULE

COM-RUELLE (L.), DOURGNON (P.),

JUSOT (F.), LENGAGNE (P.)

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

#### **Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2008/01 ; n° 129 : 6p.

Cote Irdes : QES 129

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf>

En France, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique, concerne surtout les hommes : plus de quatre hommes sur dix et plus d'une femme sur dix. Entre 25 et 64 ans, il touche un homme sur deux. Ces comportements sont moins fréquents chez les personnes vivant au sein d'une famille, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque. Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socioéconomiques sont contrastés. Chez les femmes, le risque n'est patent que pour les cadres alors que chez les hommes, il touche aussi bien les ouvriers que les cadres, mais moins fréquemment les employés. Le risque est plus souvent chronique que ponctuel chez les personnes ayant connu des épisodes de précarité au cours de leur vie, chez les hommes exerçant une profession intermédiaire, chez les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, ainsi que chez les hommes ayant des revenus faibles. La non-consommation, quant à elle, se concentre dans les catégories les moins aisées. Ces résultats

sont issus d'une étude en population générale qui distingue pour la première fois en France les modes de consommation d'alcool à risque, la consommation modérée et la non-consommation.

37326

ARTICLE

BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.)

#### **Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005.**

PRESSE MEDICALE (LA)

2008/02 ; vol. 37 : n° 2 : 207-215 tabl., graph.

Cote Irdes : P180

A partir des données du baromètre santé 2005, cet article analyse la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis, puis les liens entre niveau de consommation de cannabis et usages d'autres drogues.

37483

FASCICULE

COM-RUELLE (L.), CHOQUET (M.), WEILL

(J.) et al.

SAINT-BLANQUAT (G.) / préf.

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

#### **Les Français et l'alcool : évolutions sur un an (Observatoire Ireb 2007).**

FOCUS ALCOOLOGIE

2008 ; n° 13 : 32p.

Cote Irdes : P62, R1700, R1700 bis

<http://www.ireb.com/publications/focus/Focus%20n13.pdf>

L'Observatoire Ireb sur les Français et l'alcool se fonde sur une enquête conduite auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 18 ans et plus. Il vise à dresser un état de l'opinion, des connaissances et des attitudes des Français à l'égard de l'alcool. Réalisé annuellement, il permet de mesurer des évolutions pouvant avoir une influence sur les comportements de consommation. Les résultats de la deuxième édition de l'Observatoire Ireb confirment les enseignements déjà observés en 2006, à savoir que les connaissances des Français sur l'alcool restent très approximatives, qu'il s'agisse des conséquences de l'abus sur la santé ou des repères de consommation. Ceci n'empêche pas nos concitoyens d'être sensibilisés à certains risques et notamment le risque routier. Par rap-

port à l'édition précédente, les idées fausses sur l'évolution de la consommation d'alcool en France persistent, la difficulté à parler des problèmes d'alcool est un peu plus marquée que dans le précédent baromètre et la vente d'alcool aux jeunes de moins de 16 ans est plus souvent citée comme étant un problème qu'en 2006. Cette année, une nouvelle question a été posée sur la mémorisation et les effets du message sanitaire figurant depuis plus de quinze ans sur toutes les publicités pour des boissons alcoolisées : L'abus d'alcool est dangereux pour la santé. A consommer avec modération.

## ► Étrangers

37170

ARTICLE

LERT (F.), MELCHIOR (M.), VILLE (I.)

***Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003).***

Limitations fonctionnelles et surpoids chez les immigrés dans l'enquête Histoire de Vie (Insee, 2003).

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/12 ; vol. 55 : n° 6 : 391-400, tabl., graph.

Cote Irdes : P11

En France, les données épidémiologiques sur la population immigrée sont d'autant plus limitées que la caractérisation des immigrés est considérée comme un enjeu très sensible. L'enquête Histoire de Vie permet de décrire plusieurs caractéristiques de la notion d'immigration et leur association avec deux indicateurs de santé. Les limitations dans la réalisation des activités quotidiennes pour raison de santé et le surpoids (indice de masse corporelle BMI=25 kg/m<sup>2</sup>) ont été étudiés parmi les 18-64 ans par une standardisation indirecte sur l'âge. Quatre catégorisations ont été effectuées pour rendre compte de la situation d'immigration : ces définitions ont trait à la notion de parcours migratoire de l'interviewé et de ses parents, de nationalité, d'origine géographique, de langue (s) parlée (s) en famille. Les analyses ont été réalisées par sexe, sur l'ensemble de l'échantillon et séparément par catégorie socioprofessionnelle (PCS) (élevées et basses). L'analyse des limitations d'activité a été répétée en excluant les personnes dont la limitation est survenue avant 19 ans, âge moyen de l'immigration, pour examiner l'hypothèse d'un effet de sélection à l'émigration.

Concernant les limitations d'activité, on observe un excès de risque chez les hommes nés en/ou ayant au moins un parent né en Europe, et un risque réduit chez les personnes nées/ou ayant au moins un parent né hors d'Europe, différences qui se maintiennent lorsque le statut social est pris en compte. Chez les femmes, on observe une tendance en faveur d'un moindre risque dans les PCS faibles pour les femmes immigrées à l'âge adulte, les étrangères, les non européennes. Les résultats sur la population sans limitation d'activité à 19 ans ne suggèrent pas de biais de sélection. La fréquence d'un BMI supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> ne diffère pas entre les hommes français et ceux nés à l'étranger, tandis que le risque de surpoids est majoré chez les femmes nées à l'étranger, arrivées à l'âge adulte, en particulier celles de faible statut social, à l'exception des femmes arrivées en France dans l'enfance ou des filles de la deuxième génération. Les résultats témoignent d'une hétérogénéité de l'association entre immigration et santé qui recouvrent des processus multiples et différents selon le sexe ; la deuxième génération semble avoir pour les indicateurs étudiés des résultats proches de ceux des français nés de parents eux-mêmes nés en France. D'autres études sont nécessaires pour élargir l'éventail des indicateurs de santé. · l'avenir, les études de santé en population devraient recueillir les informations nécessaires pour permettre une bonne caractérisation de la population immigrée (Résumé d'auteur).

38269

ARTICLE

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

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

***Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger.***

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2006/09 ; n° 41 : 23p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://argses.free.fr/textes/41\\_Morb\\_et\\_CM\\_etran-gers\\_2006.pdf](http://argses.free.fr/textes/41_Morb_et_CM_etran-gers_2006.pdf)

Peu de données nationales sont disponibles sur la situation sanitaire et médicale des étrangers en France ; cet article cherche à regrouper les informations qui pourraient être mobilisées sur ce thème. Au cours des dernières décennies, le groupe des personnes étrangères en France, s'est renouvelé, certains rentrant chez eux ou acquérant la nationalité française, de nouveaux venus rejoignant cette population. Les données disponibles proviennent essentielle-

ment d'enquêtes effectuées auprès des ménages ou relevées dans les dossiers de Sécurité sociale. Ces données sont éloignées dans le temps (1970, 1980, 1991, 2003) et, sur de si longs intervalles, l'origine géographique des étrangers s'est modifiée : les changements observés résultent simultanément de ces modifications et des évolutions de la situation sanitaire de chacun des groupes qui constituent la population des étrangers. En dépit des marges d'incertitude des conclusions qu'on peut tirer d'enquêtes, soit par l'insuffisante représentativité des échantillons, soit par les lacunes des données relevées, on peut penser que globalement, l'état de santé des étrangers ne se distingue pas de manière importante de celle des Français. Cependant ils souffrent un peu plus souvent que les Français de maladies longues et coûteuses, d'accidents et de maladies professionnelles et d'invalidité. Un tiers d'entre eux ne sont pas protégés par une couverture complémentaire. Leur consommation médicale est surtout caractérisée par un faible appel aux soins dentaires et un grand recours à l'hospitalisation.

38796

FASCICULE

NANHOU (V.), AUDET (N.)

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).

Direction Santé Québec. Québec. CAN

**Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.**

ZOOM SANTE

2008/06 ; n° : 4p., 1 tabl., 2 fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom\\_sante\\_juin08.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_juin08.pdf)

Le présent bulletin a pour objectif de dresser un portrait de santé des immigrants du Québec en comparaison avec les Canadiens de naissance résidant au Québec. Pour ce faire, des caractéristiques liées à la santé ont été retenues, soit des indicateurs de l'état de santé, d'utilisation des services de santé et d'autres relatifs aux habitudes de vie.

38830

FASCICULE

DOURGNON (P.), JUSOT (F.), SERMET (C.), SILVA (J.)

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

FRA

**La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2008/07 ; n° 133 : 1-6

Cote Irdes : Qes 133

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>

Selon les données de l'Enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France. Les conditions socioéconomiques dégradées de ces populations expliquent en partie leur plus mauvaise santé perçue. Mais on observe également des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liées au niveau de développement de ces derniers. Ainsi, les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, suggérant un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé. Les personnes originaires des pays les plus pauvres déclarent également un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, ce qui peut s'expliquer par une sélection à la migration plus marquée dans ces pays. Enfin, il ne semble pas y avoir de différence d'état de santé entre les immigrés étrangers et ceux ayant été naturalisés.

## Étudiants

37523

FASCICULE, INTERNET

Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'azur. (O.R.S.P.A.C.A.).

Marseille. FRA

**Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Rhône-Alpes Côte d'Azur.**

REPÈRE SANTE : BULLETIN REGIONAL SUR LA SANTE DE LA POPULATION REGIONALE PACA

2007 ; n° 14 : 6p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.fil-social.com/IMG/pdf/RP\\_Sante\\_Etudiants.pdf](http://www.fil-social.com/IMG/pdf/RP_Sante_Etudiants.pdf)

La vie étudiante constitue une période de changement, essentielle du point de vue du rapport à la santé : c'est à la fin de l'adolescen-

ce que se prennent certaines habitudes, tant en ce qui concerne les comportements à risques que les pratiques positives vis-à-vis de la santé et du recours aux soins. L'observatoire régional de la santé Paca a mené une étude sur cette population particulièrement sensible. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 25 % des étudiants en première année d'université fument quotidiennement. Les consommations régulières d'alcool et de cannabis sont moins fréquentes, mais 31 % des garçons et 17 % des filles déclarent une ivresse au moins une fois dans le mois précédant l'enquête. Les habitudes alimentaires des étudiants s'écartent des recommandations du programme national nutrition santé : moins d'un étudiant sur 6 déclare consommer quotidiennement au moins 5 fruits ou légumes. La maigreur est plus fréquente chez les étudiantes (16 %) que chez les étudiants (6 %). Elle constitue une alerte sur la possibilité de troubles de l'alimentation. Enfin, 14 % des garçons sont en surpoids ou obèses (9 % chez les filles). Actuellement, les pratiques sexuelles à risque persistent, voire reprennent : chez les étudiants ayant des partenaires sexuels occasionnels, 19 % des garçons et 31 % des filles n'utilisent pas le préservatif systématiquement ; 3 % des étudiantes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse au cours de leur vie. Enfin, 26 % des étudiants exprime une souffrance psychologique : ceux-ci consomment des médicaments psychotropes huit fois plus souvent que les autres ; 3 % déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

38722

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

***Deux étudiants du supérieur sur dix ont un emploi : le premier en lien avec ses études et l'autre pas.***

INSEE PREMIERE  
2008/07 ; n° 1204 : 1-4, 2 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172  
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1204/ip1204.pdf>

En moyenne sur 2004-2006, 2,1 millions de jeunes suivent des études dans le supérieur et 19,2 % d'entre eux cumulent emploi et études. La moitié des étudiants du supérieur qui travaillent exercent une activité prévue par leurs études (stages, apprentissage) ou qui en est très proche (emplois « pré-insérés »). Un tiers

d'entre eux occupent un emploi régulier sur l'année sans lien avec leur niveau de qualification ou leur domaine d'études. Ces emplois, sont ici qualifiés d'attente, d'appoint ou de concurrents, selon les conditions d'exercice. Ils sont d'autant plus fréquents que les étudiants sont âgés et autonomes. Enfin, 20 % des étudiants qui travaillent, ont un emploi occasionnel, notamment pendant les vacances d'été.

## ► Illétrisme

38792

FASCICULE  
BERNECHE (F.), TRAORE (I.)  
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).  
Direction Santé Québec. Québec. CAN

***Y a-t-il un lien entre la littératie et la santé ?  
Ce que montrent les résultats de l'Enquête  
internationale sur l'alphabétisation et les  
compétences des adultes, 2003.***

ZOOM SANTE  
2007/11 ; n° : 4p., 1 tabl., 2 fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger  
[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom\\_sante\\_litteratie\\_nov07.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_litteratie_nov07.pdf)

La littératie peut être définie comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités ». En 2003, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) a permis de mesurer les compétences des personnes de 16 ans et plus dans divers domaines liés à la littératie. En 2006, l'Institut de la statistique du Québec a publié le rapport québécois de l'EIACA, lequel analyse différents facteurs liés aux compétences en littératie ; l'éducation, le travail, la formation, le contexte socioculturel et les technologies de l'information y sont abordés. Cet article vise à poursuivre l'analyse des compétences en littératie au Québec par la prise en compte de facteurs touchant la santé. Les données sur l'état de santé physique et mentale des répondants proviennent du questionnaire de base de l'EIACA. Après une brève description des mesures utilisées, un profil général de la population de 16 à 65 ans est dressé. Suivent une analyse des compétences en littératie selon l'état de santé physique et une comparaison des résultats entre provinces. Pour terminer, un examen de la situation particulière des personnes âgées est présenté (Résumé d'auteur).

## ► Inégalités de santé

37309

ARTICLE  
DE BOYSER (K.), LEVECQUE (K.),  
VRANKEN (J.)

***Inégalité sociale dans le domaine de la santé : un historique des réponses politiques fédérales et flamandes.***

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE  
2007 ; vol. 49 : n° 3 : 485-306  
Cote Irdes : P196

L'inégalité sociale au niveau de la santé, de la maladie, de la mortalité et de l'accessibilité des soins de santé est un sujet, qui, au cours des dernières décennies, n'a cessé de bénéficier de l'attention des chercheurs et des politiques. Le présent article donne, après un bref résumé factuel, un aperçu des pistes et des mesures adoptées par les autorités fédérales et flamandes dans une tentative de répondre à cette préoccupation. Bien que l'on ait également démontré en Belgique des inégalités évidentes sur le plan de la santé et de la maladie en fonction du contexte socio-économique, les décideurs politiques se focalisent plutôt sur le terrain qui leur semble plus «transparent» de l'accessibilité financière des soins de santé. Au moyen de certaines mesures générales, structurelles et d'autres mesures plus ciblées (sur des problèmes de santé spécifiques), il s'agit surtout d'éviter que le citoyen moyen ait à faire face à des mesures financières et autres (par exemple, les campagnes préventives de santé) atteignent relativement bien la population, pour les groupes (les plus pauvres) qui nécessitent davantage de soutien, il apparaît malheureusement qu'elles n'apportent pas le soulagement souhaité.

39015

ARTICLE  
GRIGNON (M.), JUSOT (F.)

***Commentaire sur l'article de G. Menvielle et al. « Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès », RESP 2007 ; 55, 97-105.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE  
2008/06 ; vol. 56 : n° 3 : 209-213  
Cote Irdes : C, R1715, P11

39106

ARTICLE  
MENVIELLE (G.), LECLERC (A.),  
CHASTANG (J.F.), LUCE (D.)  
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint  
Maurice. FRA

***Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)  
2008/09/02 ; n° 33 : 289-292, fig., tabl.  
Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh\\_33\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf)

Cet article décrit les inégalités sociales de mortalité par cancer et leur évolution temporelle en France. Les données sont issues de l'Échantillon démographique permanent de l'Insee auquel ont été ajoutées les causes médicales de décès. La situation sociale des individus a été mesurée à l'aide du niveau d'études déclaré aux recensements de 1968, 1975, 1982 et 1990. De fortes inégalités sociales de mortalité par cancer sont observées chez les hommes, en particulier pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Les inégalités sociales sont moins importantes chez les femmes, mais elles sont observées pour l'utérus, l'estomac et le poumon. Les inégalités sociales de mortalité par cancer chez les hommes se sont accrues entre 1968 et 1981, et se sont stabilisées depuis les années 1980. L'augmentation est particulièrement importante pour les cancers des VADS. Chez les femmes, la sous-mortalité par cancer du sein observée au début des années 70 chez les moins diplômées s'est progressivement atténuée pour disparaître à la fin des années 90. Ces résultats soulignent l'ampleur et l'actualité du problème des inégalités sociales de mortalité par cancer en France (Résumé d'auteur).

DEMAKAKOS (P.), NAZROO (J.), BREEZE (E.), MARMOT (M.)

***Socioeconomic status and health: the role of subjective social status.***

*Statut socioéconomique et santé : le rôle du statut social subjectif*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2008; vol. 67 : n° 2 : 330-340.  
Cote Irdes : P103

Studies have suggested that subjective social status (SSS) is an important predictor of health. This study examined the link between

SSS and health in old age and investigated whether SSS mediated the associations between objective indicators of socioeconomic status and health. It used cross-sectional data from the second wave (2004-2005) of the English Longitudinal Study of Ageing, which were collected through personal interviews and nurse visits. The study population consisted of 3368 men and 4065 women aged 52 years or older. The outcome measures included: self-rated health, long-standing illness, depression, hypertension, diabetes, central obesity, high-density lipoprotein cholesterol, triglycerides, fibrinogen, and C-reactive protein. The main independent variable was SSS measured using a scale representing a 10-rung ladder. Wealth, education, and occupational class were employed as covariates along with age and marital status and also, in additional analyses, as the main independent variables. Gender-specific logistic and linear regression analyses were performed. In age-adjusted analyses SSS was related positively to almost all health outcomes. Many of these relationships remained significant after adjustment for covariates. In men, SSS was significantly ( $p < 0.05$ ) related to self-rated health, depression, and long-standing illness after adjustment for all covariates, while its association with fibrinogen became non-significant. In women, after adjusting for all covariates, SSS was significantly associated with self-rated health, depression, long-standing illness, diabetes, and high-density lipoprotein cholesterol, but its associations with central obesity and C-reactive protein became non-significant. Further analysis suggested that SSS mediated fully or partially the associations between education, occupational class and self-reported and clinical health measures. On the contrary, SSS did not mediate wealth's associations with the outcome measures, except those with self-reported health measures. Our results suggest that SSS is an important correlate of health in old age, possibly because of its ability to epitomize life-time achievement and socioeconomic status.

FURNEE (C. A.), GROOT (W.), VAN DEN BRINK (H. M.)

***The health effects of education: a meta-analysis.***

*L'impact de l'éducation sur l'état de santé : une méta-analyse*

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
2008; vol. 18 : n° 4 : 417-421.

Cote Irdes : P167

**BACKGROUND:** There is an abundance of empirical evidence, mainly from the epidemiological and social science literature, on the relation between education and health. Until now a meta-analysis of the relation between education and health was not available. This article presents a meta-analysis of studies that use self-reported health as an outcome variable to quantify the effect of education on health. **METHODS:** Meta-analysis using a random and a fixed-effects model to quantify the marginal effect of education on self-reported health. **RESULTS:** The results of the meta-analysis show that the quality adjusted life years weight (QALYweight) of a year of education is approximately 0.036. Some tentative calculations suggest that the cost-benefit ratio of investments in education on health is highly positive. **CONCLUSION:** For public policy this implies that a more integrated approach to education and health policies should be taken.

GEE (G. C.)

***A multilevel analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status.***

*Une analyse multiniveau de la relation entre l'état de santé et les discriminations raciales institutionnelle et individuelle*

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
2008; vol. 98 : n° 9 Suppl : S48-S56.

Cote Irdes : P36

**OBJECTIVES:** This study examined whether individual (self-perceived) and institutional (segregation and redlining) racial discrimination was associated with poor health status among members of an ethnic group. **METHODS:** Adult respondents ( $n=1503$ ) in the cross-sectional Chinese American Psychiatric Epidemiologic Study were geocoded to the 1990 census and the 1995 Home Mortgage Disclosure Act database. Hierarchical linear modeling assessed the relationship between discrimination and scores on the Medical Outcomes Study Short-Form 36 and revised Symptom Checklist 90 health status measures. **RESULTS:** Individual and institutional measures of racial discrimination were associated with health status after control for acculturation, sex, age, social support, income, health insurance, employment status, education, neighborhood poverty, and housing value. **CONCLUSIONS:** The data support the hypothesis that discrimination at multiple levels influences the health of minority group members.



## ► Pauvreté

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 : 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.

37088

ARTICLE

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

***Un indicateur de mesure de la précarité et de la "santé sociale" : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie.***

REVUE DE L'IRES (LA)

2007/01 ; n° 53 : 3-49, fig., tabl., ann.

Cote Irdes : P178

Cet article s'intéresse aux concepts de santé, santé sociale et précarité. Les résultats présentés et discutés sont issus de la base de données des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance maladie, qui

réalisent quotidiennement des examens de santé systématiques aux assurés du régime général de la Sécurité sociale et à leurs ayant droits. En conséquence les concepts de santé, santé sociale et précarité, sont abordés au niveau individuel, à l'aide des données recueillies sur les consultants du CES. L'objectif de cet article est de décrire une démarche d'évaluation de la pertinence des critères de repérage des personnes en situation de précarité (chômage, RMI...), et de proposer une approche plus globale permettant l'identification de nouvelles populations en situation de vulnérabilité.

37481

ARTICLE

REJEB (J. B.)

***Quantification de la pauvreté permanente sur la base de données non panélisées.***

REVUE ECONOMIQUE

2008/03 ; vol. 59 : n° 3 : 291-306, tabl.

Cote Irdes : P57

La mesure de la pauvreté permanente requiert la construction d'un indicateur de dépense permanente. En l'absence de données de panel, cet article montre que la dépense permanente peut être estimée à partir des données en pseudo-panel, constituées par des cohortes de ménages suivies au travers d'enquêtes quinquennales. Les résultats d'estimation montrent que le poids de l'effet spécifique dans la variance du terme d'erreur est de l'ordre de 44 %. En outre, l'article constate que la pauvreté courante est faiblement corrélée avec la pauvreté permanente.

## ► RMI

38902

FASCICULE

HENNION (M.), NAUZE-FICHET (E.),  
CAZAIN (S.), MIROUSE (I.)

***Le nombre d'allocataires du RMI au 31 mars 2008.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/06 ; n° 642 : 4p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er642.pdf>

Au 31 mars 2008, en métropole et dans les départements d'outre-mer (DOM), 1,13 million de foyers perçoivent le revenu minimum d'insertion (RMI) versé par les caisses d'allocation

tions familiales (CAF). Ce nombre, en données corrigées des variations saisonnières (CVS), a diminué de 1,8% au premier trimestre 2008 et de 6,6% entre mars 2007 et mars 2008. Au 31 mars 2008, plusieurs conseils généraux expérimentent une prestation de revenu de solidarité active (RSA) pour des bénéficiaires du RMI qui reprennent ou poursuivent un emploi. Ainsi, environ 11 000 foyers sont inscrits dans le dispositif RSA, dont 6 000 sont payés au titre du RMI.

## ► Toxicomanie

36307

ARTICLE

EMBERSIN (C.), GREMY (I.)

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

***La consommation de cannabis des jeunes dans la région Ile-de-France : évolution et facteurs associés, 1997-2005.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/09/04 ; n° 34 : 299-301, tabl.

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/34/beh\\_34\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/34/beh_34_2007.pdf)

L'article présente, à partir de deux exploitations régionales d'enquêtes transversales en population générale, les niveaux de la consommation de cannabis des jeunes en Ile-de-France en 2005, les évolutions depuis 1997 et les déterminants de cette consommation, avec l'objectif de repérer les spécificités de la région. Le Baromètre jeunes 97/98 et le Baromètre santé 2005 ont été réalisés en population générale auprès d'échantillons aléatoires représentatifs de la population de la France métropolitaine. Un sur-échantillon francilien de jeunes de 12-25 ans a été réalisé en 2005. Les niveaux de consommation de cannabis sont, en 2005, comparables entre l'Ile-de-France et la province mais les jeunes sont plus nombreux en Ile-de-France qu'en province à avoir un usage problématique de cannabis. A consommations d'alcool et de tabac comparables, les jeunes en Ile-de-France ont un risque plus élevé qu'en province d'avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois. La région Ile-de-France est comparable à la province pour le niveau de consommation de cannabis et pour les déterminants de cette consommation : être un garçon, vivre dans une famille monoparentale ou recomposée, avoir connu des événements familiaux malheureux dans la jeunesse (séparation ou divorce des

parents, maladie du père ou de la mère, etc.). En revanche, l'Ile-de-France est différente de la province compte tenu d'un usage problématique de cannabis plus élevé et d'un risque de consommation de cannabis plus important après ajustement sur la consommation d'alcool et de tabac (Résumé d'auteur).

37193

ARTICLE

SIMMAT DURAND (L.)

Inserm. U 811. Cnrs Umr 8136. Paris. FRA

***Usages de cannabis chez des étudiants d'une université parisienne, France, 2003-2004.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/12/18 ; n° 50 : 422-424, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/50/beh\\_50\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/50/beh_50_2007.pdf)

Les jeunes adultes, en particulier les 18-25 ans, sont peu décrits pour leurs consommations de substances psychoactives en France, encore moins quand ils sont étudiants d'université. Pourtant, l'étude de ces groupes d'âges situés entre l'adolescence, période d'expérimentation des produits - et la vie adulte, avec éventuellement l'ancrage de ces usages dans le quotidien - est indispensable à la compréhension des usages intégrés de ces substances. Méthodes - Un échantillon d'étudiants d'une université parisienne a été enquêté par auto-questionnaire pendant la durée des cours, soit 869 étudiants de première et deuxième année, selon cinq grandes disciplines : médecine, pharmacie, droit, psychologie et sociologie. Résultats - Un étudiant sur deux a déjà expérimenté le cannabis, avec des différences significatives entre les hommes et les femmes, respectivement 55,2% versus 45,7%, selon la section du baccalauréat : 39% des bacs S versus 59% des bacs ES et 63 à 72% des bacs professionnels, et selon les filières d'études universitaires : 25,9% en pharmacie, 37,3% en médecine et 41% en droit contre 72% en sociologie et 65,2% en psychologie. L'âge à l'expérimentation du cannabis est proche de 16 ans, avec des différences significatives selon le baccalauréat d'origine et la profession et catégorie socio-professionnelle du père. Un étudiant sur 3 a consommé du cannabis l'année précédant l'enquête (33,4%), un sur 6 dans le mois écoulé (16,3%) et 13,6% des étudiants ont connu un usage problématique de cannabis au cours de leur vie (Résumé d'auteur).

37357

ARTICLE  
KLINGER (C.)

**Pourquoi le cerveau devient dépendant ?**

RECHERCHE (LA)

2008/03 ; n° 417 : 30-44

Cote Irdes : P128

Loin du « vice » invoqué naguère à propos de l'usage des drogues, l'addiction est bel et bien une maladie neurologique. Les recherches récentes révèlent que la consommation répétée de substances telles que la cocaïne, le tabac, l'héroïne ou l'alcool modifie durablement l'organisation du cortex. Le « circuit de la récompense », à l'origine de l'état de plaisir, est endommagé, et un état de mal-être permanent s'installe. Mais surtout, les zones impliquées dans la prise de décision et dans l'exécution de celles-ci sont atteintes : il devient de plus en plus difficile de contrôler la consommation, qui devient compulsive. Cet article fait une analyse de ce phénomène.

37973

FASCICULE  
TOUFIK (A.), CADET-TAIROU (A.),  
JANSSEN (E.)

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

**Première enquête nationale sur les usagers  
des CAARUD.**

TENDANCES (OFDT)

2008/05 ; vol. : n° 61 : 4p., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxato5.pdf>

Ce numéro de Tendances présente les principaux résultats issus de la première enquête nationale, dite ENa-CAARUD, menée à la fin de l'année 2006 auprès des usagers des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). L'enquête ENa-CAARUD a été menée à la demande du ministère de la Santé dans les 114 structures reconnues comme afin de disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues ayant recours à ce dispositif et contribuer ainsi à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et aux attentes de cette population en difficulté. Les personnes qui fréquentent ces structures de réduction des risques sont, en majorité, des polyusagers de drogues en situation de précarité sociale. Du fait de son

exhaustivité au cours d'une semaine, cette étude est la première enquête nationale qui rend compte, de manière représentative, de la diversité et des modalités de consommation d'une large population de consommateurs actuels de drogues. À terme, la répétition à intervalle régulier de cette enquête devrait faciliter le suivi des tendances en matière de consommation et le repérage des phénomènes émergents.

38396

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

**Cannabis : pas si banal...1re partie : une  
consommation à risques.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008 ; vol. 4 : n° 5 : 213-217

Cote Irdes : P198

Quand on pose aux Français la question : « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », ils citent 8 fois sur 10 le cannabis [1]. Un quart de la population a expérimenté ce « produit » illicite sous forme de marijuana (herbe), résine (haschich) ou huile. Il est la première substance en cause dans les interpellations pour usage et le principal objet du trafic de stupéfiants en France. Il est surtout responsable d'accidents de la route, de certains cancers, de certaines pathologies de l'appareil circulatoire et respiratoire, et de certaines pathologies mentales, soit directement du fait de son principe actif, le D9-THC, soit du fait de substances résultant de sa combustion (goudrons), soit probablement et plus rarement du fait de produits ajoutés au cannabis de manière intentionnelle (coupe) ou involontaire (contaminants).

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Aide sociale

36296

FASCICULE  
MAUGUIN (J.)

**Les disparités départementales en matière  
d'aide sociale.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/10 ; n° 602 : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er602/er602.pdf>

Les départements dotés de compétences accrues en matière d'aide sociale, depuis les lois de décentralisation de 1984, délivrent des prestations et services aux personnes âgées, aux personnes handicapées, des aides à l'enfance et à l'insertion des allocataires du RMI. Ils disposent de marges d'action dont l'ampleur varie selon leurs caractéristiques démographiques, leurs ressources fiscales et leurs priorités en matière d'aide sociale. En 2005, les disparités entre les départements pour les différentes catégories d'aide se sont maintenues sauf pour les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées pour qui elles se réduisent avec des dépenses moyennes également plus homogènes. La richesse des départements en termes de revenu fiscal ou de part de foyers imposables est un des facteurs explicatifs des disparités observées en matière d'aide sociale. D'autres indicateurs comme le taux d'urbanisation, la structure par âge de la population influencent également la détermination de l'aide sociale. Mais l'ensemble de ces facteurs ne suffisent pas à eux seuls à expliquer les différences entre les départements.

38969

FASCICULE  
BAILLEAU (G.), TRESPÉUX (F.)

***Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006.***

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2008/04 ; n° 122 : 107p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat122.pdf>

L'aide sociale, qui relève depuis les lois de décentralisation de 1984 de la compétence des conseils généraux comprend des prestations et services destinés aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de faire face à un état de besoin en raison de la vieillesse, du handicap ou de difficultés sociales. Elle s'exerce dans trois domaines principaux : l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance. La loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation du revenu minimum d'insertion (RMI) et création du revenu minimum d'activité (RMA) a élargi les compétences des départements à celle du versement du RMI aux allocataires, en plus de la responsabilité qu'ils exerçaient déjà en matière d'insertion.

## ► Bourgogne

37691

FASCICULE  
DUMONT (F.)

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.). Dijon. FRA

***Etude des déterminants de l'adhésion des médecins généralistes bourguignons à un réseau de santé de proximité en périnatalité.***

NOTES ET DOCUMENTS

2008/04 ; n° 57 : 68p.

Cote Irdes : P127

Devant la multiplication des initiatives bourguignonnes pour la création de réseaux de santé de proximité en périnatalité, et au-delà du cadre législatif mis en place à partir de la dernière décennie, l'auteur s'interroge sur la raison de l'adhésion par les médecins à un réseau de proximité en périnatalité. Cette étude propose une réponse par l'utilisation d'une approche psycho-sociale. Après une présentation des réseaux de santé de proximité en périnatalité en Bourgogne, les objectifs de l'étude puis la méthodologie sont présentés. La partie suivante présente les résultats. Enfin, la dernière partie propose une discussion.

## ► Décentralisation

FREDRIKSSON (M.), WINBLAD (U.)

***Consequences of a decentralized healthcare governance model: measuring regional authority support for patient choice in Sweden.***

*Conséquences d'un modèle décentralisé de gouvernance du système de santé : mesurer le soutien des autorités régionales dans le choix des patients en Suède.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2008 : vol. 67 : n° 2 : 271-279.

Cote Irdes : P103

What are the implications of a decentralized model of healthcare governance? This case study on patient choice in Sweden is an attempt to shed light on this issue. Due to decentralization and constitutional rights of self-determination, the regional authorities in Sweden, called County Councils (CCs), have far-reaching rights to manage the healthcare sector. The fact that patient choice is considered to be a soft law or a soft governance regulation, opens it up to regional variation. To examine

the CCs level of support of patient choice, an index is presented. The Patient Choice Index (PCI) shows that there is extensive variation among the CCs. To explain the causes of these variations, a number of hypotheses are tested. The analyses imply that ideology and economy, and more specifically the CCs' governing majorities and running net profits, are major explanations for the level of support. A number of conclusions can be drawn from the results of this study. In short, the CCs appear to act according to a local point of view, which means that there is no functioning national patient choice standard, and thus patients do not have equal access to healthcare and patients' rights are unevenly distributed. Furthermore, the CCs' financial conditions and governing majorities seem to undermine equivalent reform realization in a national context. In summary, the results of this study emphasize the conflict between regional self-governance and national equality, which is particularly visible in the decentralized Swedish healthcare model.

## ► Disparités régionales

37348

FASCICULE  
EXPERT (A.)

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

***Les disparités géographiques de  
consommation d'indemnités journalières en  
maladie.***

POINTS DE REPERE

2007/11 ; n° 11 : 8p., 2 carte, 11 graph.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/docu-  
ments/pt\\_repere\\_11.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_11.pdf)

Les indemnités journalières maladie versées par le régime général représentent en 2006 plus de 5 milliards d'euros. Elles sont inégalement distribuées sur le territoire. Ce Points de repère analyse les facteurs explicatifs de ces variations géographiques : contexte économique (secteurs d'activité, CSP, taux de chômage), intensité des contrôles réalisés, et pour les indemnités journalières de plus de trois mois, l'état de santé de la population d'âge actif (affections de longue durée, pathologies donnant lieu à des soins de rééducation).

37216

FASCICULE

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

***Indemnités journalières en maladie :  
d'importantes disparités géographiques.***

POINT D'INFORMATION MENSUEL  
(CNAMTS)

2007/12/06 ; n° : 6p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/docu-  
ments/Disparites\\_IJ\\_.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Disparites_IJ_.pdf)

Traditionnellement analysées sous l'angle de leur évolution dans le temps, les indemnités journalières le sont plus rarement sous un angle géographique, à un instant donné. Au travers du Points de repère « Les disparités géographiques d'indemnités journalières en maladie », l'Assurance Maladie délivre une analyse complémentaire qui permet de mieux comprendre encore les mécanismes de prescription et de consommation de ces arrêts de travail.

## ► Effets contextuels

37873

ARTICLE

RIVA (M.), GAUVIN (L.), BARNETT (T. A.)

***Toward the next generation of research into  
small area effects on health : a synthesis of  
multilevel investigations published since july  
1998.***

*Vers une nouvelle génération de recherche sur  
les effets contextuels en santé : une synthèse  
des études multiniveaux publiées depuis juillet  
1998.*

JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND  
COMMUNITY HEALTH

2007 ; vol. 61 : 853-861

Cote Irdes : INI 1342

To map out area effects on health research, this study had the following aims: (1) to inventory multilevel investigations of area effects on self rated health, cardiovascular diseases and risk factors, and mortality among adults; (2) to describe and critically discuss methodological approaches employed and results observed; and (3) to formulate selected recommendations for advancing the study of area effects on health. Overall, 86 studies were inventoried. Although several innovative methodological approaches and analytical designs were

found, small areas are most often operationalised using administrative and statistical spatial units. Most studies used indicators of area socioeconomic status derived from censuses, and few provided information on the validity and reliability of measures of exposures. A consistent finding was that a significant portion of the variation in health is associated with area context independently of individual characteristics. Area effects on health, although significant in most studies, often depend on the health outcome studied, the measure of area exposure used, and the spatial scale at which associations are examined.

38209

FASCICULE

***Social capital and health : maximizing the benefits.***

Le capital social et la santé : maximiser les avantages.

BULLETIN DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES DE SANTE

2007/11 ; n° 14 : 44p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-people-place-gens-lieux/2007-people-place-gens-lieux-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-people-place-gens-lieux/2007-people-place-gens-lieux-fra.pdf)

Ce numéro examine l'évolution des études de « lieux et de santé » en vue de les explorer sous l'angle des déterminants de la santé. Dans un premier temps, ce numéro donne un aperçu des écarts de santé qu'on observe entre les zones rurales et urbaines du pays. Dans un deuxième temps, il s'intéresse aux interrelations qui sous-tendent ces écarts—faisant un zoom avant sur les villes et quartiers où les interactions entre les déterminants de la santé sont plus faciles à observer et les écarts de santé plus faciles à comprendre. Tout au long de ce numéro, les articles analysent les répercussions sur les politiques et laissent entendre qu'il serait plus facile d'adopter une approche stratégique pour régler les problèmes de santé et les disparités en matière de santé en mettant l'accent sur les lieux préoccupants et les populations préoccupantes.

MACINTYRE (S.), MACDONALD (L.), ELLAWAY (A.)

***Do poorer people have poorer access to local resources and facilities? The distribution of local resources by area deprivation in Glasgow, Scotland.***

*Les populations les plus défavorisées ont-elles un accès plus restreint aux ressources et équipements locaux ? La répartition des ressources locales par domaine de défavorisation à Glasgow, Ecosse.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2008 : vol. 67 : n° 6 : 900-914.

Cote Irdes : P103

It has commonly been suggested that in modern cities individual or household deprivation (for example, low income or education) is amplified by area level deprivation (for example, lack of jobs or good schools), in ways which damage the health of the poorest and increase health inequalities. The aim of this study was to determine the location of a range of resources and exposures by deprivation in a UK city. We examined the location of 42 resources in Glasgow City, Scotland, in 2005-2006, by quintile of small area deprivation. Measures included number per 1000 population, network distance to nearest resource, and percentage of data zones containing at least one of each type of resource. Twelve resources had higher density in, and/or were closer to or more common in, more deprived neighbourhoods: public nurseries, public primary schools, police stations, pharmacies, credit unions, post offices, bus stops, bingo halls, public swimming pools, public sports centres, outdoor play areas, and vacant and derelict land/buildings. Sixteen had higher density in, and/or were closer to, or more common in, more affluent neighbourhoods: public secondary schools, private schools, banks, building societies, museums/art galleries, railway stations, subway stations, tennis courts, bowling greens, private health clubs, private swimming pools, colleges, A & E hospitals, parks, waste disposal sites, and tourist attractions. Private nurseries, Universities, fire stations, general, dental and ophthalmic practices, pawn brokers, ATMs, supermarkets, fast food chains, cafes, public libraries, golf courses, and cinemas showed no clear pattern by deprivation. Thus it appears that in the early 21st century access to resources does not always disadvantage poorer neighbourhoods in the UK. We conclude that we need to ensure that theories and policies are based on up-to-date and context-specific empirical evidence on the distribution of neighbourhood resources, and

to engage in further research on interactions between individual and environmental factors in shaping health and health inequalities.

STAFFORD (M.), DUKE-WILLIAMS (O.), SHELTON (N.)

***Small area inequalities in health: are we underestimating them?***

*Les inégalités de santé liées aux effets contextuels sont-elles sous-estimées ?*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2008 : vol. 67 : n° 6 : 891-899.

Cote Irdes : P103

Spatially aggregated data are frequently used for official statistics and by researchers investigating the contextual determinants of health. Results of reporting and analysis vary according to the choice of areal unit. This is the well-known Modifiable Areal Unit Problem or MAUP. Its implication for the monitoring and understanding of area inequalities in health has received little empirical attention in the public health literature. Health differences will likely be smallest across arbitrarily chosen areas whereas boundaries acknowledging the physical and social geography should indicate greater differences between areas. Here we use three methods to define area boundaries and compare the extent of health inequalities across each drawing on data from the London boroughs of Camden and Islington. Irrespective of the boundary definition used, between-area inequalities in obesity, alcohol intake, smoking, walking and self-rated health were small compared with inequalities between individuals. There was a tendency for slightly larger estimated inequalities across areas defined by socioeconomic homogeneity compared with other definitions, but differences between methods were very small in magnitude. Existing studies predominantly use area boundaries that are based on administrative boundaries. Although these have little theoretical basis for the study of neighbourhood inequalities in health, our findings indicate that alternative definitions of the neighbourhood boundaries have no substantive effect on the estimates of those inequalities. Based on these findings, we can have greater confidence in the results of numerous studies which have used administrative boundaries to define the neighbourhood.

## ► Ile-de-France

39109

FASCICULE

EMBERSIN (C.), GREMY (I.)

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

***La dépression chez les adultes franciliens : Exploitation du Baromètre santé 2005.***

2008/09 ; 16p., tabl., graph.

Cote Irdes : Bulletin Français

<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/depression2005.pdf>

La santé mentale est un concept multiforme, allant du mal-être aux troubles sévères. Elle englobe des maladies qui nécessitent des soins, telles que la dépression. Comme pour les autres troubles mentaux, la prévalence de la dépression varie selon les outils utilisés. L'objectif de cette publication est de caractériser, pour l'Ile-de-France et sur une population des jeunes de 15 ans et plus, la prévalence des épisodes dépressifs et de deux indicateurs fortement associés que sont les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ainsi que leurs facteurs de risque. Elle explore également le recours aux soins et à la consommation de médicaments. Cette étude s'appuie sur le Baromètre santé 2005 réalisé par l'Inpes (Résumé d'auteur).

## MÉDECINE LIBÉRALE

### ► Activité professionnelle

37701

FASCICULE

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

***110 millions d'actes techniques médicaux réalisés par les médecins libéraux.***

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/04/22 ; 11p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Etude\\_CCAM.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Etude_CCAM.pdf)

Radiographies, scanners, acupuncture, séances de dialyse...chaque année, 110 millions d'actes techniques médicaux sont réalisés. Si les consultations sont plus nombreuses

encore, ces actes sont fréquents dans le parcours de soins des assurés. Or, jusqu'à peu, la nomenclature existante ne permettait pas de connaître avec précision le nombre et la nature des actes techniques médicaux réalisés en France. La définition et la mise en place progressive par l'Assurance Maladie de la Classification Commune des Actes Techniques Médicaux (CCAM), à compter du second semestre 2005, ont permis de résoudre cette lacune importante de notre système de santé. Aujourd'hui, pour la 1ère fois, l'Assurance Maladie est en mesure de présenter un panorama complet de l'activité technique médicale dans le secteur libéral, pour l'année 2006. Et en 2007, les premières données consolidées témoignent d'une hausse du nombre d'actes, soit 110 millions d'actes au total (tous régimes).

## ► Clientèle

37552

FASCICULE

CASES (C.), LUCAS GABRIELLI (V.),  
PERRONNIN (M.), TO (M.)

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

### **Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)

2008/03 ; n° 130 : 1-6

Cote Irdes : Qes 130

<http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques (troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux et de l'oreille...). L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de cer-

tains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

## ► Conditions de travail

37497

ARTICLE

GALAM (E.)

### **Burn out des médecins libéraux.**

#### **Quatrième partie : un problème individuel, professionnel et collectif.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/02 ; vol. 4 : n° 2 : 83-85

Cote Irdes : P198

Ce quatrième volet propose, à partir de l'expérience réalisée en Ile-de-France depuis 2005, quelques éléments de réponse à ce difficile problème. Si la profession commence timidement à s'en saisir, elle ne le fait qu'avec appréhension voire réticence. La tentation de minimalisation, voire d'occultation, est toujours présente. Cette attitude proche du déni peut aussi s'exprimer par une « personnalisation » du problème qui ne toucherait que des individus particuliers, ce qui est recevable mais n'épuise en aucun cas la question d'une véritable « pathologie du système de soins ».

37498

ARTICLE

MARTIN (A.), TROMBERT-PAVIOT (B.)

### **Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/02 ; vol. 4 : n° 2 : 89-93

Cote Irdes : P198

Contexte : La féminisation de la médecine générale continue de s'accroître et pour certains modifie fondamentalement les conditions d'exercice. Objectif : Évaluer le vécu quotidien – vie professionnelle et vie privée – des médecins généralistes, femmes et hommes, du département de la Loire. Méthode : un échantillon de 115 généralistes hommes et 108 généralistes femmes a été tiré au sort parmi les 662 inscrits au conseil de l'Ordre et sollicité



pour répondre à un questionnaire de 30 items, avec possibilité de commentaires libres. Résultats : 83,5 % des médecins interrogés ont répondu. La durée de travail des femmes est plutôt moindre que celle des hommes ( $p < 0,0001$ ), mais femmes et hommes ont les mêmes contraintes d'exercice ou de vie privée et y répondent de manière analogue. Leur satisfaction était en moyenne de 6,4 sur une échelle de 1 à 10, sans qu'il y ait différence significative selon le sexe, le lieu d'exercice, ou l'âge. Discussion : Les médecins généralistes de la Loire sont plutôt satisfaits de leur qualité de vie quotidienne. Femmes et hommes exercent de manière similaire. Mais ils sont plutôt déçus par rapport à leurs espérances de vie professionnelle. Conclusion : La qualité de vie familiale et de loisirs est privilégiée par les jeunes générations de moins de 35 ans, tiraillées entre une profession qu'elles aiment et un rôle social traditionnel. Ce souci d'équilibre est de plus en plus partagé entre femmes et hommes.

## ► Installation professionnelle

37451

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

### ***Des pistes pour sauver la liberté d'installation.***

BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS  
2008/03 ; n° 3 : 8-12  
Cote Irdes : P69

<http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/bo200803dossier.pdf>

En octobre, un projet gouvernemental a mis le feu aux poudres : une disposition de la loi de financement de la Sécurité sociale prévoyait de limiter la liberté d'installation pour les médecins. Les internes se sont aussitôt mis en grève, suivis par l'ensemble des étudiants en médecine. La disposition a finalement été retirée et le calme est revenu... Mais le problème reste entier ! Car, personne ne le conteste, il y a actuellement en France de fortes inégalités territoriales en termes d'accès aux soins. Et si rien ne bouge, ces phénomènes ne peuvent que s'aggraver, à la fois en raison du départ en retraite d'un grand nombre de médecins (les générations de l'après-guerre) et de l'accroissement des demandes de soins (allongement de la durée de vie et progrès techniques, mais aussi, parfois, consumérisme et insuffisance d'éducation de la population). Les zo-

nes sous-médicalisées vont donc s'étendre et, dans les cantons ruraux isolés, on risque d'être confronté à une totale pénurie de médecins. Conscient de la gravité et de l'urgence du problème, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé, dès juillet 2007, de consacrer deux séminaires à la liberté d'installation. Le premier a eu lieu en novembre : une table ronde a réuni tous les syndicats médicaux et étudiants, et s'est achevée sur une synthèse présentant l'ensemble des propositions qui ont recueilli un consensus. Ce document a servi de base de discussion au second rendez-vous : le 27ème Jeudi de l'Ordre, organisé le 31 janvier au siège du Conseil de l'Ordre, à Paris, en présence de représentants de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), de l'Académie de médecine, du Sénat et de la délégation interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des territoires (Diact). Ce dossier fait le point sur les principales dispositions.

## ► Médecine de groupe

36866

FASCICULE  
BOURGUEIL (Y.), MAREK (A.), MOUSQUES (J.)  
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

### ***Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?***

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2007/11 ; n° 127 : 1-8

Cote Irdes : QES 127

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires, souvent appelés soins primaires à l'étranger, est peu développée comparativement à d'autres pays. En Finlande et en Suède, le regroupement s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Parmi les facteurs explicatifs forts du regroupement, on relève d'une part une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système, et d'autre part l'évolution de la demande et de l'offre de

soins : augmentation de la demande de soins dans un contexte de baisse de la densité médicale, nécessité d'une meilleure coordination des soins, recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants... On perçoit également des règles et des pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, développement de la coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé. Certains de ces signes sont tangibles en France, précurseurs certainement d'une accélération du processus de regroupement des médecins.

## ► Médecin traitant

37462

ARTICLE

BONS-LETOUZEY (C.), GOMBAULT (N.)

***Médecin traitant : la réforme implique un risque accru de manquement aux obligations.***

CONCOURS MEDICAL

2008/03/20 ; vol. 130 : n° 6 : 306-309

Cote Irdes : c, P19

La réforme du statut du médecin traitant implique des obligations accrues ou nouvelles pour celui-ci : devoir d'information, de conseil, de vigilance et de coordination des soins. En conséquence, si l'obligation de moyens reste le principe en matière de responsabilité médicale, les manquements pouvant aboutir à une condamnation sont de plus en plus nombreux. Il convient de bien les identifier pour mieux les prévenir.

## ► Pratique médicale

36215

ARTICLE

CHABOT (J.-M.)

***L'évaluation des pratiques professionnelles. Pour une politique fondée sur la qualité.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/06 ; n° 59 : 6-8

Cote Irdes : C, P49

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, l'exercice médical s'accompagnait naturellement

d'une exigence implicite éthique et déontologique des «meilleurs soins». Depuis cette échéance, l'exigence est devenue de plus en plus explicite, se traduisant par une volonté croissante d'encadrer les pratiques des médecins dans un objectif de garantie de qualité. La loi du 13 août 2004 a rendu obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles de tous les médecins. Cet article présente la philosophie et la mise en oeuvre du dispositif.

37335

ARTICLE

VALLEE (J. P.), DRAHI (E.), LE NOC (Y.)

***Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin aujourd'hui ? Première partie : les soins primaires sont-ils aujourd'hui un domaine d'expertise ?***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/01 ; vol. 4 : n° 1 : 35-40, tabl.

Cote Irdes : P198

Que représentent les soins primaires dans les systèmes de soins d'aujourd'hui ? Les définitions proposées pour la médecine générale depuis déjà quelques décennies restent généralement admises, bien que l'on commence ici ou là à en redessiner les contours. Vers la fin des années 60, la terminologie primary care s'est progressivement imposée dans les écrits anglo-saxons. En désignant le médecin généraliste comme élément central de ce premier cercle de soins, on en décrivait les rôles spécifiques, bien différents de ceux des spécialistes en nombre croissant. Le praticien de soins primaires était appelé à jouer un rôle essentiel comme premier contact des patients avec le système de santé, mais aussi comme médiateur nécessaire entre la personne en demande de soins et un système de plus en plus complexe et fragmenté.

37496

ARTICLE

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

***Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin ? Deuxième partie.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008 ; vol. 4 : n° 2 : 72-74

Cote Irdes : P198

Le premier article rappelait le rôle fondamental de l'expertise en soins primaires dans le fonctionnement du système de santé. Le second présente les règles générales de cette expertise. La littérature anglo-saxonne sem-

ble faire peu de différence entre expérience professionnelle et expertise, sans doute avec raison, à condition de rappeler un point largement confirmé dans différentes études : l'expérience n'est pas garantie de qualité des soins. Elle doit être en permanence confrontée aux données nouvelles de la médecine factuelle. C'est cela qui définit les objectifs de l'acquisition d'une réelle expertise tout au long de la vie professionnelle. Ce n'est que la confrontation des pratiques aux données scientifiques actualisées qui peut assurer les changements et adaptations nécessaires. Cette analyse, quelles que soient les méthodes utilisées, implique le choix d'indicateurs pertinents.

37561

ARTICLE  
GRIBEAUVAL (J. P.)

**Force normative des recommandations : un concept à géométrie variable.**

REVUE PRESCRIRE

2008/04 ; vol. 28 : n° 294 : 296-299

Cote Irdes : P80

Le concept de médecine validée par les preuves, la multiplication des conférences de consensus, l'intervention croissante d'instances diverses dans le champ de la santé publique, conduisent à la multiplication des textes à visée normative (recommandations). L'assurance maladie voit dans ces recommandations un outil de contrôle des coûts de santé. Le patient y entrevoit un moyen d'échapper aux risques inhérents à l'hétérogénéité des façons de pratiquer la médecine. Le praticien espère remplacer une science molle par une norme dure, l'incertitude par la référence. Cet article tente de faire le point.

## ► Revenus

37345

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

**Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005.**

POINTS DE REPERE

2007/12 ; n° 13 : 12p., 7 tabl., 5 graph.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/pt\\_repere\\_13.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_13.pdf)

Ce Point de repère présente quelques résultats synthétiques, issus du système national inter-régimes (SNIR), sur la démographie et les honoraires des médecins libéraux. Il propose notamment l'évolution du nombre de médecins libéraux de 1980 à 2005, la répartition par secteur conventionnel, les honoraires et dépassements en 2005.

37693

FASCICULE  
Associations Régionales Agréées de l'Union des Professions Libérales. (A.R.A.P.L.). Paris. FRA

**Spécial 2035 : Déclaration des revenus BNC de 2007.**

ENTREPRISE LIBERALE (L')

2008/03 ; n° 66, HS : 272p.

Cote Irdes : Ud545 (2008)

Ce bulletin propose une aide à la déclaration des revenus 2007 pour les professions libérales : règles de déclaration, avantages fiscaux, exercices en groupe. La présente édition a fait l'objet d'une restructuration complète autour de 15 chapitres qui offrent désormais un panorama complet de l'environnement fiscal du professionnel libéral avec deux nouveaux chapitres consacrés aux régimes fiscaux particuliers et aux crédits et réductions d'impôt.

38195

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

**Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/06/05 ; 6p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_honoraires\\_2006\\_def.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_honoraires_2006_def.pdf)

Comme chaque année, l'Assurance Maladie étudie la démographie des médecins libéraux et l'évolution de leurs honoraires. En 2006, les effectifs de médecins libéraux sont restés relativement stables. Les médecins libéraux ont perçu au total 19,3 milliards d'euros d'honoraires sur l'année.

## ► Accidents thérapeutiques

36283

FASCICULE  
MICHEL (P.), QUENON (J.-L.)

**Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins : analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins.**

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL  
- DREES

2007/07 ; n° 67 : 60p.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud67.pdf>

L'étude nationale sur les événements indésirables – ENEIS – a pour objectifs d'estimer l'incidence des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) et d'en connaître la part évitable. Ce document présente l'analyse approfondie des causes de 45 EIG. Le premier objectif de cette analyse approfondie est d'étudier le contexte et les conditions de l'exposition et de rechercher l'existence de défaillances actives. Ces défaillances sont le plus souvent des erreurs de professionnel de santé ou d'équipe. Elles sont déclenchées par l'existence de terrains favorables appelés défaillances latentes, le plus souvent inconnues ou ignorées de ces professionnels. L'intérêt des résultats de ce rapport est qu'il serve de retour d'expérience individuel. Les quelques cas exemplaires présentés de façon détaillée permettent aux lecteurs de construire leurs propres études de cas pour sensibiliser, informer et former à la gestion des risques cliniques.

## ► Classement

39014

ARTICLE

**Hôpitaux : le palmarès 2008.**

LE POINT

2008/08/28 ; n° 1876 : 66-101

Cote Irdes : Dossier de presse : Hôpital public

Cette édition 2008 du palmarès des hôpitaux publics en France passe au crible sept-cents établissements et cinquante pathologies. Il établit ainsi un classement des cinquante meilleurs établissements.

## ► Comptabilité hospitalière

38837

ARTICLE  
CRUETTE (P.)

**Situation économique financière des cliniques : état des lieux pour 2006.**

REGARDS DE LA FHP

2008/05 ; n° 56 : 12-15, 3 tab., 3 graph.

Cote Irdes : P65

Ce dossier analyse la situation économique et financière des cliniques privées en 2006. Après les résultats plutôt encourageants de 2005, année atypique du fait de la mise en vigueur de la T2A, les résultats de 2006 sont décevants et montrent la caractère fluctuant de la situation économique du secteur avec des nuances en fonction des caractéristiques des établissements.

## ► Gestion hospitalière

38904

ARTICLE  
CLOSON (M. C.), GOBERT (M.),  
SWAERTENBROECK (N.), LEONARD (C.)

**Quelle proportion du financement des hôpitaux doit-il être financé en fonction de la structure des pathologies traitées ?**

11ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts. Aix-en-Provence. 2007/12/06-07

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/01-03 ; vol. 26 : n° 1-2 : 7-15, tabl.

Cote Irdes : C, P85

Les auteurs présentent tout d'abord les avantages et les inconvénients d'un type de financement hospitalier prospectif (budget fixé a priori en fonction des pathologies) par rapport à un financement rétrospectif (basé sur le remboursement des coûts ou des actes réalisés). Ils examinent ensuite les critères à prendre en compte pour fonder la décision de la proportion du budget hospitalier à financer en fonction de la structure des pathologies traitées. Une comparaison internationale est réalisée en matière de pourcentage du budget maintenu hors financement à la pathologie.

38911

ARTICLE

RENAUT (M.), MARCHAND (M.)

**Pour la base des coûts par activité.**

11e séminaire de l'Etude Nationale de Coûts. Aix-en-Provence. 2007/12/06-07

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/01-03 ; vol. 26 : n° 1-2 : 56-59, tabl.

Cote Irdes : C, P85

Depuis plusieurs années, le CHU d'Angers cherche à expliciter les coûts des différentes activités traitées dans la Base des coûts. Ont été analysées les variables qui permettraient d'expliquer les variations du coût des activités Restauration et Imagerie de plus d'une centaine d'établissements hospitaliers. A l'aide d'une régression linéaire multiple pas à pas, les auteurs ont recherché le modèle expliquant au mieux le coût des deux activités tout en ne gardant que les variables significativement influentes.

## ► Infections nosocomiales

37195

ARTICLE

THIOLET (J. M.), LACAVE (L.), JARNO (P.), METZGER (M. H.), TRONEL (H.), GAUTIER (C.), L'HERITEAU (F.), COIGNARD (B.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Ouest. (C.C.L.I.N.). Rennes. FRA, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales du Sud-Est. (C.C.L.I.N.). Pierre-Bénite. FRA, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Est. (C.C.L.I.N.). Strasbourg. FRA

**Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/12/25 ; n° 51-52 : 429-432, rés., tabl., fig., carte

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)

L'enquête nationale de prévalence (ENP) 2006 des infections nosocomiales (IN) avait pour objectif la description un jour donné des IN dans les établissements de santé (ES). Proposée en juin à tous les ES selon un protocole standardisé, elle incluait les patients

en hospitalisation complète sauf les entrants du jour. Les 2 337 ES participants ont inclus 358 353 patients. La prévalence des patients infectés (PPI) était de 4,97% et celle des IN de 5,38%. Les sites infectieux les plus fréquents étaient l'infection urinaire (30% des IN), la pneumopathie (15%) et l'infection du site opératoire (14%). Les principaux micro-organismes responsables d'IN étaient *Escherichia coli* (25%), *Staphylococcus aureus* (19%, dont 52% résistants à la méticilline, SARM) et *Pseudomonas aeruginosa* (10%, dont 25% résistant au ceftazidime). La PPI variait selon le type d'ES, de séjour, les caractéristiques des patients et la région. Restreinte aux IN acquises dans 1 351 ES participants aux deux enquêtes, une analyse ajustée sur les caractéristiques des ES, services et patients montre qu'entre 2001 et 2006, la PPI diminuait de 12% et la PPI à SARM de 40%. Ces résultats sont en faveur d'un impact positif des plans nationaux de lutte contre les IN, tout particulièrement pour les SARM (Résumé d'auteur).

37196

ARTICLE

MAUGAT (S.), THIOLET (J. M.), L'HERITEAU (F.), GAUTIER (C.), TRONEL (H.), METZGER (M. H.), JARNO (P.), LACAVE (L.), COIGNARD (B.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Ouest. (C.C.L.I.N.). Rennes. FRA, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales du Sud-Est. (C.C.L.I.N.). Pierre-Bénite. FRA, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Est. (C.C.L.I.N.). Strasbourg. FRA

**Prévalence des traitements antibiotiques dans les établissements de santé, France, 2006.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2007/12/25 ; n° 51-52 : 432-437, rés., tabl., fig., carte

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)

Le volet antibiotique de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 avait pour objectif de décrire les antibiotiques prescrits dans les établissements de santé (ES). Réalisée un jour donné en juin selon un protocole standardisé, l'enquête incluait tous les patients en hospitalisation complète ;

les antibiotiques étaient recueillis selon la classification ATC5. Sur 358 353 patients inclus (2 337 ES), 55 624 (15,5%) recevaient un traitement pour un total de 74 515 antibiotiques. La prévalence des patients traités (PpATB) était plus élevée en court séjour (24,8%), notamment réanimation (49,0%), qu'en soins de suite et réadaptation (SSR, 9,9%) ou de longue durée (SLD, 4,3%). Elle variait selon l'indication : infection communautaire (7,4%), nosocomiale (IN, 3,9%), antibioprophylaxie chirurgicale (2,4%), prophylaxie des infections opportunistes (1,3%) ou indication multiple (0,5%). Les molécules les plus prescrites étaient l'amoxicilline-acide clavulanique, l'ofloxacine, l'amoxicilline, la ceftriaxone et la ciprofloxacine. De 2001 à 2006, la PpATB s'est peu modifiée (16,4% vs. 16,7%) dans les 1 351 ES ayant participé aux deux enquêtes. Elle a augmenté en réanimation, mais a diminué en obstétrique, SSR, SLD ou psychiatrie. Elle a diminué pour les IN ou la prophylaxie et évolué de façon contrastée selon l'âge pour les infections communautaires. Un renforcement des actions pour préserver l'efficacité des antibiotiques à l'hôpital est nécessaire (Résumé d'auteur).

## ► Motifs d'hospitalisation

36805

ARTICLE  
MORDANT (P.)

**Asthme grave : baisse des hospitalisations  
sauf chez l'enfant de moins de 10 ans.**

CONCOURS MEDICAL

2007/10/09 ; vol. 129 : n° 29-30 : 986-987,  
graph.

Cote Irdes : P19

L'InVS a étudié, à partir des données du PMSI, l'évolution entre 1998 et 2002 du nombre d'hospitalisations pour asthme et pour insuffisance respiratoire associée à un asthme. Entre ces deux dates, le nombre de séjours hospitaliers pour asthme a baissé de 18 %, le taux d'hospitalisation a diminué de 5 % par an chez les enfants âgés de plus de 10 ans et les adultes, alors que ces indicateurs sont restés stables chez les enfants âgés de moins de 10 ans.

## ► Pharmacie hospitalière

37178

ARTICLE  
DUSSART (C.), CHEVALIER (B.), ALMERAS  
(D.), GRELAUD (G.), DURU (G.)

**L'enquête de prévalence dans la mesure  
de la consommation des antibiotiques à  
l'hôpital : mise en oeuvre et intérêt.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/07 ; vol. 25 : n° 4 : 225-237, tabl., rés.,  
fig.

Cote Irdes : P85

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité entreprise au sein du service de pharmacie hospitalière de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes de Lyon, une enquête de prévalence de la consommation des antibiotiques a été menée. Parmi les 157 patients présents au moment de l'étude, 28 patients (17,8%) recevaient au moins un antibiotique, douze d'entre eux (42,9%) étaient traités pour infection communautaire, huit (28,6%) pour infection nosocomiale et huit sous prophylaxie chirurgicale. Les classes antibiotiques les plus fréquemment prescrites sont : pour le traitement des infections nosocomiales, les céphalosporines de 3ème génération ; pour la prophylaxie chirurgicale, les pénicillines (notamment avec l'association amoxicillin/acide clavulanique). Notre étude a permis de mettre en évidence que les enquêtes de prévalence représentent un outil efficace pour la mesure de la consommation des antibiotiques à l'hôpital. Facilement réalisables, elles permettent d'assurer un suivi dans le temps de l'évolution des prescriptions et de vérifier l'efficacité des actions correctives mises en place (Résumé d'auteur).

## ► Qualité des soins

BAZZOLI (G. J.), CHEN (H. F.), ZHAO (M.),  
LINDROOTH (R. C.)

**Hospital financial condition and the quality  
of patient care.**

*Situation financière des hôpitaux et qualité des  
soins.*

HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 17 : n° 8 : 977-995.

Cote Irdes : P173

Concerns about deficiencies in the quality of care delivered in US hospitals grew during a time period when an increasing number of

hospitals were experiencing financial problems. Our study examines a six-year longitudinal database of general acute care hospitals in 11 states to assess the relationship between hospital financial condition and quality of care. We evaluate two measures of financial performance: operating margin and a broader profitability measure that encompasses both operating and non-operating sources of income. Our model specification allows for gradual adjustments in quality-enhancing activities and recognizes that current realizations of patient quality may affect future financial performance. Empirical results suggest that there is a relationship between financial performance and quality of care, but not as strong as suggested in earlier research. Overall, our results suggest that deep financial problems that go beyond the patient care side of business may be important to prompting quality problems.

HERR (A.)

***Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter?***

*Efficiency-coût et efficacité technique des hôpitaux allemands.*

HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 17 : n° 9 : 1057-1071.

Cote Irdes : P173

This paper is the first to investigate both the technical and cost efficiency of more than 1500 German general hospitals. More specifically, it deals with the question how hospital efficiency varies with ownership, patient structure, and other exogenous factors, which are neither inputs to nor outputs of the production process. The empirical results for the years from 2001 to 2003 indicate that private and non-profit hospitals are on average less cost efficient and less technically efficient than publicly owned hospitals. The hospital rankings based on estimated efficiency scores turn out to be negatively correlated with average length of stay, which is highest in private hospitals. The results are derived by conducting a Stochastic Frontier Analysis assuming both Cobb-Douglas and translog production technologies and using a newly available and multifaceted administrative German data set.

## ► Secteur privé

37974

FASCICULE, INTERNET

LABRIE (Y.), BOYER (M.)

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

Montréal. CAN

***Le secteur privé dans un système de santé publique : l'exemple français.***

LES NOTES ECONOMIQUES

2008/04 ; n° : 4p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.iedm.org/uploaded/pdf/avril2008\\_fr.pdf](http://www.iedm.org/uploaded/pdf/avril2008_fr.pdf)

La France est l'un des pays où le secteur privé à but lucratif joue un rôle très important dans le système de santé, en particulier dans le secteur des soins hospitaliers. L'expérience française permet de dégager des leçons pertinentes quant à l'intérêt de permettre à des entreprises privées de participer à l'offre de soins de santé au Québec et au Canada.

## ► Séjours

38941

ARTICLE

BAHRAMI (S.), HOLSTEIN (J.),

CHATELLIER (G.), LE ROUX (Y. E.),

DORMONT (B.)

***Lien entre durée de séjour et réadmissions en chirurgie et en obstétrique : étude de deux procédures à partir des données du PMSI.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2008/04 ; vol. 56 : n° 2 : 79-85, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P11

La mise en place de la tarification à l'activité pour les hôpitaux de court séjour pourrait entraîner une diminution des durées de séjour pour raisons financières. L'impact potentiel de ce phénomène sur la qualité des soins n'est pas connu. Les réadmissions identifiées à l'aide des données administratives hospitalières sont, pour certaines situations cliniques, des indicateurs de qualité des soins valides. La méthode utilisée est une étude rétrospective du lien entre la durée de séjour et la survenue de réadmissions imprévues liées au séjour initial, pour les cholécystectomies simples et les accouchements par voie basse sans complication, à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris des

années 2002 à 2005. Pour les deux procédures, la probabilité de réadmission suit une courbe en «J». Après ajustement sur l'âge, le sexe, les comorbidités associées, l'hôpital et l'année d'admission, la probabilité de réadmission est plus élevée pour les durées de séjour les plus courtes : pour les cholécystectomies, odds ratio : 6,03 [IC95% : 2,67-13,59] pour les hospitalisations d'un jour versus trois jours ; pour les accouchements, odds ratio : 1,74 [IC95% : 1,05-2,91] pour les hospitalisations de deux jours versus trois jours. Pour deux pathologies communes, les durées de séjour les plus courtes sont associées à des probabilités de réadmission plus élevées. L'utilisation routinière des données du programme de médicalisation des systèmes d'information peut permettre d'assurer le suivi de la relation entre la réduction de la durée de séjour et les réadmissions (Résumé d'auteur).

## ► Urgences hospitalières

39107

ARTICLE

RICHARD (C.), THELOT (B.)

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

**Description et incidence des recours aux urgences pour accidents de sport, en France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004-2005.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE (BEH)

2008/09/02 ; n° 33 : 293-295, fig., tabl.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh\\_33\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf)

La pratique d'une activité physique et sportive (APS) régulière est encouragée, mais les études sur les accidents qui en résultent sont rares. Les données 2004 et 2005 de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) ont été analysées afin de décrire les traumatismes survenus en APS. Epac est un recueil exhaustif et permanent des accidents de la vie courante, reçus aux urgences d'une dizaine d'hôpitaux en France. Le taux d'incidence des accidents d'APS a été estimé à 15,1 pour 1 000 personnes, 22,0 pour 1 000 hommes et 8,6 pour 1 000 femmes, soit plus de 900 000 accidents chaque année en France. Les plus nombreux (43 %) sont les accidents de sport d'équipe, en particulier de football chez les hommes (70 %). Les activités identifiées comme les plus dangereuses sont les sports d'hiver et l'équitation, avec de

nombreuses fractures (29 % pour chaque) et un taux d'hospitalisations important (16 % et 17 % respectivement). L'analyse d'Epac a permis de décrire les accidents d'APS et de montrer qu'ils étaient nombreux et parfois graves. Des études spécifiques par type de sport et le chiffrage du nombre de décès et de porteurs de séquelles graves restent à mener (Résumé d'auteur).

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### ► Médecine du travail

37317

FASCICULE

DELLACHERIE (C.)

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

Paris. FRA

**L'avenir de la médecine du travail.**

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL  
ECONOMIQUE ET SOCIAL

2008/03/03 ; n° 3 : 83p.

Cote Irdes : P111/2

<http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/docton/08030303.pdf>

Malgré les récentes réformes, l'avenir de la médecine du travail et sa capacité à répondre aux enjeux liés à la santé des salariés suscitent des interrogations récurrentes. Élaboré à la demande du gouvernement, l'avis du CES vise à sortir rapidement et par le haut d'une situation critique préjudiciable à la santé au travail et, partant, à la santé publique. En n'occultant aucun sujet, il présente un ensemble d'évolutions concernant les missions des services de santé au travail, le métier des médecins du travail, le financement et la gouvernance du système, ainsi que la maîtrise de la contrainte démographique.



## ► Médecins étrangers

37090

ARTICLE

LOCHARD (Y.), MEILLAND (C.), VIPREY (M.)

**La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle.**

REVUE DE L'IRES (LA)

2007/01 ; n° 53 : 83-110

Cote Irdes : P178

<http://www.ires-fr.org/IMG/File/3.%20R53.pdf>

Cet article cherche à éclairer les destins professionnels des médecins à diplôme hors Union européenne dans les hôpitaux publics français pour tenter de comprendre les processus de différenciations patentes et latentes qui s'opèrent avec les nationaux. Recrutés sur des emplois précaires (faisant fonction d'internes, attachés associés...), ils sont le plus souvent cantonnés à des statuts ne s'accompagnant pas d'un plein droit d'exercice.

## ► Pharmaciens d'officine

37480

ARTICLE

LUGINSLAND (M.)

**Allemagne : les officinaux reprennent la main sur le médicament au meilleur prix.**

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2008/03/22 ; n° 2722 : 13

Cote Irdes : c, P44

Les pharmaciens allemands viennent de s'engager auprès des caisses à délivrer le produit appartenant à la catégorie de prix inférieurs mais représentant au moins 25 % du marché. Leurs syndicats et leurs caisses doivent se réunir sans tarder pour conclure des contrats concernant une vingtaine de molécules (la prescription porte aujourd'hui, sauf mention spéciale, sur le principe actif).

37848

ARTICLE

**Nouvelles missions, nouveaux services du pharmacien : un mouvement en Europe.**

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

2008/05/22 ; n° 360 : 16

Cote Irdes : P29/2

Alors qu'une phase de concertation entre le ministère de la santé et les représentants de la profession vient d'être engagée sur les nouvelles missions du pharmacien, cet article présente des expérimentations menées au Royaume-Uni et au Portugal visant à changer les pratiques des pharmaciens : participation à des campagnes et programmes d'éducation pour la santé, suivi d'une pathologie ou «disease management», service rémunéré d'évaluation des traitements médicamenteux pour les patients chroniques...

## MÉDICAMENTS

### ► Agences sanitaires

38382

ARTICLE

BADEY (F.)

**La FDA, une centenaire sémillante.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 19 : 83-89

Cote Irdes : P168

La Food and Drug Administration est pour beaucoup la référence incontestée en matière d'institutions réglementaires de la santé. Cependant, manquant de ressources et n'interagissant que trop peu avec les autres agences américaines, la FDA semble avoir atteint ses limites. Elle n'est plus en mesure de tenir ni ses engagements ni son rang. Mais aujourd'hui, tirant profit de ses erreurs, comme elle a su le faire lors des crises qui ont jalonné son histoire, la FDA se réinvente. Si les moyens lui sont donnés de mettre en application la vision de ses dirigeants, c'est le secteur pharmaceutique dans sa globalité qui pourrait s'en trouver métamorphosé.

## D Antibiotiques

36749

ARTICLE

BRICAIRE (F.), CHAGNON (A.)

***Antibiothérapie en pratique courante : les principes généraux.***

CONCOURS MEDICAL

2007/10/09 ; vol. 129 : n° 29-30 : 979-983, tabl.

Cote Irdes : P19

L'article revient sur les conditions de prescription des médicaments antibiotiques : de nombreuses circonstances dans lesquelles il n'y a aucune raison de prescrire un antibiotique sont détaillées. C'est l'analyse de la situation du patient par un interrogatoire et un examen clinique correct qui permet de trouver les arguments indispensables pour justifier une antibiothérapie. L'appui éventuel d'examens pourra y aider. Les principales familles d'antibiotiques utilisables en pratique courante sont décrites. La probabilité que tel ou tel germe soit possiblement responsable est suffisante pour justifier une antibiothérapie. Incontestablement, les choix de molécules antibiotiques sont guidés par leurs caractéristiques cinétiques et notamment de diffusibilité. La sévérité d'un état infectieux, existant ou potentiel, impose une antibiothérapie immédiate. La durée d'une antibiothérapie est très difficile à définir. L'objectif de l'antibiothérapie prophylactique est de prévenir la multiplication d'un agent infectieux. Il existe des risques d'intolérance aux antibiotiques. L'émergence de résistance par pression de sélection ou par mauvaise prescription qualitative ou quantitative impose que l'antibiothérapie ne soit présente que lorsqu'elle est nécessaire et de façon parfaitement justifiée.

37321

ARTICLE

SABES-FIGUERA (R.), SEGU (J.L.), PUIG-JUNOY (J.), TORRES (A.)

***Influence of bacterial resistances on the efficiency of antibiotic treatments for community-acquired pneumonia.***

*Influence des résistances bactériennes sur l'efficacité des traitements par antibiotiques des pneumonies aiguës communautaires*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/01 ; vol. 9 : n° 1 : 23-32, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

The objective of this paper is to perform a cost-effectiveness analysis of the oral antibiotics used in Spain for the ambulatory treatment of community-acquired pneumonia. Our analysis takes into account the influence of bacterial resistances on the cost-effectiveness ratio of antibiotic alternatives from the viewpoint of the public insurer. A deterministic decision analysis model is used to simulate the impact of treatment alternatives on both patients' health and resource consumption. Amoxicillin 1 g may be the most efficient therapy for treating typical pneumonia, as long as the physician is able to discriminate clinically the aetiology of the process with a high degree of reliability. However, for those pathological pictures in which the aetiology cannot be discriminated clinically, and for those in which the consequences of incorrect diagnosis are serious according to clinical criteria, moxifloxacin is the most effective and efficient option.

## D Anticholestérolémiantes

38196

FASCICULE

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

***Mieux utiliser les traitements anti-cholestérol : L'Assurance maladie renforce son action pour favoriser le respect des recommandations sanitaires.***

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2008/06/05 ; 13p.

Cote Irdes : C, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Statines\\_vdef.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Statines_vdef.pdf)

Utilisés pour traiter l'excès de « mauvais » cholestérol, les traitements par statines connaissent, depuis plusieurs années des taux de croissance très élevés et des dépenses proches du milliard d'euros chaque année. Parallèlement, des études ont souligné que les traitements par statines ne sont pas toujours prescrits dans le cadre des recommandations sanitaires de l'Afssaps et que les mesures hygiéno-diététiques, à la base de la prise en charge des patients, sont souvent négligées. Cette classe thérapeutique constitue ainsi un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie, à la fois sur le plan de la santé publique et d'un point de vue économique. Partageant ce constat, l'Assurance Maladie et les médecins libéraux se sont fixés pour objectif, dans la convention médicale de 2005, l'amélioration

de l'utilisation des statines et la maîtrise de la croissance de ces dépenses.

## ► Antidépresseurs

37859

ARTICLE

AGBIKOU (C.), FOSSATI (P.)

**Traitements médicamenteux de la dépression.**

PRESSE MEDICALE (LA)

2008/05 ; vol. 37 : n° 5 - Cahier 2 : 867-875

Cote Irdes : P18

La dépression est une affection fréquente dont la prévalence sur 1 an varie entre 5 et 15 %, suivant les études faites en population générale. Ses conséquences médicales, sociales et économiques constituent un problème majeur de santé publique. La dépression est un trouble récidivant : 50 % des patients récidivent dans les 2 ans et 75 % récidivent à plus long terme. De plus, dans 20 % des cas la dépression devient chronique. L'objectif des chimiothérapies antidépressives est l'obtention d'une rémission symptomatique complète. Différents temps thérapeutiques d'un épisode dépressif majeur reposent sur : un traitement d'attaque : 2-3 mois ; suivi d'un traitement de consolidation : 4-5 mois. La poursuite du traitement antidépresseur au-delà du retour à l'état asymptomatique (traitement de consolidation) est nécessaire pour prévenir les rechutes dépressives à court terme et les récidi- ves dépressives à long terme.

38183

ARTICLE

**Antidépresseurs et dépression chez les enfants et les adolescents : des résultats décevants.**

REVUE PRESCRIRE

2008/06 ; vol. : n° 296 : 411

Cote Irdes : P80

Divers antidépresseurs, tels les inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine, dont l'efficacité est établie chez les adultes (bien que modeste) ont fait l'objet d'une évaluation critique pour le traitement d'enfants et d'adolescents considérés comme souffrant de dépression. Ce diagnostic a été retenu selon des critères discutables, mais les résultats sont néanmoins intéressants à examiner. Tel est l'objectif de cet article.

38184

ARTICLE

**Antidépresseurs IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et violence.**

REVUE PRESCRIRE

2008/06 ; n° 296 : 431-432

Cote Irdes : P80

Les antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont été, depuis le début des années 2000, reconnus à l'origine de comportements suicidaires chez les enfants d'abord, puis chez les adolescents. Des auteurs britanniques ont rassemblé des éléments de pharmacovigilance concernant des symptômes d'hétéroagressivité liés à des antidépresseurs : agitation, irritabilité, hostilité, agressivité... Le rôle des IRS dans des agressions a été évoqué. Des recommandations de pratique médicale ont donc été élaborées à la suite de ce constat.

## ► Automédication

37861

ARTICLE

TOUITOU (Y.), JOLY (P.), ROLAND (J.) et al.

**De l'autodiagnostic à l'automédication : séance commune Académie nationale de médecine, Académie nationale de pharmacie.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2007 ; vol. 191 : n° 8 : 1487-1542

Cote Irdes : c, P76

Ce fascicule intitulé : de l'autodiagnostic à l'automédication, rassemble les communications d'une séance commune de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie sur cette thématique. Il démontre une évolution de la pratique médicale et des relations entre le patient et le médecin et le patient et le pharmacien.

38395

ARTICLE  
QUENEAU (P.)

***L'automédication, source d'accidents ?  
Réflexions et recommandations pour des  
mesures préventives.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2008 ; vol. 4 : n° 5 : 203-206  
Cote Irdes : P198

De tout temps, les malades se sont auto-médiqués, sans attendre la prescription des médecins estampillés de leur diplôme officiel. « Faites-vous médecin vous-même », conseillait Béralde à Argan, dans Le Malade imaginaire de Molière. Le malade peut ainsi désirer devenir son propre médecin, son propre thérapeute, face à des symptômes qu'il juge « banals », à tort ou à raison. Qu'en est-il de l'automédication aujourd'hui ? Rêve d'indépendance enfin réalisé ? Revanche sur la toute-puissance médicale ? Transgression ou crime de lèse-Faculté ? Ou responsabilisation justifiée du malade, enfin libéré du « joug » du pouvoir médical ? Espoir commercial pour l'industrie pharmaceutique ? Ou, pour les pouvoirs publics et les organismes de prise en charge, aubaine inespérée pour réaliser de précieuses économies ?

## ► Autorisation de mise sur le marché

38381  
ARTICLE

***AMM prématurées = danger.***

REVUE PRESCRIRE  
2008/07 ; vol. 28 : n° 297 : 535  
Cote Irdes : P80

Dans cet éditorial, Prescrire s'inquiète de l'accélération, depuis plusieurs années, de la mise sur le marché de nouveaux médicaments, une tendance qui selon la revue résulte d'une forte pression des firmes et d'un laisser-aller des autorités publiques. Cet article cite à l'appui une étude publiée dans le New England Journal of Medicine, en mars dernier, par des chercheurs américains, portant sur plus de 300 autorisations de mise sur le marché (AMM) délivrées aux États-Unis entre 1992 et 2005 : selon cette étude, une AMM délivrée dans les deux mois avant la date limite est liée [...] à 6 fois plus de retraits du marché pour raison de pharmacovigilance et à 4 fois plus d'alertes majeures signalées après AMM, par

rapport à une AMM délivrée hors délai légal. Cet article déplore que la Commission européenne persiste en 2008 encore dans sa volonté d'alléger et d'accélérer l'évaluation des médicaments avant AMM.

39001  
ARTICLE

***Dérogations à l'AMM classique : accès  
plus rapide au marché, au détriment de  
l'évaluation des médicaments.***

REVUE PRESCRIRE  
2008 ; vol. 28 : n° 299 : 696-701  
Cote Irdes : P80

La procédure européenne centralisée d'autorisation de mise sur le marché peine à se généraliser, face aux diverses pressions en faveur des procédures par reconnaissance mutuelle ou décentralisée, plus flexibles pour les firmes, et plus lucratives pour les agences les plus souvent sollicitées par les firmes. Or ces procédures rapides s'accompagnent d'une réduction de l'évaluation préalable, et donc des garanties minimales d'efficacité et de sécurité. Cet article tente une analyse de cette politique.

## ► Dérégulation

RUDHOLM (N.)

***Entry of new pharmacies in the deregulated  
Norwegian pharmaceuticals market--  
consequences for costs and availability.***

*Entrée de nouveaux médicaments sur le  
marché pharmaceutique dérégulé en Norvège :  
conséquences pour les coûts et la disponibilité.*

HEALTH POLICY  
2008 ; vol. 87 : n° 2 : 258-263.  
Cote Irdes : P92

OBJECTIVES: The objective of this study is to analyze the impact of the new regulation concerning entry of pharmacies into the Norwegian pharmaceuticals market in 2001 on cost and availability of pharmaceutical products. METHODS: In order to study costs, a translog cost function is estimated using data from the annual reports of a sample of Norwegian pharmacies before and after the deregulation of the market. Linear regression models for the number of pharmacies in each region in Norway are also estimated. RESULTS: The results show that the costs of the individual pharmacies have not decreased as a consequence of the deregulation of the Norwegian pharmaceu-

ticals market. The deregulation of the market did, however, increase the availability to pharmacy services substantially. CONCLUSIONS: Increased availability of pharmacy services can be achieved by deregulating pharmaceutical markets as in Norway, but at the expense of increased costs for the pharmacies

## ► Distribution pharmaceutique

38307

ARTICLE

***Distribution pharmaceutique : un entretien avec René Jenny, président du Girp.***

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2008/06/19 ; n° 622 - fiche : 6-10

Cote Irdes : P72

Cet article rapporte les propos de René Jenny, président du Groupement international de la répartition pharmaceutique (Girp), recueillis lors du 49e congrès de Prague. Cet entretien brosse un tableau des sujets d'actualité qui interpellent la profession en Europe, du commerce parallèle au contingentement en passant par la contrefaçon. Le Girp fondé en 1960 regroupe l'ensemble des acteurs de la répartition pharmaceutique européenne (600 grossistes, full liners répartis sur 31 pays qui emploient environ 140 000 personnes et distribuent annuellement pour quelque 100 milliards d'euros de médicaments.

## ► Essais thérapeutiques

38385

ARTICLE

***Registres d'essais cliniques : vers un meilleur accès aux données sur les traitements.***

REVUE PRESCRIRE

2008/07 ; vol. 28 : n° 297 : 536-541

Cote Irdes : P80

Depuis le 1er juillet 2008, plusieurs revues biomédicales de premier plan n'acceptent de publier les résultats d'un essai clinique, que s'il a été répertorié dans un registre agréé. Des essais cliniques de plus en plus nombreux sont enregistrés dans divers registres nationaux et internationaux, par un nombre croissant d'institutions publiques ou privées. La plate-forme internationale des registres agréés par l'Organisation mondiale de la santé est opération-

nelle depuis 2007. Cet article fait le point sur la question.

## ► Fiscalité

37829

FASCICULE

***Prescription, consommation et fiscalité des médicaments : les 92 propositions de la Mecss.***

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2008/05/09 ; n° 616 : 6-12

Cote Irdes : P72

Cette fiche fait une analyse du rapport récemment publié par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Le document fait le constat que la France se caractérise par une consommation de médicaments record et présente un ensemble cohérent de propositions concernant les différents acteurs de la chaîne du médicament pour faire évoluer les comportements de prescription et de consommation dans le sens du bon usage du médicament.

## ► Génériques

37836

ARTICLE

AALTO-SETALA (V.)

***The impact of generic substitution on price competition in Finland.***

L'impact de la substitution de médicaments génériques sur la concurrence des prix en Finlande.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/05 ; vol. 9 : n° 2 : 185-191, 3 fig., 3 tabl.

Cote Irdes : P151

Generic substitution by pharmacists was introduced in April 2003 in Finnish pharmaceutical markets. This article examines the impact of generic substitution on price development. This study examined all of the 2,100 substitutable drugs in Finland. The impact of generic substitution on price competition was significant. The average price of substitutable drugs decreased by more than 10%. However, the price development was uneven; some prices increased whereas others decreased by more

than 50%. The most important factors that influenced the price development were the number of competitors, whether the drug was originator or generic and the width of the price band.

38197

FASCICULE

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

**Médicaments génériques : point d'étape à fin avril 2008.**

POINT D'INFORMATION MENSUEL (CNAMTS)

2008/06/05 ; 10p., tabl.

Cote Irdes : c, bulletin français

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_generiques\\_5\\_juin\\_08.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_generiques_5_juin_08.pdf)

38948

ARTICLE

NOUGUEZ (E.)

**La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques : l'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12 ; n° 3-4 : 99-121

Cote Irdes : C, P59

La nouvelle sociologie économique française s'intéresse depuis quelques années à la question de la qualité des produits. Un véritable espace de réflexion s'est élaboré autour du lien entre qualification des produits et construction des marchés. Le marché français du médicament constitue un objet intéressant pour penser le rôle clé de la qualité des produits, dans l'évolution des marchés. La définition des médicaments mobilise en effet des logiques sanitaires financières et industrielles rendant les stratégies de différenciation très risquées mais aussi très payantes en cas de succès. Ce marché du médicament représente en France un enjeu important pour les pouvoirs publics, tant en termes sanitaires qu'en termes financiers. Avec l'arrivée des médicaments génériques, on a assisté au développement de nouveaux médicaments. Leur objectif était de se substituer dans les prescriptions des médecins aux médicaments devenus «généricables» et de déborder ainsi le cadrage mis en place par les pouvoirs publics. Alors que l'apport thérapeutique de ces médicaments était sujet à

caution, ces nouveaux médicaments se sont souvent substitués aux médicaments «généricables» dans les prescriptions médicales et ont fortement limité la progression des génériques. Ainsi, le marché des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) offre une illustration de ces pratiques de cadrage/débordement, autour de la définition des médicaments.

## ► Industrie pharmaceutique

39090

ARTICLE

ABECASSIS (P.), COUTINET (N.)

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

**Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques.**

*Stratégies d'entreprise : nouvelles contraintes et nouveaux enjeux.*

HORIZONS STRATEGIQUES

2008/01-03 ; n° 7 : 111-139

Cote Irdes : A3769

[http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article\\_HS7PANC4.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf)

Les modifications de l'environnement des firmes, tant du côté de l'offre (renforcement des droits de propriété intellectuelle, développement des génériques, évolutions technologiques), que de la demande (amélioration de l'information du patient et nouvelle régulation des systèmes de santé) ont eu un impact fort sur les déterminants de la compétitivité et le profit des firmes pharmaceutiques. Cette évolution s'inscrit dans le contexte d'émergence du marché du médicament découpé en trois segments distincts. Afin de s'adapter à ce que l'on peut qualifier de choc environnemental, les firmes ont profondément transformé leur organisation industrielle et ont développé de nouvelles stratégies commerciales.

39098

FASCICULE

**Taxation de l'industrie du médicament : les grandes orientations du Sénat.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2008 ; n° 627 : 6-8

Cote Irdes : P72

Cette fiche analyse les propositions du rapport de la Commission sénatoriale des finances sur la taxation de l'industrie de médicament, publié en juillet 2008. Ces propositions s'articulent autour des thématiques suivantes : replacer la fiscalité dans un cadre pluriannuel, veiller à une meilleure cohérence des outils de régulation, orienter davantage la fiscalité vers l'innovation en contrepartie d'une maîtrise accrue des dépenses. Des questions connexes sont à prendre en compte : une optimisation possible du circuit de distribution du médicament, une réflexion sur la place des assurances complémentaires.

## ► Innovation médicale

37329

ARTICLE  
SERMET (C.)

**La prise en compte de l'innovation thérapeutique dans les politiques de prix et de remboursement des médicaments.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2007/07-12 ; n° 3-4 : 319-341

Cote Irdes : R1698, P59

Cet article vise à faire le point sur la manière dont différents systèmes de santé prennent en compte l'innovation pharmaceutique. Nous avons ainsi essentiellement identifié des outils agissant sur les prix (les prix de référence) et sur le remboursement ou son niveau (le service médical rendu, l'évaluation économique). Sans toutefois viser l'exhaustivité, nous utilisons pour illustrer notre propos quelques exemples sélectionnés dans des pays prenant en compte explicitement l'innovation au sein des processus de régulation du médicament. Ces dix pays ont été choisis de manière raisonnée de façon à représenter à la fois une diversité de solutions en matière de prise en compte de l'innovation et une diversité de modes de régulation des prix et des remboursements des médicaments (Résumé d'auteur).

## ► Libre accès

37452

ARTICLE

**Accès direct de certains médicaments à l'officine : un projet de décret qui soulève bien des interrogations.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO

2008/03/20 ; n° 611 : 2-3

Cote Irdes : c, P72

37690

ARTICLE

**Médicaments en libre accès : bientôt autorisés, sûrement pas obligatoires.**

REVUE PRESCRIRE

2008/05 ; n° 395 : 337

Cote Irdes : P80

L'autorisation de vente de médicaments en «libre accès», dans un espace réservé des officines, est annoncée en France pour mi 2008. Plus de 200 spécialités pharmaceutiques, déjà utilisées en automédication, avec pour certaines une balance bénéfices-risques défavorables, pourraient être concernées.

## ► Médicaments orphelins

37415

FASCICULE  
Orphanet. Paris. FRA

**Liste des médicaments orphelins avec une autorisation de mise sur le marché en Europe.**

CAHIERS D'ORPHANET (LES)

2008/01 ; n° 1 : 15p., tabl.

Cote Irdes : B6429

Ce document contient la liste de tous les médicaments orphelins qui ont reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne à la date indiquée dans le titre. Ces produits de santé peuvent n'être disponibles actuellement que dans certains pays européens puisque des formalités administratives complémentaires peuvent être demandées par les autorités compétentes, par exemple, pour la définition du prix et du tarif de remboursement par l'Assurance Maladie. Cette liste est établie par comparaison de la liste des produits de santé ayant obtenu une désignation orpheline avec la liste des produits ayant obtenu une AMM. Ces deux listes sont disponibles sur le

site internet de la Direction générale entreprise (DG Entreprise) de la Commission européenne. Les informations contenues dans le document sont le nom de spécialité, le nom de substance active, l'indication de la désignation orpheline, le titulaire et la date d'AMM. Des informations complémentaires sur chaque médicament peuvent être trouvées sur le site internet de l'EMA (Agence européenne du médicament). Le registre de l'EMA liste tous les médicaments avec AMM, pas seulement les médicaments orphelins. Les informations sont proposées dans 21 langues de la communauté européenne.

## ► Observance thérapeutique

36219

ARTICLE

SANNINO (N.), MARTIN-DUPONT (F.),  
BOISVERT (J.), et al.

***L'éducation thérapeutique du patient  
asthmatique en médecine de ville vaut-elle le  
coût ?***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2007/06 ; n° 59 : 9-14, fig., tabl.

Cote Irdes : C, P49

A Bordeaux, une action d'éducation thérapeutique réalisée auprès de patients asthmatiques a fait l'objet d'une évaluation. Cet article présente les enseignements de cette étude en termes qualitatifs mais aussi économiques.

37460

ARTICLE

PRUDHOMME (A.)

***Asthme : les critères de sévérité et de  
contrôle.***

CONCOURS MEDICAL

2008/03/20 ; vol. 130 : n° 6 : 288-291

Cote Irdes : c, P19

Si la sévérité de l'asthme peut être envisagée à partir d'un phénotype clinique, ce n'est qu'après avoir vérifié la bonne observance du traitement (et la qualité de l'inhalation) et après six mois à un an de suivi que l'on peut vraiment l'évaluer. Les indications des anti-IgE sont encore très limitées.

37828

ARTICLE

***Programmes d'aide à l'observance des  
firmes : l'Igas contre la confusion des rôles.***

REVUE PRESCRIRE

2008/05 ; vol. 28 : n° 295 : 384-385

Cote Irdes : P80

En France, l'Inspection générale des affaires sociales a replacé les programmes d'aide à l'observance des firmes dans une analyse plus large sur la notion d'observance, la place des firmes en santé publique, les tentatives de la Commission européenne d'autoriser la publicité grand public pour des médicaments de prescription. Au terme de son analyse, l'Igas s'est prononcé clairement contre les programmes d'aide à l'observance des firmes, notamment pour des raisons de confusion d'intérêts. Cette position sans ambiguïté guidera peut-être le gouvernement à légiférer sur ces programmes.

38397

ARTICLE

LAGGER (G.), CHAMBOULEYRON (M.),  
LASSERRE-MOUTET (A.), GIORDAN (A.)

***Education thérapeutique.1re partie : origines  
et modèle.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008 ; vol. 4 : n° 5 : 223-226

Cote Irdes : P198

La médecine actuelle fait face à de grands bouleversements dans l'abord des maladies chroniques qui représentent aujourd'hui, et de loin, la majorité des consultations. Des nouvelles pratiques se mettent en place, notamment parce que ces maladies suggèrent nombre de changements de comportements chez les patients. L'éducation thérapeutique propose des pistes pour l'accompagnement de ces personnes qui peuvent alors apprendre et changer pour améliorer leur santé. Les soignants développent des compétences psycho-pédagogiques et deviennent soignants-éducateurs dans une relation qui se veut respectueuse de la personne : une médecine humaniste.



## Pharmacovigilance

38185

ARTICLE

**Pharmacovigilance : un projet inacceptable de la Commission européenne (Europe).**

REVUE PRESCRIRE

2008/06 ; n° 296 : 461-464

Cote Irdes : P80

Divers désastres de santé publique ont montré la nécessité d'une pharmacovigilance efficace pour protéger les patients. Les propositions de la Commission européenne rendues publiques le 5 décembre 2007 conduisent pourtant à affaiblir le système actuel de pharmacovigilance en donnant à l'industrie pharmaceutique un rôle central dans le recueil, l'alerte, l'analyse, et l'information sur les effets indésirables de leurs médicaments. Cet article fait l'analyse critique de ces propositions.

## Prescription

37453

ARTICLE

**Officine et médicament : pour une systématisation du suivi des traitements à l'unité de prise.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO

2008/03/20 ; n° 611 : 4-5

Cote Irdes : c, P72

Cet article résume les conclusions de l'étude écrite par Francis Megerlin et François Lhoste sur une systématisation du suivi des traitements médicamenteux à l'unité de prise chez les personnes âgées. L'étude complète est parue dans le dernier numéro de «Santé-décision management »et intitulée «structure et coût des médicaments non utilisés au sein des établissements pour personnes âgées».

## Prix

37325

ARTICLE

YFANTOPOULOS (J.)

**Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece.**

*Réformes sur le prix et le remboursement des médicaments en Grèce.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/01 ; vol. 9 : n° 1 : 87-97, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

Pharmaceutical price regulation in Greece is centralized. The National Drug Organization (EOF) is the main regulatory authority functioning under the auspices of the Ministry of Health and Social Solidarity. In 2004, total pharmaceutical expenditure in Greece reached the level of 2.9 billion €, of which 77.9% were public expenditure and the remaining 22.1% private. According to Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) data the total per-capita expenditure on pharmaceutical care in Greece is among the lowest in Europe, representing 58% of the EU-12 average. In 1998, Greece introduced a reimbursement list, and the lowest reference pricing system among the 15 European Union member states with the purpose of controlling the growth of pharmaceutical expenditure. The measures proved to be ineffective since pharmaceutical expenditure, after a short-term reduction, continued to increase at similar rates to those before the introduction of price control mechanisms. The average annual increase of pharmaceutical expenditure in Greece over the period 1998–2003 was 7.9%, which is among the highest in the OECD countries (average 6.1%). New pharmaceutical legislation, no. 3457, was enacted on May 8th 2006, aiming at greater access to medicines, improvements to citizens' quality of life, effective and efficient utilization of health resources, transparency in public management, protecting public health, and maintaining long-term financial viability of the insurance system. The innovative aspect of the new legislation is the abolition of the positive list and the establishment of a rebate system granting the National Insurance Funds a rebate rate paid by the pharmaceutical companies. The purpose of this paper is twofold. First to assess the effectiveness of the positive list introduced in 1988 in Greece, using simple econometric models. Second to present the recent pharmaceutical reforms aimed at the introduction of a rebate system and es-

establishing reimbursement pricing based on the average of the three lowest European prices.

37327

ARTICLE  
GRANDFILS (N.)

**Fixation et régulation des prix des médicaments en France.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2007/07-12 ; n° 3-4 : 53-72

Cote Irdes : R1697, P59

Le médicament est aujourd'hui un des éléments essentiels de la réforme de l'assurance maladie engagée en 2004 et le Gouvernement a fait le choix de renforcer ses actions dans un « plan médicament » dont l'exécution s'est étendue sur la période 2005-2007. On peut y distinguer plusieurs types d'actions : le développement de la consommation de médicaments génériques constitue l'un des leviers majeurs de la politique du médicament car il permet de réduire les coûts sans modifier la structure de prescription des médecins. Cette mission relève plutôt des caisses d'assurance maladie ; la maîtrise médicalisée des dépenses vise, quant à elle, à optimiser les prescriptions dans un souci d'efficacité et de sécurité pour le patient ; c'est l'objet de différents accords entre médecins, pharmaciens et assurance maladie, ainsi que de diverses campagnes d'informations auprès du grand public ; enfin, des mesures plus comptables sont regroupées sous la dénomination de « politique conventionnelle » ; elle englobe la politique de fixation des prix des médicaments au moment de leur inscription, mais également l'ensemble des accords entre l'État et les industriels, notamment sur les volumes de ventes. C'est l'ensemble de ces mesures qui seront détaillées dans cet article.

37420

FASCICULE  
AASERUD (M.), DAHLGREN (A.T.),  
KOSTERS (J.P.), OXMAN (A.D.), STURM  
(H.)

The Cochrane Library. Oxford. GBR

**Pharmaceutical policies : effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies (review).**

*Politiques pharmaceutiques : effets des prix de référence et des autres politiques de fixation de prix et d'achat des produits pharmaceutiques*

COCHRANE LIBRARY (THE)

2008 ; n° 1 : 69p., 32 tabl.

Cote Irdes : c, COCH15

**PBACKGROUND:** Pharmaceuticals can be important for people's health. At the same time drugs are major components of health care costs. Pharmaceutical pricing and purchasing policies are used to determine or affect the prices that are paid for drugs. Examples are price controls, maximum prices, price negotiations, reference pricing, index pricing and volume-based pricing policies. The essence of reference pricing is to establish a maximum level of reimbursement for a group of drugs assumed to be therapeutically equivalent. **OBJECTIVES:** To determine the effects of pharmaceutical pricing and purchasing policies on drug use, healthcare utilisation, health outcomes and costs (expenditures). **SEARCH STRATEGY:** We searched the following databases and web sites: Effective Practice and Organisation of Care Group Register (date of last search: 22/08/03), Cochrane Central Register of Controlled Trials (15/10/03), MEDLINE (07/09/05), EMBASE (07/09/05), ISI Web of Science (08/09/05), CSA Worldwide Political Science Abstracts (21/10/03), EconLit (23/10/03), SIGLE (12/11/03), INRUD (21/11/03), PAIS International (23/03/04), International Political Science Abstracts (09/01/04), NHS EED (20/02/04), PubMed (25/02/04), NTIS (03/03/04), IPA (22/04/04), OECD Publications & Documents (30/08/05), SourceOECD (30/08/05), World Bank Documents & Reports (30/08/05), World Bank eLibrary (04/05/05), JOLIS (22/08/05), Global Jolis (22/08/05 and 23/08/05), WHOLIS (29/08/05). **SELECTION CRITERIA:** Policies in this review were defined as laws, rules, financial and administrative orders made by governments, non-government organisations or private insurers. To be included a study had to include an objective measure of at least one of the following outcomes: drug use, healthcare utilisation, health outcomes, and costs (expenditures); the study must be a randomised controlled trial, non-randomised controlled trial, interrupted time series analysis, repeated measures study or controlled before-after study of a pharmaceutical pricing or purchasing policy for a large jurisdiction or system of care. **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** Two reviewers independently extracted data and assessed study limitations. Quantitative analysis of time series data, for studies with sufficient data, and qualitative analyses were undertaken. **MAIN RESULTS:** We included 10 studies of reference pricing and one study of index pricing. Most of the reference pricing studies were for senior citizens in British Columbia, Canada. The use (dispensing) of refer-

ence drugs increased in five studies, between 60% and 196% immediately after introduction of reference drug pricing, whereas the use of cost sharing drugs decreased by between 19% and 42% in four studies. In three studies the reference drug group expenditures decreased (range 19% - 50%), whereas in the fourth study the expenditures increased by 5% in the short term. The results after six months of reference pricing do not show any clear pattern in relationship to the immediate effects. We found no evidence of adverse effects on health and no clear evidence of increased health care utilisation. For index pricing the evidence was much more limited than for reference drug pricing. A small reduction in drug prices was found. **AUTHORS' CONCLUSIONS:** We found relatively few studies of pricing policies. The majority of the studies dealt with reference pricing. They had few methodological limitations. Based on the evidence in this review, mostly from senior citizens in British Columbia, Canada, reference drug pricing can reduce third party drug expenditures by inducing a shift in drug use towards less expensive drugs. We found no evidence of adverse effects on health and no clear evidence of increased health care utilisation. The analysis and reporting of the effects on patient drug expenditures were limited in the included studies and administration costs were not reported (Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD005979).

38646

ARTICLE

**Fixation des prix des médicaments : le cas des "me-too" et des "contre génériques".**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2008/07/24 ; n° 626 : 7-8

Cote Irdes : P72

La question de la fixation des prix des « me-too » et de ceux des médicaments qualifiés de « contre génériques » suscitant régulièrement des interrogations ou des réflexions, le Comité économique des produits de santé (CEPS) a souhaité rappeler quelques principes dans son rapport d'activité 2007. Ce fascicule en publie une analyse.

## ► Remboursement

36867

FASCICULE

DEVAUX (M.), GRANDFILS (N.), SERMET (C.)

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

**Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2007/12 ; n° 128 : 1-6

Cote Irdes : QES 128

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes128.pdf>

Suite à la vague de déremboursement du 1er mars 2006, les médecins généralistes ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures. De ce point de vue, la mesure peut être considérée comme efficace. Il s'avère toutefois que les médecins ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques comme les antitussifs ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques, la justification médicale de ce report n'étant pas toujours facile à établir. En termes économiques, le prix des mucolytiques et des expectorants étant peu élevé, la mesure n'a pas de répercussions sur le coût de l'ordonnance qui reste stable malgré les reports et l'augmentation tendancielle de la prescription des autres classes de médicaments.

37454

ARTICLE

**Prise en charge des médicaments : de nouvelles conditions dérogatoires.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2008/03/11 ; n° 610 : 6-9

Cote Irdes : c, P72

Cette fiche fait une analyse du décret n° 2008-211 paru au journal officiel du 5 mars 2008, qui fixe de nouvelles modalités de prise en charge dérogatoire des médicaments, produits ou prestations qui ne figurent pas au périmètre des biens et services remboursables.

## ► Substitution

38460

ARTICLE

### **Substitution des médicaments biosimilaires : des spécificités scientifiques.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2008/07/10 ; n° 625 : 7-12

Cote Irdes : P72

Ce dossier analyse la présentation de Jean-Louis Prugnaud, pharmacien chef à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, sur les problèmes techniques que posent les médicaments biosimilaires et sur leur nouveau cadre réglementaire. Cette présentation effectuée à l'Académie nationale de pharmacie met en lumière les problèmes de substitution ou d'interchangeabilité que rencontrent les médecins dans leur exercice quotidien et les laboratoires pharmaceutiques dans la confection de ces produits.

## TECHNOLOGIES MÉDICALES

## ► Nanotechnologies

38731

FASCICULE

OBADIA (A.)

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

### **Les nanotechnologies.**

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL  
ECONOMIQUE ET SOCIAL

2008/07 ; n° 21 : 177p.

Cote Irdes : P111/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000408/0000.pdf>

Le rapporteur définit tout d'abord le nanomètre (unité de mesure qui correspond au milliardième de mètre ou à un millionième de millimètre). Il décrit ensuite les domaines d'application et les enjeux des nanosciences et des nanotechnologies (industrie de l'électronique et de la communication, industries pharmaceutique, biotechnologique, cosmétologique, industrie agro alimentaire). Il présente le système de recherche français et établit des comparaisons avec d'autres pays, évoque le débat social et la prévention des risques sanitaires et environnementaux. Il estime souhaitable

d'accroître l'effort de recherche et d'investissement des entreprises, de renforcer la recherche fondamentale en toxicité (notamment concernant la santé humaine) et de mettre à jour la réglementation. Il conclut que le développement des nanotechnologies est un enjeu incontournable pour l'avenir et que leur maîtrise constitue un enjeu décisif pour l'emploi, le rayonnement de la France et de l'Europe. Neuf fiches apportent des précisions sur différents sujets touchant les nanotechnologies.

## SYSTEMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

## ► États-Unis

37631

ARTICLE

GEMMILL (M.)

### **Pay-for-performance in the US: what lessons from Europe ?**

Le paiement à la performance aux États-Unis : quelles leçons en provenance de l'Europe ?

EUROHEALTH

2007 ; vol. 13 : n° 4 : 21-23

Cote Irdes : Bulletin étranger

Pay-for-performance (P4P), a model of provider reimbursement linked to quality achievement or improvements, has been gaining traction in the United States. This paper examines the rationale behind P4P programmes and discusses some recent examples of pay-for-performance initiatives within the private insurance, Medicare, and Medicaid programmes in the US. While the evidence on P4P is still relatively scant, we are able to derive some preliminary conclusions on the design and effectiveness of P4P activities from the existing evidence. These considerations are then discussed in light of European health policy, and we provide some insight for European policy makers on the adoption of P4P programmes.

38303

ARTICLE, INTERNET

STEINBROOK (R.)

### **Health Care Reform in Massachusetts : Expanding Coverage, Escalating Costs.**

La réforme du système de santé dans le Massachusetts : accroître la couverture

sociale, évaluer les coûts.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

2008/06/26 ; vol. 358 : n° 26 : 2757-2760

Cote Irdes : En ligne

<http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/26/2757.pdf>

The far-reaching health care reforms that Massachusetts enacted in April 2006 are often cited as a model for other states.<sup>1</sup> After 2 years, the good news is that the new programs have ramped up rapidly, the number of people without health insurance has been substantially reduced, and overall public and political support remains broad. Early data suggest that access to care has improved, especially among low-income adults; there have also been «reductions in out-of-pocket health care spending, problems paying medical bills, and medical debt.»<sup>2</sup> As of May 2008, about 350,000 residents — 5.5% of the state's population — were newly insured (see figure). About half of them are enrolled in Commonwealth Care, a subsidized insurance program for adults who have no access to employer-sponsored insurance, Medicare, Medicaid, or veterans' or student insurance programs and who earn no more than 300% of the federal poverty guidelines. About a third have purchased private insurance or gained employer-sponsored coverage, and the rest have enrolled in Medicaid. About 72% of the approximately 25,000 people with new individual policies have purchased them through Commonwealth Choice, an unsubsidized offering of private health plans approved by the Commonwealth Health Insurance Connector Authority, which administers many aspects of the reforms. In addition, the individual and small-group insurance markets have been merged, markedly reducing the cost of individual premiums.

38375

ARTICLE

DRUCKER (J.)

***Le débat sur la santé dans la campagne présidentielle.***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 19 : 21-27

Cote Irdes : P168

La santé est aujourd'hui un sujet de grande préoccupation pour le public américain en raison de l'explosion des coûts et de la dégradation de la couverture du risque maladie qui conduisent à des inégalités criantes d'accès aux soins. Cette situation plaide en faveur d'une réforme ambitieuse du système de san-

té, amorcée par certains Etats, mais encore très controversée au niveau fédéral. A l'occasion de la campagne présidentielle de 2008, la santé est devenue l'un des principaux enjeux de la politique intérieure aux États-Unis. Cet article décrit et analyse les visions et les orientations stratégiques des programmes démocrate et républicain qui s'affrontent aujourd'hui sur le thème du système de santé.

38376

ARTICLE

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

***Le débat sur la santé dans la campagne présidentielle.***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 19 : 29-35

Cote Irdes : P168

Le système de santé des États-Unis se distingue par son coût très élevé, sa fragmentation et la multiplicité d'organismes qui le gèrent. La majorité des Américains sont couverts par une assurance privée de santé liée à l'emploi. Les assurances publiques ne concernent que les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes handicapées dans le cadre de Medicare et certaines catégories de familles pauvres ainsi que des enfants au travers des programmes Medicaid/SCHIP. Quarante-sept millions de personnes n'ont aucune assurance maladie. Les managed care organisations, réseaux de soins gérés par les assurances privées, sont devenus le modèle dominant et réunissent les fonctions d'assurance et de production des soins

38377

ARTICLE

MESSI (P.)

***Le financement caritatif du système de santé.***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 19 : 37-42

Cote Irdes : P168

Pour les 15,8% de la population sans couverture santé et pour le nombre croissant de personnes possédant une assurance maladie précaire, le secteur caritatif offre une dernière chance d'accéder à des soins dont la qualité n'est heureusement pas proportionnelle à leur coût. C'est grâce à une tradition du bénévolat très ancrée dans la société américaine et au soutien apporté par des entreprises ou des particuliers fortunés à travers leurs fondations

que se développe ce secteur, de plus en plus voué à pallier le désengagement de l'État fédéral en matière de santé.

38384

ARTICLE

LACRONIQUE (J. F.)

**Modèle ou contre-modèle ?**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 19 : 91-101

Cote Irdes : P168

Les États-Unis jouent, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, un rôle stimulant sur la recherche médicale et se placent aujourd'hui dans une position de totale suprématie (prix Nobel, publications dites « internationales », industrie pharmaceutique, etc.). Pourtant, le système de santé américain n'est cité en exemple par personne, y compris par les Américains eux-mêmes qui contestent parfois même la notion de « système ». De ce fait, l'insatisfaction à l'égard de pratiques particulièrement coûteuses et de qualité très variable a généré le besoin d'effectuer des recherches sur les services de santé, à partir d'expériences locales souvent intéressantes et bien évaluées. Par ailleurs, on ne peut sous-estimer l'apport des États-Unis à la mise en place de nombreuses infrastructures européennes, notamment les agences de sécurité sanitaire et l'organisation moderne des hôpitaux et des soins ambulatoires, et au développement de l'influence positive des associations militantes ou charitables sur la vie sociale et la santé des citoyens.

38401

FASCICULE

DRUCKER (J.), COHU (S.), LEQUET-SLAMA (D.), MESSI (P.), HARTMANN (L.), SILBER (D.), KY SAR (D.A.), GARITY (T.O.), BADEY (F.), LACRONIQUE (J. F.)

**Les États-Unis et la santé.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 19 : 21-101

Cote Irdes : P168

Ce numéro propose de revisiter le système de santé américain au moment où la santé occupe une place majeure dans la campagne présidentielle aux États-Unis. Il aborde les thèmes suivants : les assurances santé, le financement caritatif du système de santé, le coût du système de santé, l'exercice de la médecine aux États-Unis, mythes et réalités

des erreurs médicales, la FDA, les États Unis et la santé : modèle ou contre-modèle ?

PEARSON (S. D.), SCHNEIDER (E. C.), KLEINMAN (K. P.), COLTIN (K. L.), SINGER (J. A.)

**The impact of pay-for-performance on health care quality in Massachusetts, 2001-2003.**

HEALTH AFFAIRS

2008 : vol. 27 : n° 4 : 1167-1176.

Cote Irdes : P95

Pay-for-performance (P4P) has become one of the dominant approaches to improving quality of care, yet few studies have evaluated its effectiveness. We evaluated the impact on quality of all P4P programs introduced into physician group contracts during 2001-2003 by the five major commercial health plans operating in Massachusetts. Overall, P4P contracts were not associated with greater improvement in quality compared to a rising secular trend. Future research is required to determine whether changes to the magnitude, structure, or alignment of P4P incentives can lead to improved quality.

FOOTE (S. B.), VIRNIG (B. A.), TOWN (R. J.), HARTMAN (L.)

**The impact of Medicare coverage policies on health care utilization.**

HEALTH SERVICES RESEARCH

2008 : vol. 43 : n° 4 : 1285-1301.

Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To determine whether Medicare coverage policies affect utilization of services in Medicare. DATA SOURCES: We constructed an analysis data set for eight different procedures using secondary data obtained from Medicare claims (1999-2002) and Medicare coverage policies posted on Center for Medicare and Medicaid Services website. STUDY DESIGN: We analyzed the impact of coverage policies using difference-in-difference approach in a regression framework. PRINCIPAL FINDINGS: We found that in only one case (transesophageal echocardiography) out of eight did utilization change (reduced by 13.6 percent) after the effective date of the local policies. There is no systematic pattern that policies affect utilization, and the type of coverage policy does not seem to play an important role in its impact. CONCLUSIONS: Coverage policies have the potential but do not consistently impact utilization as policy makers intend and expect them to do. These

findings raise significant policy questions about the effectiveness of Medicare coverage policies, which deserve further study.

HIMMELSTEIN (D. U.), WOOLHANDLER (S.)

***Privatization in a publicly funded health care system: the U.S. experience.***

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2008 : vol. 38 : n° 3 : 407-419.

Cote Irdes : P35

The United States has four decades of experience with the combination of public funding and private health care management and delivery, closely analogous to reforms recently enacted or proposed in many other nations. Extensive research, herein reviewed, shows that for-profit health institutions provide inferior care at inflated prices. The U.S. experience also demonstrates that market mechanisms nurture unscrupulous medical businesses and undermine medical institutions unable or unwilling to tailor care to profitability. The commercialization of care in the United States has driven up costs by diverting money to profits and by fueling a vast increase in management and financial bureaucracy, which now consumes 31 percent of total health spending. The Veterans Health Administration system--a network of government hospitals and clinics--has emerged as the leader in quality improvement and information technology, indicating the potential for public sector excellence and innovation. The poor performance of U.S. health care is directly attributable to reliance on market mechanisms and for-profit firms, and should warn other nations from this path.

LIU (C. F.), CHAPKO (M. K.), PERKINS (M. W.), FORTNEY (J.), MACIEJEWSKI (M. L.)

***The impact of contract primary care on health care expenditures and quality of care.***

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

2008 : vol. 65 : n° 3 : 300-314.

Cote Irdes : P182

The Department of Veterans Affairs (VA) established community-based outpatient clinics to improve veterans' access to primary care. This article compares VA use and expenditures among primary care users at 76 VA-staffed community clinics (n = 17,060) and 32 non-VA contract community clinics receiving capitation (n = 6,842) using VA administrative databases. It estimates utilization using negative binomial

models and expenditures using generalized linear one-part or two-part models. Contract community clinic patients are less likely to use all types of outpatient services than VA-staffed community clinic patients but had similar quality of care. For patients seeking care, contract community clinic patients had similar specialty care expenditures but lower primary care, outpatient, and overall expenditures. Results suggest that capitated contract clinics did not shift costs to specialty care and appeared to be an economically efficient mechanism for improving veterans' access to primary care while meeting VA quality of care standards.

LONG (S. K.)

***On the road to universal coverage: impacts of reform in Massachusetts at one year.***

HEALTH AFFAIRS

2008 : vol. 27 : n° 4 : w270-w284.

Cote Irdes : P95

In April 2006, Massachusetts passed legislation intended to move the state to near-universal coverage within three years and, in conjunction with that expansion, to improve access to affordable, high-quality health care. In roughly the first year under reform, uninsurance among working-age adults was reduced by almost half among those surveyed, dropping from 13 percent in fall 2006 to 7 percent in fall 2007. At the same time, access to care improved, and the share of adults with high out-of-pocket costs and problems paying medical bills dropped. Despite higher-than-anticipated costs, most residents of the state continued to support reform.

## ► Irlande

37835

ARTICLE

NOLAN (A.), NOLAN (B.)

***Eligibility for free GP care, "need" and GP visiting in Ireland.***

*Eligibilité pour des soins gratuits auprès des médecins généralistes, besoin et visites des médecins généralistes en Irlande.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/05 ; vol. 9 : n° 2 : 157-163, 3 tab.

Cote Irdes : P151

The determinants of general practitioner (GP) visiting patterns in Ireland, in particular the

role of eligibility for free GP care, are examined using microdata from a nationally representative survey of the population in 2001. Whereas most studies find that need factors such as age and health status are most important in determining GP visiting rates, the Irish situation is complicated by the distinction between medical card patients, who receive free GP visits, and private patients, who must pay for each visit. Controlling for a variety of need-related and other factors, the results show that health status and medical card eligibility are consistently most important in explaining differences in GP visiting patterns. The medical card result is particularly noteworthy; even when differences in age and other observable characteristics between medical card and private patients are taken into account, medical card patients are both more likely than private patients to visit their GP, and they visit more frequently when they do. In addition, we investigated whether individuals just above the income threshold for a medical card are disadvantaged in terms of accessing GP services in comparison with other private patients on higher incomes. We found that there is little significant difference among private patients in GP visiting rates as we move up the income distribution.

## ► Italie

APELLA (V.), DEB (P.)

***Are primary care physicians, public and private sector specialists substitutes or complements? Evidence from a simultaneous equations model for count data.***

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 3 : 770-785.

Cote Irdes : P79

In this paper, we examine the relationships between health care visits to general practitioners, public and private sector specialists using data from Italy, which has a mixed public-private health care system. We develop a simultaneous equations model that allows for the discreteness of measures of utilization and estimate this model using maximum simulated likelihood. Once common unobserved heterogeneity is properly accounted for, general practitioners, public and private specialists are found to be substitute sources of medical care. In contrast, a naive model finds they are complements.

## ► Norvège

37833

ARTICLE

GRYTEN (J.), CARBSEN (F.), SKAU (I.)

***Primary physicians' response to changes in fees.***

*La réponse des médecins généralistes au changement de leurs honoraires.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/05 ; vol. 9 : n° 2 : 117-125, 4 tab.

Cote Irdes : P151

The study examines how the service production of primary physicians in Norway is influenced by changes in fees. The data represent about 2,650 fee-for-service physicians for the years 1995–2000. We constructed a variable that made it possible to estimate income effects of fee changes on service levels. Service production was measured by the number of consultations per physician, the number of laboratory tests per consultation and the proportion of consultations lasting more than 20 min. Our main finding is that fee changes have no income effect on service production. Our results imply that fee regulation can be an effective means of controlling physicians' income, and therefore government expenditure, on primary physician services.

## ► Pays-Bas

38661

ARTICLE

MOSCA (H.), SCHUT-WELKZIJN (A.)

***Choice determinants of the mobility in the Dutch Health Insurance market.***

*Déterminants dans le choix de la mobilité au sein du marché néerlandais de l'assurance maladie.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/08 ; vol. 9 : n° 3 : 261-264, 3 tab.

Cote Irdes : P151

This issue estimates a Logit model for the choice determinants of the mobility in the Dutch market for health insurance in 2006. The results highlight that socio-economic, geographical, and health-related factors matter in the decision to switch health care insurer. Moreover, previous contact with the insurer



and the former type of health policy are also of influence.

## ► Royaume-Uni

37834

ARTICLE

MCGREGOR (P.), MCKEE (P.), O'NEILL (C.)

***The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison***

*Le rôle des facteurs de besoin non médicaux dans l'analyse des recours individuels aux médecins généralistes et leurs implications dans l'exercice de l'équité : une comparaison internationale.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/05 ; vol. 9 : n° 2 : 147-156, 8 tab.

Cote Irdes : p151

A substantial amount of health care resources is allocated within the UK using formulae that relate funding to measures of population need. The aim of this paper is to demonstrate the importance of non-need factors in determining utilisation of services at an individual level and explore the implications inclusion of such factors has in the consideration of equity. In the paper we develop a utility model that accords a role to non-health factors in the determination of service use. A series of functions incorporating non-health factors as explanatory variables in GP utilisation functions are estimated using data from the British Household Panel Survey. The functions are decomposed to ascertain the role of service structure and examine the role of income across the four countries of the UK in explaining utilisation. The implications of our findings for the pursuance of equity in the NHS when individual choice has an explicit role are discussed.

## ► Union européenne

37463

FASCICULE

MLADOVSKY (P.), SUURMOND (J.), STRONKS (K.) et al.

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

***Migration et santé dans les systèmes de santé de l'Union européenne.***

EURO OBSERVER - NEWSLETTER OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS

2007 ; vol. 9 : n° 4 : 8p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver\\_Winter2007.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver_Winter2007.pdf)

In this issue of Euro Observer, three countries' migrant health policies are described, revealing considerable differences. In Italy, policy regarding the health of migrants is relatively developed and at the central level, immigrant related health policy targets have been set since the 1990s. However, it is not clear how successful the government has been with implementation. The Netherlands stands out in Europe for its sustained and systematic attention to problems of migrant health, although a closer look at the current situation suggests there is a danger of these initiatives stagnating. In Spain, migrant health and health care issues have only recently started to feature in national and regional plans for the integration of immigrants. In light of this variability, there appears to be a significant role for the EU to play in facilitating the development and transfer of evidence and information on immigrant health policy. Certainly, the Portuguese Presidency's focus is designed to create the momentum needed to realize this objective. A good starting point would be addressing the methodological problems associated with migrant health research. Specifically, there is a need for: increased funding to develop research techniques; increased collaboration at the European level between national research centres; and increased attention paid to the methodological barriers to including data on migrants in national and European health surveys.

38320

FASCICULE

PETRASOVA (A.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

### **Social protection in the European Union.**

*La protection sociale dans l'Union européenne.*

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND SOCIAL CONDITIONS

2008 ; n° 46 : 12p., 6 tabl., 5 fig.

Cote Irdes : S30/3

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFF-PUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFF-PUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF)

Ce document décrit et analyse les dépenses et le financement de la protection sociale dans les différents pays européens. Les dépenses de protection sociale représentaient en moyenne 27,2 % du PIB de l'UE 27 en 2005. Cette moyenne masque de fortes disparités d'un pays à l'autre. Les dépenses au titre de la vieillesse et de la survie sont prédominantes au sein des prestations sociales pour la plupart des pays. Le système de financement de la protection sociale présente des différences marquées selon les pays.

sis was conducted using a disease model for Parkinson's disease. Five methods for estimating partial EVPIs (EVPPIs) were used: a single Monte Carlo simulation (MCS) method, the unit normal loss integral (UNLI) method, a two-stage method using MCS, a two-stage method using MCS and quadrature and a difference method requiring two MCS. EVPPI was estimated for each individual parameter in the model as well as for three groups of parameters (transition probabilities, costs and utilities). Using 5,000 replications, four methods returned similar results for EVPPIs. With 5 million replications, results were near identical. However, the difference method repeatedly gave estimates substantially different to the other methods. The difference method is not rooted in the mathematical definition of EVPI and is clearly an inappropriate method for estimating EVPPI. The single MCS and UNLI methods were the least complex methods to use, but are restricted in their appropriateness. The two-stage MCS and quadrature-based methods are complex and time consuming. Thus, where appropriate, EVPPI should be estimated using either the single MCS or UNLI method. However, where neither of these methods is appropriate, either of the two-stage MCS and quadrature methods should be used.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

### ► Analyse de la valeur

38659

ARTICLE

COYLE (D.), OAKLEY (J.)

#### **Estimating the expected value of partial perfect information : a review of methods.**

*Estimation de la valeur attendue d'une information parfaite partielle : une revue de la méthode.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/08 ; vol. 9 : n° 3 : 251-259, 3 tabl., 3 fig.

Cote Irdes : P151

Value of information analysis provides a framework for the analysis of uncertainty within economic analysis by focussing on the value of obtaining further information to reduce uncertainty. The mathematical definition of the expected value of perfect information (EVPI) is fixed, though there are different methods in the literature for its estimation. In this paper these methods are explored and compared. Analy-

### ► Coût de la maladie

37522

ARTICLE, INTERNET

WARD (M.M.), CLABAUGH (G.)

#### **Studies in the United States : A Systematic Methodologies Used for Direct Cost.**

*Etudes en vigueur aux États-Unis : méthodologies utilisées dans les revues de la littérature systématiques sur les coûts directs.*

VALUE IN HEALTH

2008 ; vol. 11 : n° 1 : 1-9, tabl., fig

Cote Irdes : En ligne

We undertake a systematic review to examine the methods used by researchers in developing cost-of-illness (COI) studies. This review aims to categorize the approaches that the published literature uses in terms of perspective, scope, components of care analyzed in the literature, data sets, and valuation approaches used for direct cost. It draws conclusions regarding the adequacy of current COI research methods and makes recommendations on improving them. Methods: The online bibliographic information service HealthSTAR

(which incorporates MEDLINE) was used to search for COI studies in the research literature published; during the period from 2000 to 2004. The search strategy used the term "cost of illness" as a MeSH (medical subject heading) term. Results: The HealthSTAR literature search identified references to 650 articles. Review of abstracts resulted in the identification of 170 of these for a more detailed review. This process identified 52 articles that met all criteria of COI studies. We identified 218 components of care analyzed across the 52 articles. Private-insurance or employer-claims data sets comprised the largest source of utilization and cost information among the studies. Conclusion: Analyzing cost of illness presents useful opportunities for communicating with the public and policymakers on the relative importance of specific diseases and injuries. Our research, however, indicates that COI studies employ varied approaches and many articles have methodological limitations. Without well-accepted standards to guide researchers in their execution of these studies, policymakers and the general public must be wary of the methods used in their calculation and subsequent results.

## ► Décision médicale

38398

ARTICLE  
LEJEUNE (C.)

***L'évaluation économique : un outil d'aide à la décision médicale.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2008 ; vol. 4 : n° 5 : 227-230  
Cote Irdes : P198

Le mot « efficience » est souvent utilisé sans être véritablement défini, ni ses objectifs clairement expliqués. Il constitue un critère de jugement spécifique dans le domaine de la santé, distinct des critères cliniques et des critères budgétaires classiquement utilisés et qui continuent de s'opposer. En effet, l'approche médicale vise à faire bénéficier les patients des innovations les plus récentes indépendamment de leur coût. L'approche des gestionnaires repose sur des critères budgétaires : elle tente de gérer des écarts comptables par rapport à une norme prévisionnelle d'évolution des dépenses. Le critère d'efficience, utilisé par les économistes de la santé, se trouve à la croisée de ces deux approches.

## ► Enquêtes

37387

ARTICLE  
MARPSAT (M.)

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

***L'enquête de l'Insee sur les sans-domicile : quelques éléments historiques.***

COURRIER DES STATISTIQUES  
2008/01-04 ; n° 123 : 53-64  
Cote Irdes : S15

L'enquête conduite par l'Insee en 2001 est la première enquête nationale européenne auprès des sans-domicile. Sa réalisation a été cependant précédée par les enquêtes pilotes de l'Institut national d'études démographiques (Ined) au début des années 1990, dans le cadre des travaux du Conseil national de l'information statistique (Cnis), et par les recherches financées par le premier programme du Plan urbain sur ce thème. L'ensemble de ces premiers travaux s'insère dans le contexte très particulier de l'apparition de la « question SDF » (« sans domicile fixe », selon le titre de l'ouvrage de Julien Damon) dans le débat public et les médias.

38456

ARTICLE  
HALLER (M.), MULLER (B.)

***Characteristics of personality and identity in population surveys : approaches for operationalising and localizing variables to explain life satisfaction.***

*Caractéristiques de personnalité et d'identité dans les enquêtes en population : approches pour l'opérationnalisation et la localisation des variables pour expliquer le sentiment de bien-être.*

BULLETIN DE METHODOLOGIE  
SOCIOLOGIQUE (BMS)  
2008/07 ; n° 99 : 5-33  
Cote Irdes : P97

Les caractéristiques de personnalité et d'identité ne sont pas habituellement comprises dans des études sociologiques. De telles questions sont considérées de faire partie de la psychologie. Mais la sociologie peut développer des outils de recherche pour les opérationnaliser d'une manière efficace et succincte. Cet arti-

cle basé sur une enquête représentative de la population autrichienne, montre qu'il est possible de saisir de telles caractéristiques avec des outils relativement simples, et les caractéristiques d'identité et de personnalité peuvent expliquer une partie importante de la variance dans le sentiment de bien être. Des échelles spécifiques ont été développées pour saisir les cinq grands (the big five) facteurs de la personnalité, quatre aspects de soi et onze aspects de l'identité sociale.

## ► Enquêtes santé

37553

FASCICULE

ALLONIER (C.), DOURGNON (P.), ROCHE-REAU (T.)

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

***L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé.***

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2008/04 ; n° 131 : 4p.

Cote Irdes : QES 131

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur

les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'oeuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

38793

FASCICULE

AUBIN (J.), CAMIRAND (J.), BOUCHER (M.), COURTEMANCHE (R.)

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.). Direction Santé Québec. Québec. CAN

***Enquêtes sociales et de santé au Canada, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni de 1995 à 2005 : une synthèse.***

ZOOM SANTE

2007/12 ; 16p., 4 tabl.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom\\_sante\\_dec07.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_dec07.pdf)

Cet article dresse un inventaire des enquêtes de santé et des enquêtes sociales ayant une composante santé substantielle, réalisées au cours d'une période de dix ans (1995-2005), dans quatre pays : le Canada, les États-Unis, la France et le Royaume-Uni. Au Canada, les enquêtes provinciales y sont aussi recensées. Les enquêtes sont présentées par type (transversale/longitudinale), population ciblée, thème et périodicité.

## ► Histoire de la statistique

37389

ARTICLE

ARMATTE (M.), BERLIVET (L.), DIDIER (E.), TOUCHELAY (B.), AKHABBAR (A.), LABBE (M.), BERNARDIN (S.), MESPOULET (M.), LANG (G.), ANTOINE (J.)

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

***Dossier spécial histoire de la statistique.***

COURRIER DES STATISTIQUES

2008/01-04 ; n° 123 : 4-44

Cote Irdes : S15

En 2006, l'Insee a organisé pour la première fois des « Journées d'histoire de la statistique » (JHS). Ce séminaire regroupait une douzaine d'intervenants, universitaires et experts de l'Institut, qui ont exposé le fruit de

leurs recherches. Leurs travaux historiques portaient sur la statistique en France, mais aussi en Allemagne, en Russie et aux États-Unis, essentiellement aux dix-neuvième et vingtième siècles. Ce sont les actes résumés de ces journées que le Courrier des statistiques publie aujourd'hui.

## ► Indicateurs économiques

36875

ARTICLE

MENAHM (G.)

***Le taux de sécurité démarchandisée : un outil d'évaluation des systèmes de protection sociale européens.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE

2007/10 ; vol. 60 : n° 4 : 73-110

Cote Irdes : R 1685 bis, P55

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/83/76/PDF/RISS-2007-4-Tauxdesecuritedemarchandise.pdf>

L'auteur propose, dans cet article, un outil d'évaluation de la sécurité économique assurée par les systèmes de Sécurité sociale, d'aides et d'assistance sociales : le «taux de sécurité démarchandisée». Il s'agit de mieux appréhender la garantie que la puissance publique apporte aux droits sociaux ainsi que ses interventions au titre de la solidarité nationale dans un contexte de confrontation de l'Etat social avec les forces du marché. Pour ce faire, l'auteur présente les principales composantes du «taux de sécurité démarchandisée » dans vingt pays européens en 2002, procède à des simulations dont il analyse les résultats. Il met en évidence que trois logiques distinctes gouvernent les variations.

38266

ARTICLE

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

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

***Indice des prix à la consommation et indice du coût de la vie.***

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2008/01 ; n° 44 : 1-5

Cote Irdes : En ligne

[http://argses.free.fr/textes/44\\_indices\\_des\\_prix.pdf](http://argses.free.fr/textes/44_indices_des_prix.pdf)

Depuis quelques années, un décalage est apparu entre l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE et le sentiment de la population française quant à l'évolution des prix et du niveau de vie. L'INSEE estime que l'indice des prix a augmenté légèrement plus vite que les revenus, les Français, eux, ont l'impression que leur pouvoir d'achat a diminué et l'expriment. L'objectif de cet article est d'expliquer les raisons de ce désaccord.

## ► Migration

38386

ARTICLE

THIERRY (X.)

***Migration : le défi statistique européen.***

FUTURIBLES

2008/07-08 ; vol. : n° 343 : 61-77, tabl., graph.

Cote Irdes : P166

L'Union européenne a adopté, en juillet 2007, un règlement visant à harmoniser les statistiques européennes relatives aux migrations internationales. Comme le montre ici Xavier Thierry, le défi statistique est de taille et il est urgent de le relever : dans 7 des 27 États membres (dont la France), on ignore le volume d'entrées et de sorties du territoire, et dans les autres pays, quand les chiffres existent, ils n'ont pas la même fiabilité et ne sont pas forcément comparables. Après avoir rappelé les sources d'information existantes en Europe sur les migrations internationales (registres de population, enquêtes diverses, fichiers de titres de séjour), l'auteur revient sur la définition des « migrants internationaux », avant de s'intéresser de plus près à la mesure des flux de migrations internationales propres à la France et à la manière de l'améliorer. Il propose ensuite des éléments de comparaison entre pays de l'Union, en tenant compte des difficultés liées aux instruments de mesure existants. Enfin, il s'intéresse au cas particulier des statistiques de titres de séjour, qui constituent un outil intéressant en matière d'évaluation des politiques migratoires, mais dont le mode de calcul en France se révèle quelque peu étonnant dans le cadre de la nouvelle politique d'immigration affichée par le gouvernement, et pas forcément cohérente avec les principes adoptés à l'échelle européenne.

## ► Sélection adverse

38455

ARTICLE

ALARY (D.), BIEN (F.)

**Assurance santé et sélection adverse :  
l'incidence des maladies invalidantes.**

REVUE ECONOMIQUE

2008/07 ; vol. 59 : n° 4 : 737-748

Cote Irdes : P57

Cet article examine l'incidence des maladies invalidantes sur les contrats d'assurance santé en présence de sélection adverse. Pour ce faire, il utilise un modèle d'utilité bivariable de décision dans le risque. Il montre que l'introduction des maladies invalidantes modifie les résultats traditionnels de Rothschild et Stiglitz (1976). Il caractérise des conditions pour lesquelles les contrats de premier rang peuvent être offerts en présence de sélection adverse.

## ► Systèmes d'information

36822

ARTICLE

FOURNEL (I.), SCHWARZINGER (M.),  
BENZENINE (E.), BINQUET (C.), HILL (C.),  
QUANTIN (C.)

**Détermination du statut vital par chaînage  
entre des données hospitalières et  
les données de mortalité nationales  
anonymisées.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ  
PUBLIQUE

2007/10 ; vol. 55 : n° 5 : 365-373, rés., tabl.,  
graph.

Cote Irdes : C, P11

L'objectif de cette étude est d'évaluer la performance de la détermination du statut vital par croisement de données hospitalières et des données de mortalité de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), après avoir rendu ces informations anonymes, en conformité avec la législation. L'ensemble des patients, domiciliés en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, hospitalisés pour la première fois pour une tumeur maligne entre 1998 et 2000 à l'Institut Gustave-Roussy ont été inclus. Les données de mortalité de l'Insee des années 1998 à 2004 ont été utilisées. Les données ont été anonymisées par une technique de hachage irréversible. Les fichiers de mortalité et

de morbidité hospitalière ont été chaînés sur le nom, le premier prénom, la date de naissance et le code de la commune de naissance, en utilisant la méthode probabiliste de Jaro. Dix mille quatre-vingt-neuf patients ont été inclus. Les résultats du chaînage étaient très satisfaisants pour l'ensemble des patients inclus ; la proportion de bien classés était de 97,2%, la sensibilité de 94,8% et la spécificité de 99,5%. La performance de cette méthode était particulièrement satisfaisante pour les patients nés en France, avec une sensibilité de 96,8% et une spécificité de 99,8%. Les résultats étaient moins bons pour les patients nés à l'étranger (sensibilité à 82,8% et spécificité à 97,7%), mais les performances de la méthode sont améliorées par l'ajout d'une étape de validation manuelle. L'utilisation du chaînage probabiliste sur des données anonymisées permet d'obtenir des informations sur le statut vital d'un nombre important de patients à un moindre coût, et tout en respectant les exigences de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Résumé d'auteur).

## ► Sondages

38270

COMMUNICATION

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

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

**Premiers sondages des Français dans  
les dossiers de la Sécurité sociale et  
appariement dans les dossiers de la  
Sécurité sociale.**

Colloque francophone sur les sondages.

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2005 ; n° 40 : 16p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://argses.free.fr/textes/40\\_ESPS\\_EPAS\\_version\\_complete.pdf](http://argses.free.fr/textes/40_ESPS_EPAS_version_complete.pdf)

C'est l'histoire qui a conduit en 40 ans d'une réflexion sur les méthodes d'enquête et d'une utilisation novatrice des informations figurant dans les dossiers de Sécurité sociale au panel national sur les soins et la santé. Cette méthodologie a été reprise dans d'autres domaines. Dans les années 60, les statistiques en micro-économie de la santé étaient issues d'enquêtes auprès des ménages ou des producteurs de soins. Entre 1965 et 1975, l'utilisation des dossiers de Sécurité sociale est envisagée pour estimer la consommation et les remboursements, étudier les relations avec la

morbidité et les variables sociodémographiques, tester l'effet de décisions à prendre et analyser les données longitudinales. Le projet de sondage aléatoire dans les dossiers de Sécurité sociale est explicité en 1975, la méthode élaborée en 1977 et validée en 1978. Le sondage, de 4 départements en 1978, est devenu national en 1989 : 11 ans de montée en charge pour le Régime général. Le régime des indépendant a participé en 1994 et le régime agricole en 1996. Le taux de sondage a été doublé (1/600) en 2000. Après une enquête pilote en 1986-87, l'enquête complémentaire auprès des ménages (prévue dès l'origine), a démarré en 1988. L'enquête, annuelle au départ, est passée à un rythme bisannuel. L'appariement est fait en routine depuis 2000. Les fichiers de Sécurité sociale sont adaptés à la gestion des remboursements, les transformer en fichiers utilisables pour la recherche et l'appariement avec une enquête ménage demandent un investissement important.

## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

### ► Bilan démographique

36472

ARTICLE  
PRIOUX (F.)

#### ***L'évolution démographique récente en France.***

POPULATION

2007 ; vol. 62 : n° 3 : 489-532, ann., graph., tabl., fig.

Cote Irdes : P27/1

La France métropolitaine compte 61,5 millions d'habitants au 1er janvier 2007. L'augmentation de la population a été soutenue en 2006 du fait de l'augmentation des naissances (+2,9%) et de la diminution des décès (-1,4 %). Le nombre d'étrangers admis à séjourner a très légèrement diminué en 2005. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'élève à 1,98 par femme en 2006 (+3,2 %). L'estimation du nombre d'IVG a été revue légèrement à la baisse. Alors que le nombre de déclarations de PACS continue à augmenter en 2006, celui des mariages a diminué de 3 %. La mise en application d'une nouvelle loi sur les divorces a été suivie d'une forte hausse des divorces. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 77,2 ans pour les hommes en 2006 et 84,1 ans pour les femmes. Presque toutes les

pathologies ont bénéficié de progrès notables en 2004, notamment les pathologies cardiovasculaires. Grâce aux mesures de prévention, la surmortalité provoquée par la vague de chaleur de juillet 2006 a été beaucoup plus faible que prévu.

36928

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

#### ***Bilan démographique 2007 : Des naissances toujours très nombreuses.***

INSEE PREMIERE

2008/01 ; n° 1170 : 4p., 2 graph., 5 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1170/ip1170.pdf>

L'auteur de ce document analyse le bilan démographique 2007 réalisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) au 1er janvier 2008 pour la population de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer : évolution du nombre de naissances et de décès ; niveau du solde naturel et du solde migratoire ; évolution de l'espérance de vie par sexe ; évolution du nombre de mariages et de pacs.

38771

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

#### ***La situation démographique en 2006 - Mouvement de la population.***

INSEE RESULTATS : SOCIETE

2008/08 ; n° 84 : 252p.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd2006/dd/pdf/sd2006\\_brochure.pdf](http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd2006/dd/pdf/sd2006_brochure.pdf)

Au 1er janvier 2007, la population de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer est estimée à 63,4 millions de personnes. Les naissances sont en forte augmentation en 2006 et atteignent leur niveau le plus élevé depuis 1981. Le recul des décès contribue aussi à la croissance naturelle, sans égale depuis plus de trente ans. L'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 2,0 enfants par femme. La France reste ainsi l'un des pays les plus féconds de l'Union européenne. L'espérance

de vie est en hausse : elle franchit le seuil des 77 ans pour les hommes (77,2 ans) et atteint 84,1 ans pour les femmes.

## Éducation

39010

ARTICLE

ALBOUY (V.), TAVAN (C.)

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

**Accès à l'enseignement supérieur en France : une démocratisation réelle mais de faible ampleur.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2008/08 ; n° 410 : 3-22, 8 graph.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/Ecostat410A.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat410A.pdf)

La démocratisation lente et désormais ancienne de l'école concerne aussi l'enseignement supérieur. Mais l'ouverture rapide du supérieur depuis le début des années 1980 et la diversification de son offre éducative, notamment le développement des filières courtes à finalité professionnelle, invitent à réexaminer la question de la réduction des inégalités sociales devant l'école. La réalité de cette démocratisation est en effet doublement contestée. D'une part, elle concernerait essentiellement les cycles courts du supérieur, le mouvement de démocratisation s'essouffant pour les diplômés plus élevés. D'autre part, les inégalités auraient changé de forme et concerneraient désormais la nature des études suivies. La compilation des enquêtes Emploi de 1990 à 2002 permet d'étudier l'évolution du lien entre origine sociale et diplôme à une échelle fine. L'ouverture du supérieur ne s'est pas accompagnée d'une pause dans le mouvement de démocratisation et ce, quel que soit le niveau de diplôme considéré. Plus encore, la démocratisation du supérieur a été de même ampleur à ses différents niveaux de diplômes. Elle a été en revanche moins marquée que celle du baccalauréat. Mesurée à niveau de sélection constant, afin de neutraliser l'éventuelle dévalorisation des titres scolaires, la baisse de la sélectivité sociale du supérieur est encore avérée. La démocratisation du supérieur reste cependant de faible ampleur. Pour les filles, la phase d'explosion du supérieur est allée de pair avec un renforcement de la polarisation sociale des différents domaines d'études. En particulier, celle des études de médecine et de droit, déjà marquée, s'est encore accrue. En revanche, la polarisation

sociale des filières choisies par les garçons semble plutôt constante au fil des générations (Résumé d'auteur).

39011

ARTICLE

PEUGNY (C.)

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

**Education et mobilité sociale : la situation paradoxale des générations nées dans les années 1960.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2008/08 ; n° 410 : 23-45, tabl., graph.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/Ecostat410B.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat410B.pdf)

Dans les années 1990, de nombreux travaux menés par des sociologues et des économistes soulignent l'importance de la prise en compte de la génération de naissance dans l'étude du processus de stratification sociale. Chauvel (1998) a ainsi démontré la manière dont les générations successives peuvent connaître des dynamiques opposées. L'introduction de la génération de naissance dans l'analyse permet plus généralement aux travaux empiriques de souligner la dégradation des perspectives des générations nées autour des années 1960, en termes de salaire (Baudelot et Gollac, 1997 ; Koubi, 2004), de trajectoire professionnelle (Koubi, 2004) ou d'insertion dans la vie active (Baudelot et Establet, 2000). Cet article se propose d'appliquer cette méthode à la mesure des flux de mobilité sociale, perspective ouverte dès le début des années 1980 par Thélot (1983) mais peu systématisée par la suite (Résumé d'auteur).

36983

FASCICULE

BECK-DOMZALSKA (M.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Moins de disparités hommes/femmes en termes de niveaux d'éducation.**

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2007 ; n° 130 : 12p., tabl., graph.

Cote Irdes : S30/3

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFF-PUB/KS-SF-07-130/FR/KS-SF-07-130-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFF-PUB/KS-SF-07-130/FR/KS-SF-07-130-FR.PDF)

Depuis quelques décennies, on observe une progression presque continue des niveaux



d'études au sein de l'UE, une proportion de plus en plus importante de jeunes passant de la scolarité obligatoire aux programmes de l'enseignement secondaire supérieur, puis à ceux de l'enseignement supérieur. Alors que le nombre de femmes en âge de travailler et diplômées de l'enseignement supérieur était en général nettement inférieur au nombre d'hommes se trouvant dans la même situation, l'écart est désormais minime.

## ► Familles monoparentales

38310

FASCICULE

CHARDON (O.), DAGUET (F.), VIVAS (E.)

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

***Les familles monoparentales : Des difficultés à travailler et à se loger.***

INSEE PREMIERE

2008/06 ; n° 1195 : 4p., 3 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1195/ip1195.pdf>

En 2005, 1,76 million de familles sont composées d'enfants de moins de 25 ans et d'un seul parent, leur mère le plus souvent. Depuis les années soixante, la part des familles monoparentales ne cesse de grandir du fait de la fragilité accrue des unions parentales. Seule la moitié des mères de famille monoparentale occupent un emploi à temps complet, alors qu'elles fournissent en général l'essentiel des revenus du ménage. Les familles monoparentales vivent dans des conditions de logement plus difficiles et plus fragiles que les couples avec enfants. Elles sont moins souvent propriétaires. Signe des difficultés à vivre seul avec des enfants, 10 % de ces familles partagent leur logement avec d'autres personnes, habituellement un parent.

## ► Niveau de vie

38723

FASCICULE

GOUTARD (L.), PUJOL (J.)

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

***Les niveaux de vie en 2006.***

INSEE PREMIERE

2008/07 ; n° 1203 : 1-4, 4 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1203/ip1203.pdf>

En 2006, selon la nouvelle enquête sur les revenus, la moitié des habitants de la métropole ont un niveau de vie annuel inférieur à 17 600 euros. Par rapport à 2005, ce niveau de vie a progressé de 1,7 % en euros constants. Les 10 % les plus aisés ont un niveau de vie d'au moins 33 190 euros par an. L'ensemble des actifs, constitué des personnes ayant un emploi et des chômeurs, a un niveau de vie moyen comparable à celui des retraités. Les personnes pauvres représentent 13,2 % de la population en 2006 ; leur niveau de vie est inférieur à 880 euros par mois, ce qui correspond à 60 % du niveau de vie médian. La pauvreté touche 30 % des familles monoparentales essentiellement constituées d'une mère et de ses enfants. C'est dans les villes de plus de 20 000 habitants, hors agglomération parisienne, que le taux de pauvreté est le plus fort.

## ► Projections

37965

ARTICLE

TOULEMON (L.)

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

***Projections démographiques pour la France et ses régions : vieillissement de la population et stabilisation de la population active .***

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2007 ; n° 408-409 : 81-94, 1 tabl.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/Ecostat\\_C.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_C.pdf)

Après chaque campagne de recensement, l'Insee réalise de nouvelles projections de population et produit des projections dérivées : projections de population à l'échelle des régions, projection de population active, projection du nombre de ménages. Ce dossier d'Économie et Statistique contient trois articles présentant les principaux résultats de ces nouvelles projections, fondées sur les deux premières vagues des enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

37968

ARTICLE

LEON (O.)

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

**Les projections régionales de population  
2005-2030 : Concentration au Sud  
et à l'Ouest et intensité variable du  
vieillessement : le double impact des  
échanges migratoires.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2007 ; n° 408-409 : 137-152, tabl., graph.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ECostat\\_F.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ECostat_F.pdf)

Selon un scénario reconduisant les tendances démographiques récentes (scénario central), la population métropolitaine augmenterait de plus de 10 % d'ici 2030 et continuerait de se concentrer dans les régions méridionales et occidentales, au détriment de certaines régions du Centre et du Nord-Est, dont la population baisserait. Les migrations, qui, selon les régions, accentuent ou tempèrent les évolutions démographiques, ont également un impact sur le vieillissement de la population, qu'elles ralentissent ou accélèrent en fonction du profil par âge des migrants. En Île-de-France, ce vieillissement serait considérablement ralenti par un fort excédent migratoire avant 30 ans et un déficit prononcé aux âges de la retraite. En Basse-Normandie et en Bourgogne, par exemple, où ces phénomènes sont inverses, les flux migratoires accentueraient le vieillissement. Intégrant les évolutions démographiques récentes, ces nouvelles projections rehaussent en général les populations régionales par rapport aux anciennes. C'est particulièrement net en Limousin, en Midi-Pyrénées et en Poitou-Charentes, qui ont enregistré les plus fortes inflexions démographiques au cours des dernières années, avec une fécondité en nette hausse conjuguée à un regain d'attractivité migratoire prononcé. À l'inverse, le Centre, la Picardie et la Haute-Normandie sont les seules régions pour lesquelles les nouvelles projections sont en retrait par rapport aux précédentes.

## ► Emploi des seniors

36505

ARTICLE

GUILLEMARD (A.M.)

**Pourquoi l'âge est-il en France le premier  
facteur de discrimination dans l'emploi ?**

RETRAITE ET SOCIÉTÉ

2007/06 ; vol. : n° 51 : 11-25

Cote Irdes : C, P63

Après avoir pris la mesure de l'ampleur de la discrimination à l'encontre de l'âge en France, l'auteur s'interroge sur les raisons pour lesquelles, en matière d'emploi, la stigmatisation et la discrimination par l'âge se sont développées en France. L'explication proposée voit, dans les options politiques adoptées dès la fin des années soixante-dix, l'enclenchement de ce processus. Au nom de la sauvegarde de l'emploi, il a été choisi d'indemniser la sortie anticipée des seniors dans une logique de partage de l'emploi. Parce que la France a fait un usage massif et sur une longue période des mesures d'âge financées publiquement, l'âge est devenu bientôt la principale variable d'ajustement aux fluctuations du marché du travail. Dès lors, la segmentation par l'âge des dispositifs d'emploi s'est amplifiée et a alimenté l'édification de barrières d'âge et de stéréotypes sur l'âge. Afin de sortir de ce cercle vicieux, il faut sans doute prendre conscience que la gestion segmentée par l'âge des populations a atteint ses limites. Il faudrait inventer une nouvelle gestion de la diversité et de la synergie des âges et privilégier des instruments neutres sur le plan de l'âge, s'attachant à entretenir le capital humain tout au long du cycle de vie (Résumé d'auteur).

36509

ARTICLE

MARBOT (E.)

**La gestion des âges et l'équité entre les  
générations.**

RETRAITE ET SOCIÉTÉ

2007/06 ; n° 51 : 103-125

Cote Irdes : C, P63

Le baby-boom (1946-1965) et le baby-gap (1974-1994) ont marqué la démographie de la France et se reflètent sur la pyramide des âges des organisations. Les entreprises ont intégré le fait qu'elles doivent, afin de conserver des employés mobilisés, modifier leurs règles du

jeu et porter une attention particulière d'une part aux juniors pour les fidéliser, et d'autre part aux seniors pour les maintenir à un haut niveau de performance. Parallèlement, les lois contre la discrimination affirment la nécessité de ne pas traiter différemment des personnes placées dans des situations comparables en se fondant sur le critère de l'âge. A travers cette recherche, une évidence s'impose. Les actions à entreprendre sont nombreuses, très diverses et peu coûteuses. Quelles que soient les mesures prises, elles devront suivre un principe : ne pas gérer les salariés par les âges mais par leurs activités réelles, leurs performances et leurs compétences. Si les politiques de ressources humaines doivent être destinées à tous, leurs modalités devraient être adaptées à l'âge et à l'ancienneté des salariés. En effet, l'équité repose sur la perception de ce qui est juste. Or, ce qui est juste pour chaque salarié dépend, entre autres, à la fois de ses caractéristiques individuelles et générationnelles (Résumé d'auteur.).

37604

ARTICLE  
BEHAGHEL (L.)

***La protection de l'emploi des travailleurs âgés en France : une évaluation ex ante de la contribution Delalande.***

ANNALES D'ECONOMIE ET DE  
STATISTIQUE

2007/01-03 ; n° 285 : 41-80, 10 fig., 3 tab.,  
ann.

Cote Irdes : P41

Cet article quantifie les effets contradictoires sur l'emploi de la contribution Delalande, taxe sur le licenciement des seniors, dans sa version initiale de 1987. Le modèle prédit une réduction du taux de chômage moyen des plus de 50 ans. Même si le chômage augmente pour les travailleurs de 50-54 ans, non protégés par la contribution, cet effet est plus que compensé par la forte baisse du chômage après 55 ans.

37854

ARTICLE  
BENALLAH (S.), DUC (C.), LEGENDRE (F.)

***Peut-on expliquer le faible taux d'emploi des seniors en France ?***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET  
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/04 ; n° 105 : 5-17, tabl., ann.

Cote Irdes : P120

Le faible taux d'emploi des seniors en France pourrait être expliqué par une effet de « distance à la retraite ». En effet, l'horizon court qui induirait un proche départ à la retraite ne conduirait ni les employeurs, ni les salariés à investir suffisamment dans la relation de travail. Dans une étude empirique récente, Hainault et al. (2006) parviennent en effet à relier la probabilité d'être en emploi et la distance d'âge d'obtention du taux plein de la retraite. Cet article montre ici que cet effet de distance à la retraite pourrait tout aussi bien retracer un effet de distance d'entrée ; c'est-à-dire l'impact négatif de la longueur professionnelle sur la probabilité d'occuper un emploi. Avec les données de l'enquête emploi de l'Insee utilisées, il semble en effet difficile d'identifier les contributions respectives de la distance à l'entrée de la distance à la sortie au faible taux d'emploi des seniors en France.

38404

FASCICULE  
LEVASSEUR (S.), GUILLOU (S.)  
Observatoire Français des Conjonctures  
Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA

***Emploi des seniors***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET  
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/07 ; n° 106 : 106-203, tabl., fig., ann.

Cote Irdes : P120

Ce dossier résume une étude de l'OFCE réalisée pour le Conseil d'orientation des retraites – Étude comparative sur les pays ayant un taux d'emploi des seniors élevés –. Le premier article intitulé – emploi des seniors : les leçons des pays de réussite – présente une synthèse des résultats. Les deux derniers articles – Progrès technologique et employabilité des seniors- et -Taux d'emploi des seniors et structure productive – traitent spécifiquement du lien entre travail des seniors et technologie.

## D Bases de données

37832

ARTICLE

ROVITHIS (D.), LIAROPOULOS (L.)

**The CHESME Health Economic Evaluations Database (CHESME HEED) project.**

*Le projet de base de données d'évaluation en économie de la santé du CHESME (Center for Health Services Management and Evaluation HEED).*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/05 ; vol. 9 : n° 2 : 99-101

Cote Irdes : P151

Electronic databases have been developed in a number of countries that aim to identify, index and critically appraise published health economic evaluation studies. Examples include the NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) and Health Economic Evaluations Database (HEED) in the United Kingdom [5, 9], the Connaissance et Décision en Economie de la Santé (CODECS) in France [1], the recently established European Network of Health Economic Evaluation Databases (EURO NHEED) [4] and the forthcoming Japan Economic Evaluation Database (JEED) [8]. CHESME HEED is a project of the Center for Health Services Management and Evaluation (CHESME) of the National and Kapodistrian University of Athens that began in January 2008 and will be built on the experience drawn from the successful NHS EED, with which will share many similarities. CHESME HEED's principal aim is the detection in the Greek literature of all those studies that satisfy the basic elements of a health economic evaluation, their subsequent categorization, summarization, and critical appraisal, and finally the rapid dissemination of the results to all the potential Greek users. The dissemination will be made through a public database, the use of which will be free of charge. For the database, the staff at CHESME will be manually seeking, at regular time intervals, a variety of Greek journals for published health economic evaluations.

38947

ARTICLE

HADA (F.)

**Les sources d'informations et de données sur le médicament : les bases de données.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12 ; n° 3-4 : 87-98

Cote Irdes : C, P59

Le médicament est un bien qui s'inscrit notamment à la croisée de la politique de santé, des problématiques d'assurance maladie et de l'économie industrielle. Il s'agit d'un produit multidimensionnel faisant intervenir de nombreux acteurs. C'est pourquoi cet article dresse un état des lieux des sources statistiques, permettant d'analyser le marché du médicament en France et d'établir la liste des points forts et des limites des médicaments. Ces bases de données, nombreuses et complémentaires, offrent des informations - notamment statistiques - sur les médicaments et permettent de réaliser des études sur ce champ.

## RÉGLEMENTATION

## D Droits des malades

37831

ARTICLE

IRDES

DINECHIN (O. de)

**Les poussées d'un droit à la santé.**

PROJET

2008/05 ; n° 304 : 37-44

Cote Irdes : P12

A première vue, rien de plus évident que d'affirmer, au plan moral un droit à la santé : qui refuserait à un malade qu'on lui donne des soins ? Et pourtant, il n'est pas besoin de statistiques pour constater et déplorer l'inégalité persistante, voire croissante, dans la réalisation du vœu que dessine ce droit. Cet article tente une analyse de cette problématique, dans un pays qui dispose d'un système général de Sécurité sociale ainsi que des mesures législatives et réglementaires pour que les plus démunis ne soient pas exclus des soins de santé.

## ► **Index des auteurs**



## A

|   |                |
|---|----------------|
| AALTO-SETALA (V.)   | 69             |
| AASERUD (M.)  | 74             |
| ABECASSIS (P.)  | 70             |
| AGBIKOU (C.)  | 67             |
| AKHABBAR (A.)   | 84             |
| ALARY (D.)  | 86             |
| ALBOUY (V.)   | 88             |
| ALLEMAND (H.)   | 35             |
| ALLONIER (C.)   | 84             |
| ALMERAS (D.)  | 62             |
| ANTOINE (J.)  | 84             |
| AOUBA (A.)  | 35             |
| AOUICI (S.)   | 26             |
| Arguments Socio-Economiques pour la Santé.<br>(A.R.G.S.E.S.)                            | 38, 44, 85, 86 |
| ARMATTE (M.)  | 84             |
| Associations Régionales Agréées de l'Union des Pro-<br>fessions Libérales. (A.R.A.P.L.) | 59             |
| ATELLA (V.)   | 80             |
| AUBIN (J.)  | 84             |
| AUDET (N.)  | 39, 45         |

## B

|                     |        |
|---------------------|--------|
| BADEY (F.)          | 65, 78 |
| BAHRAMI (S.)        | 63     |
| BAILLEAU (G.)       | 52     |
| BAMBERGER (M.)      | 32     |
| BARALDI (R.)        | 39     |
| BARIS (B.)          | 35     |
| BARNETT (T. A.)     | 53     |
| BARRIENTOS (A.)     | 19     |
| BAUDIER (F.)        | 29     |
| BAZZOLI (G. J.)     | 62     |
| BEAUMEL (C.)        | 87     |
| BECK-DOMZALSKA (M.) | 88     |
| BECK (F.)           | 43     |
| BEHAGHEL (L.)       | 91     |
| BENALLAH (S.)       | 91     |
| BENAMOUZIG (D.)     | 17     |
| BENZENINE (E.)      | 86     |
| BERLIVET (L.)       | 84     |
| BERNARDIN (S.)      | 84     |
| BERNECHE (F.)       | 46     |
| BIEN (F.)           | 86     |
| BINQUET (C.)        | 86     |

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| BOISVERT (J.)         | 72     |
| BONS-LETOUZEY (C.)    | 58     |
| BORDELEAU (M.)        | 39     |
| BORGETTO (M.)         | 20     |
| BORIES-MASKULOVA (V.) | 59     |
| BOUCHER (M.)          | 84     |
| BOURDILLON (F.)       | 28, 29 |
| BOURGUEIL (Y.)        | 57     |
| BOYER (M.)            | 63     |
| BOZIO (A.)            | 27     |
| BREEZE (E.)           | 47     |
| BRICAIRE (F.)         | 66     |
| BROOK (R. H.)         | 18     |
| BROWN (M. L.)         | 30     |
| BRUNAT (M.)           | 42     |

## C

|   |  |
|---|--|
| CADET-TAIROU (A.)   | 51   |
| Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.<br>(C.C.M.S.A.)                                 | 23, 24                                     |
| Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)   | 26   |
| Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Tra-<br>vailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)            | 17, 19, 27, 30, 31, 53, 5<br>5, 59, 66, 70 |
| CAMIRAND (J.)   | 84   |
| CARBSEN (F.)  | 80   |
| CARDIN (J.F.)   | 39   |
| CARILLON (S.)   | 26   |
| CASES (C.)  | 23, 56                                     |
| CASSIERS (I.)   | 20   |
| CAZAIN (S.)   | 49   |
| CAZALE (L.)   | 37   |
| Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)  | 32, 70                                     |
| Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections<br>Nosocomiales du Sud-Est. (C.C.L.I.N.) | 61   |
| Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections<br>Nosocomiales Est. (C.C.L.I.N.)        | 61   |
| Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections<br>Nosocomiales Ouest. (C.C.L.I.N.)      | 61   |
| Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de<br>Décès. (C.E.P.I.D.C.)                       | 33   |
| Centre d'épidémiologie sur les Causes Médicales de<br>Décès. (C.E.P.I.D.C.)                       | 35   |
| CHABOT (J.-M.)  | 58   |
| CHABROL (A.)  | 57   |
| CHAGNON (A.)  | 66   |
| CHAMBAUD (L.)   | 17   |
| CHAMBOULEYRON (M.)  | 72   |

|  |        |
|--|--------|
| CHAPKO (M. K.).....                                    | 79     |
| CHARDON (O.).....                                      | 89     |
| CHASTANG (J.F.).....                                   | 47     |
| CHATAIN (C.).....                                      | 49     |
| CHATELLIER (G.).....                                   | 63     |
| CHAUPAIN-GUILLOT (S.).....                             | 41     |
| CHEN (H. F.).....                                      | 62     |
| CHEVALIER (B.).....                                    | 62     |
| CHOQUET (M.).....                                      | 43     |
| CLABAUGH (G.).....                                     | 82     |
| CLEMENS (M. K.).....                                   | 32     |
| CLOSON (M. C.).....                                    | 60     |
| COHU (S.).....   | 77, 78 |
| COIGNARD (B.).....                                     | 61     |
| Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.).....     | 23     |
| COLTIN (K. L.).....                                    | 78     |
| COM-RUELLE (L.).....                                   | 30, 43 |
| Conseil Economique et Social. (C.E.S.).....            | 64, 76 |
| Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.).. | 57     |
| CORNILLEAU (G.).....                                   | 25     |
| COUDIN (E.).....                                       | 46     |
| COURTEMANCHE (R.).....                                 | 84     |
| COURTOIS (J.).....                                     | 31     |
| COUTINET (N.).....                                     | 70     |
| COWAN (C.).....  | 32     |
| COYLE (D.).....  | 82     |
| CRUETTE (P.).....                                      | 60     |
| CUERQ (A.).....  | 19     |

## D

|  |            |
|--|------------|
| DAGUET (F.).....   | 89         |
| DAHLGREN (A.T.).....   | 74         |
| DALICHAMPT (M.).....   | 34         |
| DE BOYSER (K.).....  | 47         |
| DEB (P.).....  | 80         |
| DELLACHERIE (C.).....  | 64         |
| DEMAKAKOS (P.).....  | 47         |
| DEVAUX (M.).....   | 75         |
| DEVOUASSOUX (G.).....  | 30         |
| DEWILDE (S.).....  | 34         |
| DIDIER (E.).....   | 84         |
| DIMITRU (V.).....  | 37, 39     |
| DINECHIN (O. de).....  | 92         |
| Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation<br>et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)..... | 42         |
| DORMONT (B.).....  | 33, 63     |
| DOURGNON (P.).....   | 43, 45, 84 |

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| DOYLE (S.).....         | 34     |
| DRAHI (E.).....         | 58     |
| DRUCKER (J.).....       | 77, 78 |
| DUAN (N.).....          | 18     |
| DUC (C.).....           | 91     |
| DUKE-WILLIAMS (O.)..... | 55     |
| DUMONT (F.).....        | 52     |
| DURU (G.).....          | 62     |
| DUSSART (C.).....       | 62     |

## E

|   |        |
|---|--------|
| ECALLE (F.).....                                    | 19     |
| EICHANBAUM-VOLINE (S.).....                         | 41     |
| ELBAUM (M.).....                                    | 20     |
| ELLAWAY (A.).....                                   | 54     |
| EMBERSIN (C.).....                                  | 50, 55 |
| ERMANEL (C.).....                                   | 33     |
| European Observatory on Health Systems and Policies | 81     |
| Eurostat.....                                       | 82, 88 |
| EXPERT (A.).....                                    | 53     |

## F

|  |    |
|--|----|
| FARGEON (V.).....  | 42 |
| FEUER (E.).....  | 30 |
| Fonds de Financement de la Protection Complémentaire<br>de la Couverture Universelle du Risque Maladie | 22 |
| FOOTE (S. B.).....   | 78 |
| FORTNEY (J.).....  | 79 |
| FOSSATI (P.).....  | 67 |
| FOURNEL (I.).....  | 86 |
| FREDRIKSSON (M.).....  | 52 |
| FURNEE (C. A.).....  | 48 |

## G

|                    |        |
|--------------------|--------|
| GAGNAYRE (R.)..... | 29     |
| GALAM (E.).....    | 56     |
| GALLOIS (P.).....  | 51, 58 |
| GARITY (T.O.)..... | 78     |
| GAUTIER (C.).....  | 61     |



|                    |        |
|--------------------|--------|
| GAUVIN (L.)        | 53     |
| GEE (G. C.)        | 48     |
| GEMMILL (M.)       | 76     |
| GERBAUD (L.)       | 49     |
| GIORDAN (A.)       | 72     |
| GOBERT (M.)        | 60     |
| GOMBAULT (N.)      | 58     |
| GOODMAN (C. A.)    | 49     |
| GOUTARD (L.)       | 89     |
| GRANDFILS (N.)     | 74, 75 |
| GRELAUD (G.)       | 62     |
| GREMY (I.)         | 50, 55 |
| GRENIER (B.)       | 28, 29 |
| GRIBEAUVAL (J. P.) | 59     |
| GRIGNON (M.)       | 33, 47 |
| GRIMALDI (A.)      | 28     |
| GROOT (W.)         | 48     |
| GRYTTEN (J.)       | 80     |
| GUEGUEN (R.)       | 49     |
| GUILLEMARD (A.M.)  | 90     |
| GUILLOT (O.)       | 41     |
| GUILLOU (S.)       | 91     |
| GUPTA (N. D.)      | 41     |

## H

|                     |    |
|---------------------|----|
| HADA (F.)           | 92 |
| HALLER (M.)         | 83 |
| HANAOKA (C.)        | 42 |
| HANSON (K. G.)      | 49 |
| HARTMAN (L.)        | 78 |
| HARTMANN (L.)       | 78 |
| HARTWIG (J.)        | 31 |
| HEGE (A.)           | 25 |
| HENNION (M.)        | 49 |
| HERR (A.)           | 63 |
| HILL (C.)           | 86 |
| HIMMELSTEIN (D. U.) | 79 |
| HOLSTEIN (J.)       | 63 |
| HUBER (H.)          | 33 |

## I

|  |                    |
|--|--------------------|
| Inserm   | 50                 |
| Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.) | 37, 39, 45, 46, 84 |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.) | 22, 43, 45, 56, 57, 75, 84     |
| Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.)            | 43                             |
| Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.)                                     | 33, 40, 47, 61, 64             |
| Institut Economique de Montréal. (I.E.M.)                                    | 63                             |
| Institut Montaigne   | 20                             |
| Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.)    | 33, 35                         |
| Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)  | 41, 46, 83, 84, 87, 88, 89, 90 |

## J

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| JANSSEN (E.)      | 51             |
| JARNO (P.)        | 61             |
| JOIN-LAMBERT (E.) | 25             |
| JOLY (P.)         | 67             |
| JOUGLA (E.)       | 33, 35         |
| JUSOT (F.)        | 41, 43, 45, 47 |

## K

|                    |    |
|--------------------|----|
| KAMBIA CHOPIN (B.) | 22 |
| KEEHAN (S.)        | 32 |
| KESSLER (F.)       | 22 |
| KHASKHOUSI (T.)    | 26 |
| KIRITZE-TOPOR (P.) | 27 |
| KLAT (M.)          | 41 |
| KLEINMAN (K. P.)   | 78 |
| KLINGER (C.)       | 51 |
| KOSTERS (J.P.)     | 74 |
| KRISTENSEN (N.)    | 41 |
| KUPERSMITH (J.)    | 36 |
| KYSAR (D.A.)       | 78 |

## L

|              |        |
|--------------|--------|
| LABBE (E.)   | 49     |
| LABBE (M.)   | 84     |
| LABRIE (Y.)  | 63     |
| LACAVE (L.)  | 61     |
| LACROIX (A.) | 28, 29 |

|                           |        |  |                |
|---------------------------|--------|--|----------------|
| LACRONIQUE (J. F.).....   | 78     | MARPSAT (M.).....  | 83             |
| LAFOREST (L.).....        | 30     | MARTIN (A.).....   | 56             |
| LAGGER (G.).....          | 72     | MARTIN (A. B.).....  | 40             |
| LANG (G.).....            | 84     | MARTIN-DUPONT (F.).....  | 72             |
| LANGOT (F.).....          | 26     | MATH (A.).....   | 25             |
| LASSERRE-MOUTET (A.)..... | 72     | MATHIEU (C.).....  | 21             |
| LEBOUBE (G.).....         | 29     | MAUGAT (S.).....   | 61             |
| LECADET (J.).....         | 35     | MAUGUIN (J.).....  | 51             |
| LECLERC (A.).....         | 47     | MCGREGOR (P.).....   | 81             |
| LEFEBVRE (M.).....        | 27     | MCKEE (P.).....  | 81             |
| LEGENDRE (F.).....        | 91     | MEILLAND (C.).....   | 65             |
| LEGLIYE (S.).....         | 43     | MELCHIOR (M.).....   | 44             |
| LEJEUNE (C.).....         | 83     | MENAHM (G.).....   | 21, 85         |
| LENGAGNE (P.).....        | 43     | MENVIELLE (G.).....  | 47             |
| LE NOC (Y.).....          | 51, 58 | MESPOULET (M.).....  | 84             |
| LEONARD (C.).....         | 60     | MESSI (P.).....  | 77, 78         |
| LEON (O.).....            | 90     | METTE (C.).....  | 26             |
| LEQUET-SLAMA (D.).....    | 77, 78 | METZGER (M. H.).....   | 61             |
| LE ROUX (Y. E.).....      | 63     | MICHEL (P.).....   | 60             |
| LERT (F.).....            | 44     | MILLS (A.).....  | 49             |
| LE TOULLEC (A.).....      | 35     | Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protec-<br>tion Sociale. (M.S.S.P.S.)..... | 42             |
| LEVASSEUR (S.).....       | 91     | MIROUSE (I.).....  | 49             |
| LEVECQUE (K.).....        | 47     | MIZRAHI (An.).....   | 38, 44, 85, 86 |
| L'HERITEAU (F.).....      | 61     | MIZRAHI (Ar.).....   | 38, 44, 85, 86 |
| LIAROPOULOS (L.).....     | 92     | MLADOVSKY (P.).....  | 81             |
| LIES (R. K.).....         | 17     | MONGEAU (L.).....  | 39             |
| LINDROOTH (R. C.).....    | 62     | MONPERRUS-VERONI (P.).....   | 26             |
| LIU (C. F.).....          | 79     | MOORE (C. G.).....   | 40             |
| LLOYD (A.).....           | 34     | MORDANT (P.).....  | 62             |
| LOCHARD (Y.).....         | 65     | MOSCA (H.).....  | 80             |
| LONG (S. K.).....         | 79     | MOSSIALOS (E.).....  | 17             |
| LONGUET (M.).....         | 28     | MOULIN (J. J.).....  | 49             |
| LUCAS GABRIELLI (V.)..... | 56     | MOUQUET (M.C.).....  | 42             |
| LUCE (D.).....            | 47     | MOURET-VERDINI (C.).....   | 29             |
| LUGINSLAND (M.).....      | 65     | MOUSQUES (J.).....   | 57             |
|                           |        | MULLER (B.).....   | 83             |

## M

|                          |    |
|--------------------------|----|
| MACDONALD (L.).....      | 54 |
| MACIEJEWSKI (M. L.)..... | 79 |
| MACINTYRE (S.).....      | 54 |
| MALAVOLTI (L.).....      | 41 |
| MARBOT (E.).....         | 90 |
| MARCHAL (J.).....        | 29 |
| MARCHAND (M.).....       | 61 |
| MAREK (A.).....          | 57 |
| MARES (I.).....          | 21 |
| MARIOTTO (A. B.).....    | 30 |
| MARMOT (M.).....         | 47 |

## N

|                        |    |
|------------------------|----|
| NANHOU (V.).....       | 45 |
| NARDONE (A.).....      | 40 |
| NAUZE-FICHET (E.)..... | 49 |
| NAZROO (J.).....       | 47 |
| NEWHOUSE (J. P.).....  | 18 |
| NOLAN (A.).....        | 79 |
| NOLAN (B.).....        | 79 |
| NORTON (E. C.).....    | 42 |
| NOUGUEZ (E.).....      | 70 |

NYMAN (J. A.) ..... 18

## O

OAKLEY (J.) ..... 82  
OBADIA (A.) ..... 76  
OBERLIN (P.) ..... 42  
Observatoire Français des Conjonctures Economiques.  
(O.F.C.E.)..... 20, 91  
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.)..... 51  
Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France.  
(O.R.S.I.F.)..... 50, 55  
Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes  
Côte d'azur. (O.R.S.P.A.C.A.)..... 45  
O'NEILL (C.) ..... 81  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)..... 81  
OXMAN (A.D.) ..... 74

## P

PAITA (M.) ..... 19  
PALIER (B.) ..... 20  
PAPANICOLAS (I.) ..... 17  
PARAPONARIS (A.) ..... 41  
PATOUILLARD (E.) ..... 49  
PAVILLON (G.) ..... 33  
PEARSON (S. D.)..... 78  
PENFORNIS (F.) ..... 29  
PEQUIGNOT (F.) ..... 35  
PERKINS (M. W.) ..... 79  
PERRONNIN (M.)..... 22, 56  
PETRASOVA (A.) ..... 82  
PEUGNY (C.) ..... 88  
PIERRE (A.) ..... 22  
PIKETTY (T.) ..... 27  
PISON (C.) ..... 30  
PLA (A.) ..... 87  
POISAL (J.) ..... 32  
POUVOURVILLE (G. de) ..... 32  
POWELL (M. P.) ..... 40  
PRIOUX (F.) ..... 87  
PROBST (J. C.) ..... 40  
PRUDHOMME (A.) ..... 72  
PUIG-JUNOY (J.) ..... 66  
PUJOL (J.) ..... 89

## Q

QUANTIN (C.) ..... 86  
QUENEAU (P.) ..... 68  
QUENON (J.-L.) ..... 60

## R

Régime social des indépendants. (R.S.I.) ..... 24  
REJEB (J. B.) ..... 49  
REMAN (P.) ..... 20  
RENAUT (M.) ..... 61  
RICHARD (C.) ..... 64  
RICORDEAU (P.) ..... 19, 35  
RIVA (M.) ..... 53  
ROCHEREAU (T.) ..... 22, 41, 84  
ROLAND (J.) ..... 67  
ROVITHIS (D.) ..... 92  
Rudholm (N.) ..... 68

## S

SABBAN (C.) ..... 31  
SABES-FIGUERA (R.) ..... 66  
SABIK (L. M.) ..... 17  
SAINT-BLANQUAT (G.) ..... 43  
SANNINO (N.) ..... 72  
SASS (C.) ..... 49  
SAUVIAT (C.) ..... 25  
SCHMITT (B.) ..... 29  
SCHNEIDER (E. C.) ..... 78  
SCHUT-WELKZIJN (A.) ..... 80  
SCHWARZINGER (M.) ..... 86  
SEGU (J.L.) ..... 66  
SERADOUR (B.) ..... 35  
SERMET (C.) ..... 41, 45, 71, 75  
SHELTON (N.) ..... 55  
SILBER (D.) ..... 78  
SILVA (J.) ..... 45  
SIMMAT DURAND (L.) ..... 50  
SINGER (J. A.) ..... 78  
SISKO (A.) ..... 32  
SKAU (I.) ..... 80  
SMITH (P. C.) ..... 17  
SMITH (S.) ..... 32

|                     |            |
|---------------------|------------|
| SOUQUES (M.)        | 28         |
| SPIILKA (S.)        | 43         |
| STAFFORD (M.)       | 55         |
| STEINBROOK (R.)     | 76         |
| STERDYNIK (H.)      | 21, 25, 26 |
| STRONKS (K.)        | 81         |
| STURM (H.)          | 74         |
| SUURMOND (J.)       | 81         |
| SWAERTENBROECK (N.) | 60         |

## T

|                      |            |
|----------------------|------------|
| TAVAN (C.)           | 46, 88     |
| THELOT (B.)          | 33, 34, 64 |
| THIBAUDOT (F.)       | 23         |
| THIERRY (X.)         | 85         |
| THIOLET (J. M.)      | 61         |
| TIBI-LEVY (Y.)       | 32         |
| TO (M.)              | 56         |
| TORRES (A.)          | 66         |
| TOUCHELAY (B.)       | 84         |
| TOUFIK (A.)          | 51         |
| TOUITOU (Y.)         | 67         |
| TOULEMON (L.)        | 89         |
| TOWN (R. J.)         | 78         |
| TRAORE (I.)          | 39, 46     |
| TRESPEUX (F.)        | 52         |
| TROMBERT-PAVIOT (B.) | 56         |
| TRONEL (H.)          | 61         |
| TRUFFER (C.)         | 32         |
| TURK (F.)            | 34         |

## V

|                       |    |
|-----------------------|----|
| VALLEE (J. P.)        | 58 |
| VALLEE (J.P.)         | 51 |
| VAN DEN BRINK (H. M.) | 48 |
| VAN GANSE (E.)        | 30 |
| VAN GINNEKEN (W.)     | 21 |
| VATAN (M.)            | 87 |
| VEIL (M.)             | 25 |
| VENTELOU (B.)         | 41 |
| VIALARET (K.)         | 35 |
| VIDAL (P.)            | 35 |
| VILLE (I.)            | 44 |
| VIPREY (M.)           | 65 |

|                |    |
|----------------|----|
| VIRNIG (B. A.) | 78 |
| VIVAS (E.)     | 89 |
| VOLOVITCH (P.) | 33 |
| VRANKEN (J.)   | 47 |

## W

|                  |    |
|------------------|----|
| WANG (J. Y.)     | 40 |
| WARD (M.M.)      | 82 |
| WEILL (A.)       | 35 |
| WEILL (J.)       | 43 |
| WEISS (K. B.)    | 36 |
| WESTERLOPPE (J.) | 32 |
| WHITTLE (J.)     | 36 |
| WINBLAD (U.)     | 52 |
| WOOLHANDLER (S.) | 79 |

## Y

|                   |    |
|-------------------|----|
| YABROFF (K. R.)   | 30 |
| YFANTOPOULOS (J.) | 73 |

## Z

|           |    |
|-----------|----|
| ZHAO (M.) | 62 |
|-----------|----|

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



# A

## ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTÉ PUBLIQUE

Rédaction: HCSP (Haut Comité Santé Publique)  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
Fax : 01 40 56 79 49  
Diffusion : La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
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)

## ALTERNATIVES ÉCONOMIQUES

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  
Publications Sales  
PO Box 933019  
Atlanta, GA 31193-3019  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 770-280-0064  
<http://www.apha.org/>

## AMICUS CURIAE : BRIEFING PAPER

Rédaction et diffusion : Institut Montaigne  
38, rue Jean Mermoz  
75008 Paris  
Tél. : 01 58 18 39 29  
Fax : 01 58 18 39 28  
<http://www.institutmontaigne.org>

## ANNALES D'ÉCONOMIE 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.pse.ens.fr/adres/index.html>

## AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Rédaction : Conseil économique et social  
[http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/2-3based/base.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm) (en ligne à partir de 1998, notices de 1947 à 1997)  
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://journal-officiel.gouv.fr>

# B

## BIBLIOGRAPHIE ARGSES

Rédaction et diffusion : ARgSES (ARguments Socio-Economiques pour la Santé)  
Tél. : 01 46 63 46 37  
<http://argses.free.fr/argses.php>

## BULLETIN DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Diffusion : Elsevier- 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@elsevier-masson.fr](mailto:infos@elsevier-masson.fr)  
<http://www.elsevier-masson.fr/>

## BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Rédaction : CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins)  
<http://www.conseil-national.medecin.fr>  
Diffusion : Elsevier-Masson  
Service Abonnements

21, rue Camille Desmoulins  
92789 Issy Les Moulineaux  
Tél. : 01 71 16 55 00  
Email : [infos@elsevier-masson.fr](mailto:infos@elsevier-masson.fr)  
<http://www.masson.fr>

C

► **BULLETIN DE MÉTHODOLOGIE SOCIOLOGIQUE**

Rédaction : BMS -CMH  
48 Bd Jourdan  
75014 Paris  
Tél. : 01 40 51 85 19  
Fax : 01 40 25 12 47  
Email : [bms@iresco.fr](mailto:bms@iresco.fr)  
[bms@revues.org](mailto:bms@revues.org)  
Diffusion : AIMS (Association Internationale de Méthodologie Sociologique)  
45 rue Linné  
75005 Paris

► **BULLETIN DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ**

Santé Canada  
Direction générale de la politique de la santé  
Division de Développement des données et de diffusion de la recherche  
Unité de communication de la recherche sur les politiques  
200, promenade Églantine  
Indice de l'adresse : 1918C  
Ottawa Ontario  
K1A 0K9 - Canada  
Tél. : (613) 946-9362  
Email [Bulletininfo@hc-sc.gc.ca](mailto:Bulletininfo@hc-sc.gc.ca)

► **BULLETIN DU CANCER**

John Libbey Eurotext  
Service Abonnement : NPAI-ATM  
26 bis, rue Kleber  
93107 Montreuil Cédex  
Tél. : 01 43 62 66 64  
Fax : 01 43 62 84 29  
[abonnements@jle.com](mailto:abonnements@jle.com)

► **BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE 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)  
Également diffusé par liste Email (gratuit)

► **CAHIERS DE LA CNAV (LES)**

Rédaction et diffusion : CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)  
Département Documentation  
110, rue de Flandre  
75951 Paris Cedex 19  
Tel : 01 55 45 89 29  
Fax : 01 55 45 82 63

► **CAHIERS D'ORPHANET (LES)**

Rédaction et diffusion : Orphanet  
Adresse Postale :  
INSERM SC11  
102, rue Didot  
75014 Paris  
Tél. : 01 56 53 81 37  
[http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education\\_Home.php?lng=FR](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_Home.php?lng=FR)

► **CHIFFRES UTILES (MSA)**

Rédaction et diffusion : CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Direction des Etudes, des Répertoires, et des Statistiques  
Les Mercuriales  
40, rue Jean-Jaurès  
93547 Bagnolet  
Tél. Diffusion : 01 41 63 81 18  
Fax : 01 41 63 83 80  
<http://www.msa.fr>

► **CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRE**

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->

► **COCHRANE LIBRARY (THE)**

Update Software Ltd  
Summertown Pavilion  
Middle Way  
Oxford OX2 7LG - Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1865 51 3902  
Fax : 44 1865 516918  
Email : [info@update.co.uk](mailto:info@update.co.uk)  
<http://www.cochrane.org/index.htm>



## ► CONCOURS MÉDICAL

Rédaction et diffusion : Global Media SANTÉ  
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>

## ► COURRIER DES STATISTIQUES

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques)  
Diffusion : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
Tél. : 01 41 17 66 11  
Fax : 01 53 17 88 09  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>

## D

## ► DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DREES  
Diffusion : 124 rue Henri Barbusse  
93308 Aubervilliers Cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.SANTÉ.gouv.fr/drees/etude-resultat/> (En ligne depuis le n° 1-2003, sommaire depuis 1998)

## ► 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

## ► ÉCONOMIE ET STATISTIQUE

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
Diffusion : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
Tél. : 01 41 17 66 11  
Fax : 01 53 17 89 77  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm> =>  
Economie et statistique (articles en ligne à partir du numéro 321)

## ► ENTREPRISE LIBÉRALE (L')

UNAPL (Union Nationale des Professions Libérales)  
46 Boulevard de la Tour Maubourg  
75343 Paris cedex 07  
Tél. : 01 44 11 31 50  
Fax 01 44 11 31 51  
Email : [info@unapl.org](mailto:info@unapl.org)  
<http://www.unapl.fr>

## ► ÉTUDES (MSA)

Rédaction et diffusion : CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Direction des Etudes, des Répertoires, et des Statistiques  
Les Mercuriales  
40, rue Jean-Jaurès  
93547 Bagnolet  
Tél. diffusion : 01 41 63 81 18  
Fax : 01 41 63 83 80  
<http://www.msa.fr>

## ► ÉTUDES ET RÉSULTATS

Rédaction et diffusion : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
Centre d'information et de diffusion de la DREES  
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon  
75694 Paris Cedex 14  
Tél. : 01 44 56 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm> (tous les numéros sont en ligne)

► **EURO OBSERVER : NEWSLETTER OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES**

European Observatory on Health Systems and Policies

WHO European Centre for Health Policy

Rue de l'Autonomie, 4

B - 1070 Brussels

Belgique

Email: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

Tél. 32 2 525 09 35

Fax: +32 2 525 0936

<http://www.euro.who.int/observatory>

► **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/LSEHealth/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>

► **EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**

Diffusion : Oxford University Press

Great Clarendon Street

Oxford OX2 6DP

Royaume-Uni

Tél. : 00 44 1865 556 767

Fax : 00 44 1865 267 773

<http://www3.oup.co.uk/eurpub/>

## F

► **FOCUS ALCOOLOGIE**

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>

► **FUTURIBLES**

Rédaction et diffusion : Futuribles

47, rue de Babylone

75007 Paris

Tél. : 01 53 63 37 70

Fax : 01 42 22 65 54

Email : [diffusion@futuribles.com](mailto:diffusion@futuribles.com)

## 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 ECONOMICS**

Rédaction et diffusion : CHE (Centre for Health Economics)

Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd

John Wiley & Sons, Ltd.

Journals Administration Department

1 Oldlands Way

Bognor Regis

West Sussex PO22 9SA, United Kingdom

Tél. : +44 1243 779 777

Fax: +44 1243 843 232

Email: [cs-journals@wiley.co.uk](mailto:cs-journals@wiley.co.uk)

Royaume-Uni

<http://www.interscience.wiley.com>

▶ **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 SERVICES RESEARCH**

Diffusion : Blackwell Publishers Agency Services  
PO Box 805  
9600 Garsington Road  
Oxford OX4 2ZG  
Royaume-Uni  
Tél. 00 44 186 577 6868  
Fax: 00 44 186 571 4591  
<http://www.blackwellpublishing.com/>

▶ **HORIZONS STRATÉGIQUES**

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**

▶ **INC HEBDO**

80 rue Lecourbe  
75015 Paris  
Tél. : 01 45 66 20 20  
Fax : 01 45 67 05 93  
<http://www.conso.net>

▶ **INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO**

Rédaction et diffusion : Altédia  
5, rue de Milan  
75319 Paris cedex 09  
Tél. : 01 44 91 50 16  
Fax : 01 44 91 10 01  
<http://www.altedia.fr/>

▶ **INFORMATIONS SOCIALES**

Diffusion : CNAF (Caisse nationale des allocations familiales)  
23, rue Daviel  
75634 Paris Cedex 13  
Tél. : 01 45 65 52 52  
<http://www.cnaf.fr/> +> Publications

▶ **INSEE PREMIÈRE**

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
Diffusion : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
Tél. : 01 41 17 66 11  
Fax : 01 53 17 88 09  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>  
(téléchargement possible des numéros depuis 1996)

▶ **INSEE RÉSULTATS**

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
Diffusion : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
Tél. : 01 41 17 66 11  
Fax : 01 53 17 88 09  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/catalogue.htm> (pour retrouver les numéros sur le catalogue)

▶ **INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH**

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

▶ **INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES**

Diffusion : Baywood Publishing Compagny, Inc.  
26 Austin ave.  
PO Box 337  
Amityville, NY 11701  
Etats-Unis  
<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 EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH**  
Customer service  
BMJ Publishing Group Ltd  
BMA House  
Tavistock Square  
London WC1H 9JR, UK  
Royaume-Uni  
<http://jech.bmj.com/>

- ▶ **JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE**  
Diffusion : Springer Verlag  
KD NR 1001032867  
Haberstrasse 7  
Postfach 105160  
D-69126 Heidelberg  
Allemagne  
Tél. : 0049 6221 345-239  
Fax : 0049 6221 345 4229  
<http://www.springer.de/subscriptions@springer.com>

- ▶ **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

# L

- ▶ **LETTRE DE L'OFCE**  
Rédaction : OFCE (Observatoire Français des Conjonctures Economiques)  
Diffusé par : Presses de Sciences Po  
44, rue du Four  
75006 Paris  
Tél. : 01 44 39 39 60  
Fax : 01 45 48 04 41  
<http://www.ofce.sciences-po.fr>

- ▶ **LETTRE DU COLLÈGE**  
Rédaction et diffusion : Collège des Economistes de la Santé  
7, rue de Citeaux  
75012 Paris  
Tél. : 01 43 45 75 65  
Fax : 01 43 45 75 67  
<http://www.ces-asso.org/>

# M

- ▶ **MÉDECINE : 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 : [unaformec@wanadoo.fr](mailto:unaformec@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  
États-Unis  
Tél. : 00 1 805 499 9774  
Email : [order@sagepub.com](mailto:order@sagepub.com)  
<http://www.sagepub.com>

► **MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)**

Rédaction et diffusion : Wolters Kluwer France  
Service Abonnement Santé  
Case postale 815  
1, rue Eugène et Armand Peugeot  
TSA 84001  
92856 Rueil Malmaison cedex  
Librairie  
Tél. : 01 41 29 77 42  
Fax : 01 41 29 77 35  
[http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation\\_MPL.html](http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html)  
(recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

## N

► **NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)**

Rédaction : The Massachussets Medical Society  
Diffusion en France : EMD France SA  
BP 1029  
59011 Lille cedex  
Tél. : 03 20 30 03 02  
Fax : 03 20 57 07 60  
<http://www.nejm.com/content/index.asp>

► **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.php?id\\_rubrique=12](http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php?id_rubrique=12)

► **NOTES ÉCONOMIQUES (LES)**

Institut Economique de Montréal  
6708, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec)  
Canada H2S 2M6  
Tél. : (514) 273-0969  
Fax (514) 273-2581  
<http://www.iedm.org>

► **NOTES ET DOCUMENTS**

URCAM de Bourgogne  
14 rue Jean Giono  
21000 Dijon  
Tél. : 03 80 78 80 16  
Fax : 03 80 74 16 67  
<http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr/> => publications (certains numéros sont en ligne)

► **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

► **POINT (LE)**

Diffusion :  
Service abonnement  
BP 600  
60732 Ste-Geneviève cedex  
Tél. : 03 44 62 52 20  
<http://www.lepoint.fr>

► **POINTS DE REPÈRE**

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)  
Département Etudes et Statistiques  
26-50, avenue du Professeur André Lemierre  
75986 Paris cedex 20

► **POINT D'INFORMATION (CNAMTS)**

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)  
Département Etudes et Statistiques  
26-50, avenue du Professeur André Lemierre  
75986 Paris cedex 20

## ► 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)

## ► 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

## ► PRESSE MÉDICALE (LA)

Elsevier Masson SAS Éditeur  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy les Moulineaux Cedex  
Tél. : 01 71 16 55 00  
Email : [infos@elsevier-masson.fr](mailto:infos@elsevier-masson.fr)  
<http://www.elsevier-masson.fr/>

## ► PROBLÈMES ÉCONOMIQUES

Diffusion : La Documentation Française  
124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 71 10  
Fax : 01 40 15 68 00  
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)

## ► PROJET

Rédaction : CERAS (Centre de Recherche et d'Action Sociale)  
Diffusion : Assas Editions  
14, rue d'Assas  
75006 Paris  
Tél. : 01 44 39 48 48  
Email : [assas.editions@wanadoo.fr](mailto:assas.editions@wanadoo.fr)  
<http://www.ceras-projet.com/>

## Q

## ► QUESTIONS D'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Diffusion : IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 17  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [diffusion@irdes.fr](mailto:diffusion@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr> => Le bulletin d'information de l'Irdes (en ligne)

## R

## ► RECHERCHE (LA)

Rédaction : Société d'Éditions Scientifique  
Diffusion : La Recherche  
Service Abonnement  
B 604  
60732 Ste Geneviève cedex  
Tél. : 03 44 62 52 17  
Email : [larecherche@presse-info.fr](mailto:larecherche@presse-info.fr)  
<http://www.larecherche.fr>

## ► RÉFÉRENCES CMU : LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Rédaction et diffusion : Fonds CMU  
Tour Onyx  
10, rue Vandrezanne  
75013 Paris  
Tel : 01 58 10 11 90  
Fax : 01 58 10 11 99  
Email : [accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr)  
<http://www.cmu.fr>

## ► REGARDS DE LA FHP

Rédaction et diffusion : FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée)  
Anciennement FIEHP (Fédération Intersyndicale des Établissements d'Hospitalisation Privée)  
81, rue de Monceau  
75008 Paris  
Tél. : 01 53 83 56 56  
Fax : 01 43 59 91 80  
<http://www.fhp.fr/> => communication => revue FHP (sommaires des numéros depuis 2001)

- REPERE SANTÉ**  
 Rédaction et diffusion : ORS PACA – INSERM  
 U 379  
 23 rue Stanislas Torrents  
 13006 Marseille
- REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE**  
 Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.  
 62, rue Camille Desmoulins  
 92442 Issy les Moulineaux cedex  
 Tél. : 01 71 16 55 99
- REVUE PRESCRIRE**  
 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)
- RETRAITE & SOCIÉTÉ**  
 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 SÉCURITÉ 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 ÉCONOMIQUES**  
 Rédaction : Observatoire Français des Conjonctures Économiques (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 DE L'IREs**  
 Rédaction et diffusion : IRES (Institut de Recherches Économiques 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 : [info@ires-fr.org](mailto:info@ires-fr.org)  
<http://www.ires-fr.org/>
- REVUE ÉCONOMIQUE**  
 Rédaction : EHESS  
 54, bd Raspail  
 75006 Paris  
 Tél. : 01 49 54 25 65  
 Fax : 01 45 44 93 11  
 Email : [revue.economique@ehess.fr](mailto:revue.economique@ehess.fr)  
 Diffusion : Presses de Sciences Po  
 117 bd St Germain  
 75006 Paris  
 Tél. : 01 45 49 83 25  
 Fax : 01 45 48 83 34
- REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE**  
 Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.  
 62, rue Camille Desmoulins  
 92442 Issy les Moulineaux cedex  
 Tél. : 01 71 16 55 99
- REVUE FRANÇAISE 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 Auvervilleiers 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 INTERNATIONALE DE SÉCURITÉ 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>

## S

- **SANTÉ PUBLIQUE**  
Rédaction et diffusion : Société Française de Santé Publique  
2, Av. du Doyen J. Parisot  
BP 7  
54501 Vandoeuvre les Nancy  
Tél. : 03 83 44 39 17  
Fax : 03 83 44 37 76  
Email : [pn@sfsp.info](mailto:pn@sfsp.info)  
<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/>  
(sommaires et texte intégral de 1998 à 2001, sommaires depuis 2002)
- **SÉRIE ÉTUDES - 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)
- **SÉRIE 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>

- **SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ**  
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/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document\\_revue.phtml](http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml)
- **SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE**  
Diffusion : Elsevier Science  
Customer Service Department  
PO Box 211  
1001 AE Amsterdam  
PAYS BAS  
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)
- **STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND SOCIAL CONDITIONS**  
Rédaction : EUROSTAT - OSCE  
Office des publications officielles des communautés européennes  
2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
Tél. : 00 352 2929 42118  
Fax : 00 352 2929 42709  
Email : [info-info-opoce@cec.eu](mailto:info-info-opoce@cec.eu)  
<http://www.publications.europa.eu>
- **SYNTHÈSES**  
Rédaction et diffusion : CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Direction des Etudes, des Répertoires et des Statistiques  
Les Mercuriales  
40, rue Jean-Jaurès  
93647 Bagnolet cedex  
Tél. diffusion (Claudine Gaillard) :  
01 41 63 81 18  
Email : [gaillard.claudine@ccmsa.msa.fr](mailto:gaillard.claudine@ccmsa.msa.fr)  
Fax : 01 41 63 83 80  
<http://www.msa.fr>



## T

### ► TENDANCES

Rédaction et diffusion : OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies)  
3, av. du Stade de France  
93218 St Denis cedex  
Tél. : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
Email : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)  
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend.html>

### ► ZOOM SUR...

Rédaction et diffusion : RSI - Régime Social des Indépendants  
264 avenue du Président Wilson  
93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex  
[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_statistiques/index.php](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/index.php)

## V

### ► VALUE IN HEALTH

Rédaction : ISPOR (International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research)  
3100 Princeton Pike, Suite 3E  
Lawrenceville, NJ 08648  
[viheditor@ispor.org](mailto:viheditor@ispor.org)  
Diffusion : John Wiley & Sons Ltd  
1 Oldlands Way  
Bognor Regis  
PO22 9SA  
Royaume-Uni  
Tél. : +44 (0)1865 778315  
Email: [cs-journals@wiley.com](mailto:cs-journals@wiley.com)

## Z

### ► ZOOM SANTÉ

Rédaction et diffusion : Institut de la statistique du Québec  
Direction des statistiques sociales,  
démographiques et de santé  
1200, avenue McGill College, 5e étage  
Montréal (Québec) H3B 4J8  
Tél. : 514 873-4749, poste 6102  
Fax : 514 864-9919  
Email : [contactsante@stat.gouv.qc.ca](mailto:contactsante@stat.gouv.qc.ca)



# ■ 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 Béquignon - Nathalie Meunier |
| <b>Mise en page</b>                 | Franck-Séverin Clérembault            |

---

