

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Mai - Juillet 2010

■ Service Documentation

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

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01

■ Présentation

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

- La plupart d'entre 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.

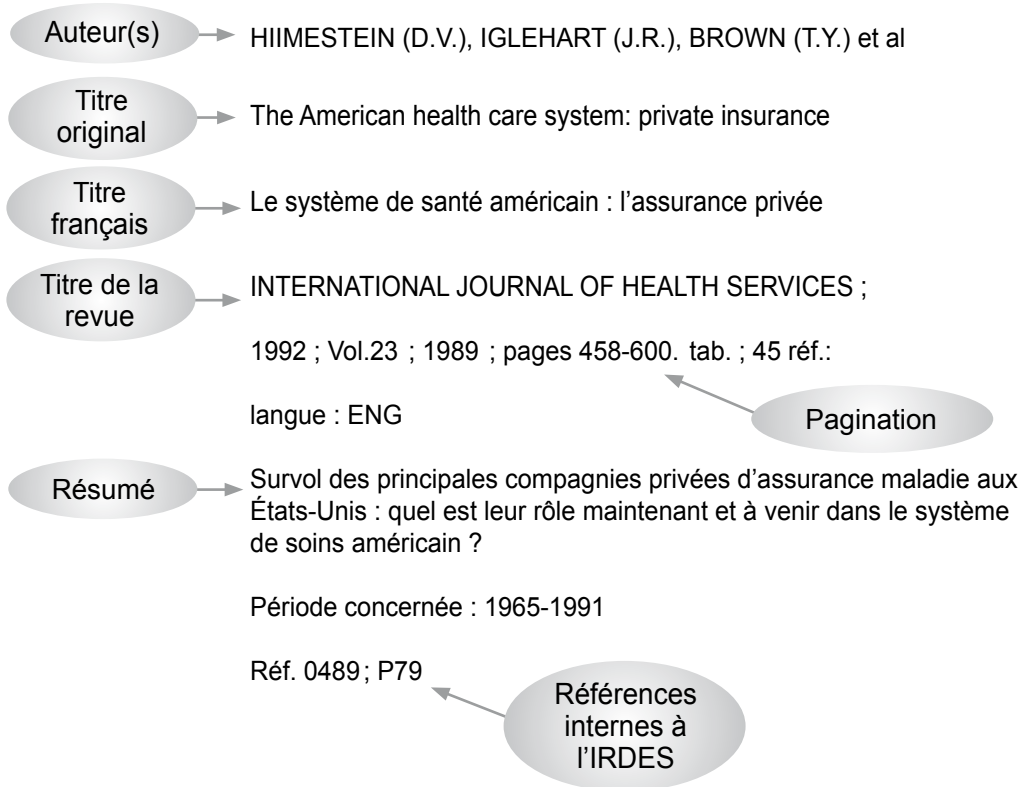
L'IRDES est disponible sur Internet.

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

Agences Régionales de Santé.....	17
Droits des usagers	17
Handicap.....	19
Historique.....	19
Loi HPST.....	20
Maisons de santé.....	20
Politique sociale	21
Recherche.....	22
Réformes	22
Réseaux de santé.....	23
Santé mentale.....	23
Soins de longue durée	25
Soins palliatifs	25

26 PROTECTION SOCIALE

Affections de longue durée	26
Assurance maladie	26
Dépendance.....	26
Prestations sociales	26
Protection complémentaire	27
Régime agricole	29
Régimes de retraite.....	29
Régime Social des Indépendants	30
UGECAM	31
Sécurité Sociale	31

31 PRÉVENTION SANTÉ

Accidents du travail.....	31
Diabète.....	32
Ethique.....	32
Maladies chroniques	32
Organisation des soins	33
Réseaux de santé	33

34 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSES DE SANTÉ

Accidents du travail.....	34
Affections de longue durée	34
Comptes nationaux de la santé	34
Coûts de la maladie	35
Croissance économique	38
Dépenses de santé	38
Dépenses pharmaceutiques	39
Financement	40

40 ÉTAT DE SANTÉ

Alimentation	40
Cancer colorectal	40
Etudes d'ensemble	41
Mucoviscidose	42
Obésité.....	42
Santé des adolescents.....	43
Suicide	43
Tabagisme.....	43
Téléphone mobile	44
Travail et santé.....	44

47 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance.....	47
EHPAD	48
Enquête SHARE	48
Niveau de vie	49
Soins informels	49

50 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins	50
Effets de voisinage.....	52
Inégalités sociales de santé.....	52

54 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Conférences régionales de santé et de l'autonomie.....	54
Dépistage.....	54
Mobilité des patients.....	54

55 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Accès aux soins.....	55
CAPI.....	55
Collaboration interprofessionnelle.....	55
Démographie médicale.....	56
Etudes d'ensemble.....	57
Études médicales.....	57
FIQSC.....	57
Historique.....	58
Médecines alternatives.....	58
Médecine de groupe.....	58
Performance.....	59
Permanence des soins.....	59
Pratique médicale.....	59
Recours aux soins.....	63
Relation médecin-malade.....	63
Rémunérations.....	64

65 HÔPITAL

Budget hospitalier.....	65
Cliniques privées.....	66
Hospitalisation à domicile.....	66
Indicateurs de gestion hospitalière.....	67
Infections nosocomiales.....	68
Performance.....	68
Planification sanitaire.....	68
Systèmes d'information.....	69
Tarifcation hospitalière.....	69

70 PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Formation médicale.....	70
Médecins hospitaliers.....	70
Pharmaciens.....	70
Prospective.....	71

71 MÉDICAMENTS

Automédication.....	71
Biotechnologies.....	71
Conditionnement.....	72
Dossier pharmaceutique.....	72
Industrie pharmaceutique.....	72
Innovation médicale.....	73
Médicaments génériques.....	74
Pharmacies communautaires.....	75
Pharmacoéconomie.....	75
Pharmacovigilance.....	75
Politique du médicament.....	76
Prescription.....	77
Prix.....	77

78 TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALES

Dossier médical informatisé.....	78
Systèmes d'information.....	78
Télémédecine.....	79

79 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne.....	79
Belgique.....	79
Canada.....	80
Etats-Unis.....	80
Europe.....	82
Irlande.....	82
Nouvelle-Zélande.....	83
Pays-Bas.....	83
Peco.....	83
Royaume-Uni.....	83

84 PRÉVISION - ÉVALUATION

Evaluation économique.....	84
Evaluation des pratiques professionnelles.....	84
Performance.....	85
Prévention secondaire.....	85

86 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Enquêtes de satisfaction.....	86
Indicateurs de santé.....	86
Mesure de la pauvreté.....	87
Modèle économique.....	87
Systèmes d'information.....	87

88 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Apprentissage cognitif.....	88
Bilan démographique.....	89
État matrimonial.....	90
Immigrés.....	91
Mortalité.....	91

92 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Comptes de la nation.....	92
Conjoncture économique.....	92
Consommation.....	93
Marché du travail.....	93
Professions libérales.....	94

94 RÉGLEMENTATION

Médicaments.....	94
Droits des malades.....	95

— AUTRES RUBRIQUES —

Index des auteurs.....	99
Carnet d'adresses des éditeurs.....	109

► Références bibliographiques

Agences Régionales de Santé

44214

ARTICLE
LOPEZ (A.)

Les Agences régionales de santé (ARS), une question d'équilibres entre des objectifs différents et des mécanismes de régulation complémentaires.

DROIT SOCIAL

2010/05 ; N° 5 : Pages : 567-572

Cote Irdes : P109

Les Agences régionales de la santé sont chargées à la fois d'améliorer la santé de la population et de mieux maîtriser les dépenses de santé. Aussi, elles sont dotées d'un large périmètre de compétence. Elles ont une autorité administrative unique dans les régions capables de conduire une stratégie globale de santé. Elles seront en situation d'assurer la cohérence de la stratégie collective de santé en région en identifiant et conduisant les actions complémentaires à mener dans les principaux secteurs d'intervention en faveur de la santé. Cet article revient sur les objectifs de ces nouvelles instances et sur leur rôle de régulation.

Droits des usagers

43839

ARTICLE
GHADI (V.) / coor, CANIARD (E.) / coor

Associations et représentation des usagers. Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE
PUBLIQUE

2009/09 ; n° 68 : Pages : 13-54

Cote Irdes : C, P49

Les usagers sont aujourd'hui des acteurs reconnus du système de santé. Cette reconnaissance s'est construite sur la force du mouvement associatif qui a revendiqué sa place et a investi les dispositifs de représentation prévus par la loi. Il nous a semblé intéressant de proposer un dossier portant sur cette question par le biais notamment de la structuration du mouvement associatif et de ses actions. En effet, à la différence d'autres pays, le système français repose sur les associations qui se sont organisées et qui se forment pour siéger dans des mandats à tous les niveaux du système, du national au local. Aujourd'hui,

cette évolution perdure : les représentants d'usagers tentent d'étayer leur présence et de faire progresser la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé à travers des projets interassociatifs ; la mise en place des collectifs interassociatifs sur la santé régionaux contribue à un dialogue entre associations au niveau de la région et permet ainsi une approche territoriale. L'expertise des associations n'est plus à remettre en question et elle continue de faire émerger ou de défendre des problématiques qui peuvent infléchir le système de santé. Entre actions associatives et représentation, les usagers sont invités aux débats de santé publique.

44125

ARTICLE
CONTANDRIOPOULOS (D.)
Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

La participation publique : définitions, défis et usages.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n° 2/2009 : Pages : 27-32

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

Le système sociosanitaire québécois a, depuis sa création dans les années 1970, accordé une large place à des dispositifs visant à donner aux citoyens ordinaires un rôle dans les décisions de gouverne tant au niveau régional qu'au niveau des établissements. L'analyse de près de quarante ans d'expérimentation dans ce domaine sert ici à discuter d'un certain nombre de caractéristiques des processus de participation et des défis, tant pratiques que théoriques, que pose le fonctionnement des dispositifs de participation publique. En conclusion, cet article propose quelques pistes susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs liés à la participation tout en évitant certains des écueils potentiels (Résumé d'auteur).

44126

ARTICLE

CHAMBAUD (L.), SCHAETZEL (F.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ?

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 : n°:2/2009 : Pages : 35-43

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

Le concept de "démocratie sanitaire" se caractérise par un appel des citoyens-usagers-patients du système de santé à agir en tant qu'acteurs de ce système. Il renvoie à la notion de démocratie participative qui, longtemps considérée avec suspicion en France, semble être devenue un concept plus porteur. Trois domaines sont essentiellement touchés par cette notion : l'élaboration de la politique de santé à l'échelon national ou local, le fonctionnement global des institutions sanitaires et le processus même de soins dans le parcours du patient. C'est aux deux premiers que nous nous référons dans le cadre de cet article, en excluant de notre analyse le champ de ce qui est convenu de qualifier de droits individuels ou droits des patients. Après un bref rappel de la manière dont ce concept s'est déployé en France, on se propose, à partir d'une analyse des principaux outils existants et censés favoriser sa mise en oeuvre, de rendre compte de la situation actuelle puis d'analyser les conditions permettant d'inscrire la participation dans une gouvernance renouvelée du système de santé (Résumé d'auteur).

44127

ARTICLE

GAUVIN (F.P.), MARTIN (E.), FOREST (P.G.), ABELSON (J.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

L'expérience citoyenne dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux au Québec.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n° 2/2009 : Pages : 45-50

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

L'expérience citoyenne à la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec a été marquée par de nombreux bouleversements au gré des différentes réformes initiées au cours des quatre dernières décennies. Jusqu'à présent, les structures participatives aux paliers local, régional et provincial semblent avoir favorisé davantage l'échange d'information, voire la confrontation, plutôt que la conciliation des intérêts et l'appropriation des services par la population. Bien qu'il y ait une volonté à maintenir, promouvoir et renouveler la participation publique, le système québécois donne encore peu d'emprise aux citoyens et usagers dans les décisions majeures affectant le système de santé et de services sociaux (Résumé d'auteur).

44128

ARTICLE

POMEY (M.P.), GHADI (V.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n° :2/2009 : Pages : 53-61

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

Le Québec, depuis les années 1970, et la France, vingt ans plus tard, se sont efforcés de faire en sorte que la parole profane des usagers soit mieux considérée dans le système de santé, et plus particulièrement dans les établissements de santé. Cette volonté, qui s'est traduite de part et d'autre de l'Atlantique de manière différente sur le plan institutionnel, a eu des effets très contrastés. Au Québec, en dépit de leur antériorité, les associations de patients ont eu du mal à se développer et à se mobiliser. L'impact a été faible, lié au fait du manque de vigueur de l'action des associations, et ce, alors même que le dispositif

de représentativité de la population dans les établissements de santé s'est étendu ces dernières années. En France, à l'émoi causé chez les professionnels de la santé et les politiciens par l'irruption du SIDA et par les différents scandales sanitaires qui en ont résulté, les associations se sont assez vite imposées comme des interlocuteurs incontournables des pouvoirs publics (Résumé d'auteur).

Handicap

43068

FASCICULE

ALBEROLA (E.), LOONES (A.)

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

Etre handicapé à Paris. L'accessibilité progresse, mais les contraintes restent fortes.

CONSOMMATION ET MODES DE VIE

2009/12 ; n° 225 : Pages : 4p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P81/1

<http://www.credoc.fr/pdf/4p/225.pdf>

Dans la lignée du Plan handicap, la Ville de Paris s'est attachée à promouvoir la citoyenneté des 60 000 Parisiens en situation de handicap. Afin d'apprécier la pertinence de l'action publique dans le quotidien de ces personnes et sa perception par l'ensemble des Parisiens, les services de la médiatrice de Paris ont confié au Crédoc la réalisation de deux enquêtes. L'une, qualitative, auprès de 40 personnes en situation de handicap vivant à Paris et auprès de leur famille, pour apprécier leur connaissance des aides et recueillir leur opinion. L'autre, quantitative, auprès de plus de 400 Parisiens, visait à appréhender leur connaissance et leurs représentations en matière de handicap. Les résultats montrent que les personnes valides, comme celles en situation de handicap, valorisent les efforts de la Ville de Paris pour intégrer ce public à la vie de la cité. Ces personnes soulignent toutefois une difficulté à faire valoir leurs droits par manque d'information ou découragement face aux pesanteurs administratives et à un manque d'écoute.

Historique

43366

FASCICULE

CORVOL (P.), POSTEL-VINAY (N.), BRUCKER (G.) et al.

Une décennie de santé (2000-2010)

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 25 : Pages : 27-116

Cote Irdes : P168

Ce dossier examine les transformations produites dans le champs de la santé lors de la décennie 2000-2010. Il étudie notamment l'évolution des progrès médicaux, de la veille et la sécurité sanitaire internationale, du droit de la santé, de la relation soignant-soigné, des perceptions de l'opinion sur la santé. Il revient également sur les grands rapports prospectifs élaborés au début des années 90 notamment le rapport Soubie et l'étude Sida 2010. Enfin, il fait le bilan de l'action des différents ministères de la santé qui se sont succédés lors de cette décennie.

43491

ARTICLE

BRAS (P.L.), TABUTEAU (D.)

Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé.

Une décennie de santé (2000-2010)

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 25 : Pages : 79-93

Cote Irdes : P168

Le rapport "Santé 2010", élaboré au début des années 1990 sous l'égide du Commissariat général du plan a influencé l'évolution des politiques de santé. Il a mis en lumière avec clairvoyance certaines transformations épidémiologiques, thérapeutiques ou organisationnelles. Il témoigne également, par les mutations du système de santé qui n'ont pas été perçues lors de son élaboration, de l'importance des ruptures qu'a connues ce secteur. Enfin, le rapport apparaît comme annonciateur des réformes de la gouvernance du système réalisées depuis quinze ans, il permet, en particulier, de mesurer la portée de la création des agences régionales de santé par la loi HPST en 2009 (Résumé de l'éditeur).

► Loi HPST

42675

FASCICULE

Centre National de l'Expertise Hospitalière.
(C.N.E.H.). Paris. FRA

Dossier spécial : la loi Hôpital, patients, santé, territoires à la loupe

ACTUALITES JURISANTE

2009/07-08 ; n° 66 : Pages : 95p.

Cote Irdes : c, B6785

La loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 a pour objectif, selon l'exposé des motifs, de moderniser l'organisation sanitaire du pays et de faciliter l'accès aux soins. Elle est majeure pour le fonctionnement de nos institutions de santé pour les années à venir. Les décrets d'application, particulièrement nombreux, viendront ultérieurement compléter le dispositif. Sans attendre leur publication, l'équipe du Centre de droit Jurisante du CNEH, s'est mobilisée pour informer au plus vite ses lecteurs sur les détails du texte. L'examen de la loi adopte volontairement un plan reprenant les grands volets qui constituent la philosophie de la réforme : la mise en place des agences régionales de santé (ARS), le renforcement de la coopération entre acteurs de santé, un pilotage fort par le chef d'établissement dans la gouvernance hospitalière publique, une organisation des soins de ville plus rationnelle et enfin une intégration du secteur médico-social dans cette réorganisation. Tous ces sujets sont développés assortis de schémas ou de tableaux explicatifs.

43784

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) : des interrogations pour demain !

SANTE PUBLIQUE

2010 : Vol : 22 : n°1 : Pages : 79-90

Cote Irdes : c, P143

L'année 2009 restera marquée par l'adoption d'un texte emblématique et ambitieux : la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST. L'auteur examine tout d'abord, dans un exercice de prospective, deux scénarios extrêmes d'application de la loi : le scénario de la renaissance et celui de la dérive. Puis il répond à trois questions afin d'éclairer les enjeux de la réforme : - la région est-elle appelée à rester un cadre d'ac-

tion sanitaire ou peut-elle devenir un cadre de décision ? - la région sera-t-elle le territoire d'expérimentation d'un nouveau modèle pour le système de santé ou apparaîtra-t-elle comme la plaque tournante de la confusion des secteurs ? - La région sera-t-elle un tremplin pour la technocratie sanitaire ou le creuset de la démocratie sanitaire ?

► Maisons de santé

43167

FASCICULE

BAUDIER (F.), GARROS (B.), AUTES (M.), et al.

Les maisons de santé : une solution d'avenir.

SANTE PUBLIQUE

2009/07-08 ; vol : 21 : n° 4 : Suppl. : Pages : 111p.

Cote Irdes : C, P143

Ce numéro spécial de la revue Santé publique a été réalisé à la suite d'un colloque national organisé à Besançon, en juin 2008. La première contribution développe une vision à la fois historique et prospective. Elle fournit de solides repères dans un paysage complexe, plein d'évolution en matière de santé et de protection sociale. L'approche originale promue par certaines collectivités, en particulier au sein des conseils régionaux, permet ensuite de comprendre les enjeux politiques et organisationnels sous-jacents. De ce point de vue, l'aménagement du territoire est certainement une dimension essentielle à prendre en compte. Le regard porté sur les expériences étrangères est instructif. Il vient d'Europe ou du continent américain (Québec). La Belgique trace, par exemple, une voie originale ; elle est rapportée avec humour. La situation des centres de santé français, proche des maisons médicales belges, pose, quant à elle, la question de structures pionnières et de leur pérennité. La plupart des maisons de santé sont très récentes. Les professionnels qui y travaillent réfléchissent à la pertinence de leurs nouveaux modes d'organisation, se remettent en question, dialoguent avec les élus, les patients, les institutions... Ce sont des projets en construction comme le témoignent les premiers travaux français présentés dans cette publication. Ils sont certes encore limités, mais donnent des pistes de réflexion et d'amélioration déjà intéressantes. Enfin, des recommandations émanant d'un séminaire national ayant réuni près d'une centaine de personnes, acteurs engagés dans la réussite des maisons de santé,

fournissent des perspectives concrètes pour ceux qui souhaitent s'y investir.

43481

ARTICLE
CLEMENT (M.C.) , COURALET (P.E.) ,
MOUSQUES (J.) , PIERRE (A.) ,
BOURGUEIL (Y.)

Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux ? Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne.

Primary care health houses : a new balance between continuity, accessibility of care and health professionals working conditions ? First results of explanatory assessment of health houses in Franche Comté and Burgundy regions.

SANTE PUBLIQUE
2009/07-08 ; n°4 : Pages : S79-S90
Cote Irdes : C, R1778, P143

Cette évaluation explore de façon empirique le concept de Maison de Santé Pluridisciplinaire, présenté aujourd'hui comme un moyen de maintenir des médecins sur le territoire et d'améliorer la qualité des soins. Notre échantillon comprend neuf maisons de santé issues de deux régions, 71 professionnels de santé dont 32 omnipraticiens. Elle associe des informations recueillies par questionnaire postal, visite sur sites et entretiens. L'activité des professionnels et le recours aux soins des patients sont analysés avec les données de remboursement de l'assurance maladie. Elles sont comparées à l'activité des professionnels et au recours aux soins des patients localisés sur une zone témoin (ZLT) définie pour chaque maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Au-delà de la forte hétérogénéité des structures, en termes de localisation, taille et activité, nous constatons: un équipement supérieur à la moyenne, des plages d'ouverture élargies et des pratiques coopératives le plus souvent informelles. À activité comparable, les médecins des MSP déclarent prendre plus de jours de congés. Plusieurs types de pratiques collectives sont repérables selon le niveau de « substitution » des médecins entre eux. En conclusion, l'organisation au sein des MSP étudiées permet un équilibre différent entre temps de travail et loisirs pour les médecins, tout en augmentant l'accessibilité horaire et annuelle aux patients à la MSP.

43590

ARTICLE
GAY DEL SANTO (J.)

Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2009/11-12 ; n°29 : Pages : 10-14
Cote Irdes : P204

Pierre de Haas est un des promoteurs de la maison pluridisciplinaire de Pont-d'Ain. Il présente, dans cet entretien, l'expérimentation de cette maison de santé, dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de soins, en favorisant l'évolution du système de soins de proximité.

► Politique sociale

43080

FASCICULE
Futuribles International. Paris. FRA

Politiques sociales : dix innovations venues d'ailleurs. Études détaillées et réflexions sur leur transposition en France.

Paris : Futuribles International
2009 : Pages : 131p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.futuribles.com/pdf/RapportFinal.pdf>

Futuribles International a conduit depuis plus d'un an un projet d'identification et d'analyse des innovations de politiques sociales mises en œuvre dans le monde. L'ambition de ce projet soutenu par une dizaine d'organismes publics et privés, est double : mettre en lumière, dans les différents pays d'Europe et du monde, des principes de gestion des risques sociaux et des modalités d'organisation du service des prestations qui soient originaux, efficaces et adaptés à la période actuelle d'accélération de la mondialisation des économies ; étudier les conditions de transposition de ces nouveaux principes et de ces nouvelles modalités dans le contexte français en tenant compte du cadre institutionnel existant et des contraintes budgétaires et sociales. Ce rapport final présente dix dossiers d'innovation comprenant la description approfondie d'une innovation phare et une analyse des conditions de son éventuelle transposition en France.

Recherche

42143

ARTICLE , INTERNET
CONCEICAO (C.) , LEANDRO (A.) ,
MCCARTHY (M.)

Soutien national à la recherche en santé publique : une enquête auprès des ministères européens.

National support to public health research: a survey of European ministries.

BMC PUBLIC HEALTH

2009/06 ; vol.9 : Pages : 11p., fig., tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-203.pdf>

Within SPHERE (Strengthening Public Health Research in Europe), a collaborative study funded by the European Commission, we have assessed the support for public health research at ministry level in European countries. We surveyed the health and science ministries in 25 EU countries and 3 EEA countries, using a broad definition of public-health research at population level. We made over 600 phone calls and emails to identify respondents and to gain answers. We gained formal replies from 42 out of 56 ministries (73% response) in 25 countries. There were 22 completed questionnaires (from 25 ministries), 6 short answers and 11 contacts declaring that their ministries were not responsible for public health research, while in 14 ministries (both ministries in three countries) no suitable ministry contact could be found. In most European countries, ministries of health, or their devolved agencies, were regarded as the leading organizations. Most ministries were able to specify thematic areas for public-health research (from three to thirty), and others ministries referred to policy documents, health plans or public-health plans to define research priorities. Ministries and their agencies led on decisions for financial support of public-health research, with less involvement of other external organisations compared with the process of identifying priorities. However, the actual funds available for public health were not easily identifiable. Most ministries relied on general academic means for dissemination of results of public-health research, while ministries get information on the use of public-health research usually through informal means. Ministries made suggestions for strengthening public-health research through initiatives of their own countries and of the European Union: as well as more resources,

improving coordination was most frequently suggested. There is no common approach to support for public-health research across Europe, and significant gaps in organisation and funding. Health ministries and national agencies value exchange between researchers and policy-makers, civil society organizations, and academic and public authorities, and the application of public-health research results. There would be benefits from better processes of priority setting and improved coordination for research, at regional, national and European levels.

Réformes

TOTH (F.)

Healthcare policies over the last 20 years: reforms and counter-reforms.

Les politiques de santé menées sur les vingt dernières années : réformes et contre-réformes.

HEALTH POLICY

2010 : vol. 95 : n° 1 : 82-89.

Cote Irdes : P92

The case argued in this article is that the last two decades have been characterised by distinct waves of healthcare reforms. The first, in the early 1990s, aimed to introduce more patients' choice and greater competition between the components of the healthcare system. The second, from 1995 to 2000, had the opposite aim of introducing greater integration and regulation. From 2000 onwards, the policy issue more in vogue has been the strengthening of patients' rights. Looking for the motives behind these reform strategies, this article aims to show how the ideological leaning of the governments in power affects the content of reform initiatives. The analysis presents evidence drawn from six OECD countries: France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Sweden and UK.

GREER (S. L.), JACOBSON (P. D.)

Health care reform and federalism.

Réformes de santé et fédéralisme.

JOURNAL OF HEALTH POLICY POLITICS
AND LAW

2010 : vol. 35 : n° 2 : 203-226.

Cote Irdes : P82

Health policy debates are replete with discussions of federalism, most often when advocates of reform put their hopes in states. But

health policy literature is remarkably silent on the question of allocation of authority, rarely asking which levels of government ought to lead. We draw on the larger literatures about federalism, found mostly in political science and law, to develop a set of criteria for allocating health policy authority between states and the federal government. They are social justice, procedural democracy, compatibility with value pluralism, institutional capability, and economic sustainability. Of them, only procedural democracy and compatibility with value pluralism point to state leadership. In examining these criteria, we conclude that American policy debates often get federalism backward, putting the burden of health care coverage policy on states that cannot enact or sustain it, while increasing the federal role in issues where the arguments for state leadership are compelling. We suggest that the federal government should lead present and future financing of health care coverage, since it would require major changes in American intergovernmental relations to make innovative state health care financing sustainable outside a strong federal framework.

► Réseaux de santé

43753

FASCICULE

Les réseaux de santé, 20 ans après.

REVUE SOCIOLOGIE SANTE

2008/12 ; n° 29 : Pages : 371p.

Cote Irdes : A4030

<http://revuesociologiesante.free.fr/spip.php?article59>

En France, les réseaux de santé constituent depuis le milieu des années 1980 une tentative de réponse originale aux cloisonnements du système de santé. Les enjeux de maîtrise de l'information et d'amélioration des processus de communication sont essentiels dans l'affirmation de ces organisations d'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. Leur émergence correspond à une approche globale de la santé (complexité). Espaces innovants de recomposition des positionnements, ils se construisent progressivement par les interactions entre acteurs, à la fois humains et dispositifs techniques, autour de nouvelles pratiques coopératives. L'amélioration de la coordination entre tous les acteurs est déterminante. Après une phase initiale correspondant à la constitution de réseaux d'acteurs sociaux, leur rencontre avec de nouveaux

outils relevant des TIC : systèmes d'information et dossiers médicaux informatisés, ouvre de nouvelles perspectives. Leur avenir est néanmoins loin d'être assuré. Le succès de ces espaces de négociation repose sur la construction de la confiance entre tous les acteurs avec une territorialisation de nouvelles pratiques de santé. Leurs enjeux sont représentatifs de ceux de toute notre société.

► Santé mentale

42352

FASCICULE

LABORIE (J.L.) , MOITIE (J.J.), ISSERLIS (C.)

Réduire les délais d'attente en psychiatrie : une nécessité accessible

PLURIELS

2009/08 ; n°79 : Pages : 11p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.mnasm.com/downloads/Pluriels%2079.pdf>

Le délai d'attente, à l'hôpital parfois, au CMP le plus souvent, est un marqueur étroit des rapports entre professionnels et usagers lorsqu'ils commencent à se connaître : construction d'une alliance thérapeutique, de la reconnaissance du sérieux ou de la gravité de la demande... Attendre trop longtemps peut transformer, chacun le sait, un problème banal en urgence ou en crise, et un problème grave en retrait silencieux qui se traduira bien plus tard par une situation très dégradée ou explosive, ou bien manquera l'occasion d'un engagement précaire. Dans de nombreux endroits du territoire, la pression de la demande ambulatoire augmente. Elle pousse les équipes, dans leurs dispositifs, à réfléchir sur leurs organisations et la hiérarchisation des réponses et à changer la règle dominante qui est souvent : premier arrivé, premier servi, le secrétariat en charge écrasante d'être le filtre répartiteur initial, le médecin comme premier maillon de l'entrée, et enfin l'espoir qu'une augmentation des ressources humaines serait la solution préalable aux problèmes. Ce numéro présente et fait connaître des équipes qui ont réfléchi et mis en place des modes d'organisation différents et qui semblent satisfaire davantage les professionnels et les utilisateurs, soit unilatéralement, soit à partir des travaux de la MeaH, et présenter des travaux de réflexion plus larges sur cette question.

43492

FASCICULE
VIETH (H.)

Les politiques de santé mentale en Europe.

Mental health policies in Europe.

EURO OBSERVER – HEALTH POLICY
BULLETIN OF OF THE EUROPEAN
OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS
AND POLICIES

2009; vol 11 :n° 3 : Pages : 1-16

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/80333/EuroObserver-Autumn-2009_web.pdf

Depression is the leading cause of years of healthy life lost to disability (YLD) for rich and poor countries alike across all regions in the world, and this burden is only likely to increase in proportion to other diseases over the coming decades.¹ The global burden of all mental ill health, coupled with the considerable economic burden it places on countries, brings a number of challenges not only in providing appropriate services for users but also in identifying effective mental health promotion and prevention strategies. This Overview surveys some of the contextual issues shaping mental health policies across Europe and what is required to improve conditions and services. The case studies that follow provide snapshot surveys of the available evidence of best practice in a number of key areas.

43681

RAPPORT
BUISSON (J.R.)

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

La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.

Paris : CESE

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL
ECONOMIQUE ET SOCIAL

2010/03 ; n° 2010-04 : Pages : 75p.

Cote Irdes : P111/2

<http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/pravi/PA092410.pdf>

Le Conseil économique et social dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés, des enfants et des adolescents et propose deux types d'orientations pour améliorer cette prise en charge : favoriser la prévention à travers un repérage précoce des troubles mentaux en sensibilisant l'ensemble des acteurs

de la chaîne de santé, en associant l'école au repérage de ces troubles et en revalorisant la fonction de médecin de l'Éducation nationale et mieux définir et organiser l'offre du réseau de soins, en accompagnant les familles à toutes les étapes du processus de soins et d'intégrations scolaire et sociale (Résumé d'auteur).

43764

ARTICLE
LE MOIGNE (P.)

Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux Etats-Unis.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2010/03 ; Vol : 28 : n° 1 : Pages : 81-106

Cote Irdes : P86

L'article revient sur les tensions qui ont accompagné, entre 1950 et 1980, le développement de la prise en charge de l'affection mentale aux Etats-Unis. Il rapporte ces tensions à la diffusion d'un idéal subjectiviste de l'Amérique de l'après-guerre, mais pour le moins contradictoire. Dans ce cadre, le diagnostic psychiatrique a été assimilé à une entreprise de disqualification de l'individu, critique aboutissant à nier l'existence de la maladie mentale. Mais ce contexte a également contribué à associer l'affection psychique à une forme d'incomplétude de soi, et a suscité sur ce fond une multiplication des demandes de soins. L'article évoque d'abord l'antagonisme de ces revendications à partir des effets qu'elles ont exercés sur la professionnalisation et la division du travail dans le champ psychiatrique. Puis, il tente de montrer comment le standard monographique qui s'est imposé en 1980, le fameux DSM-III en offrant le moyen de concilier les différentes visions du trouble psychique, a finalement institutionnalisé une nouvelle carte du normal et du pathologique sous la bannière de la "santé mentale" (Résumé de l'éditeur).

43962

FASCICULE

Handicap psychique et vie quotidienne
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES
SOCIALES

2009/01-02 : n° 1 : Pages : 352p.

Cote Irdes : C, P59

C'est seulement depuis la loi de 2005 "pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes han-

dicapées” que les manifestations des troubles psychiques, dans la vie quotidienne, sont désignées usuellement par les termes de “handicap psychique”. Ce numéro explore différents aspects de la vie quotidienne avec un handicap psychique et présente une partie des recherches soutenues, complétées par d’autres études récentes. Sont également proposées des approches avec lesquelles la recherche doit être en interaction constante. Les différentes contributions sont regroupées en trois grands chapitres : 1) le handicap psychique et sa reconnaissance ; 2) vivre à domicile avec un handicap psychique ; 3) travailler avec un handicap psychique.

► Soins de longue durée

SMITH (D.B.), FENG (Z.)

The accumulated challenges of long-term care.

L’accumulation des challenges pour la prise en charge des soins de longue durée.

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 1 : 29-34.

Cote Irdes : P95

During the past century, long-term care in the United States has evolved through five cycles of development, each lasting approximately twenty years. Each, focusing on distinct concerns, produced unintended consequences. Each also added a layer to an accumulation of contradictory approaches--a patchwork system now pushed to the breaking point by increasing needs and financial pressures. Future policies must achieve a better synthesis of approaches inherited from the past, while addressing their unintended consequences. Foremost must be assuring access to essential care, delivery of high-quality services in an increasingly deinstitutionalized system, and a reduction in social and economic disparities

KAYE (H. S.), HARRINGTON (C.),
LAPLANTE (M. P.)

Long-term care: who gets it, who provides it, who pays, and how much?

Soins de longue durée : pour quel patient, par quel producteur de soins, quel financement et combien ?

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 1 : 11-21.

Cote Irdes : P95

Long-term care in the United States is needed by 10.9 million community residents, half of them nonelderly, and 1.8 million nursing home residents, predominantly elderly. Ninety-two percent of community residents receive unpaid help, while 13 percent receive paid help. Paid community-based long-term care services are primarily funded by Medicaid or Medicare, while nursing home stays are primarily paid for by Medicaid plus out-of-pocket copayments. Per person expenditures are five times as high, and national expenditures three times as high, for nursing home residents compared to community residents. This suggests that a redistribution of spending across care settings might produce substantial savings or permit service expansions.

► Soins palliatifs

GOODRIDGE (D.)

End of life care policies: do they make a difference in practice?

Politiques de soins de fin de vie : font-elles la différence en pratique ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010 : vol. 70 : n° 8 : 1166-1170.

Cote Irdes : P103

Although institutional policies related to care at the end of life (EOL) are a common feature of hospitals, there has been little examination of the ways in which these policies shape the focus and provision of care. The question asked in this study was “What effect do institutional policies relating to care at the EOL have on practice?” Data were drawn from health record reviews of 310 adults who had died in 3 acute care facilities in a major urban centre of a Western Canadian health region. Medical orders relating to care at the end of life were written for the majority of decedents, highlighting the value providers placed on care planning during this time. Relatively few providers, however, followed policy directives regarding use of care plans, terminology or documentation of discussions with patients and families about treatment plans. The findings of this study demonstrate a significant gap between institutional EOL care policies and practice in this health region, challenging institutional decision makers and front-line providers to collaborate more effectively to devise clinically relevant policies that enhance patient care at a particularly vulnerable time of life.

▮ Affections de longue durée

43695

ARTICLE
DESAUNAY (C.)

L'assurance maladie face aux défis des ALD.

FUTURIBLES

2010/03 ; n° 361 : Pages : 75-76, fig.

Cote Irdes : P166

Cet article fait le point sur la problématique de l'augmentation des affections de longue durée et sa prise en charge par l'Assurance maladie.

▮ Assurance maladie

43271

ARTICLE
TABUTEAU (D.)

La métamorphose silencieuse des assurances maladie

DROIT SOCIAL

2010/01 ; n°1 : Pages : 85-92

Cote Irdes : P109

Cette contribution commente l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 qui donne un rôle important aux organismes de protection complémentaire dans la validité d'accords conclus par une assurance maladie obligatoire, cette dernière recouvrant l'ensemble de la population et non les seuls souscripteurs de contrats de protection complémentaire. Plus fondamentalement, ce nouvel article consacre la possibilité de prestations de soins dont le financeur principal n'est plus l'assurance maladie. La véritable métamorphose en cours des assurances maladie obligatoire et complémentaire apparaît alors comme le fruit du repli à la dérobée de l'assurance maladie obligatoire et de l'expansion nolens volens des organismes de protection complémentaire. Mais elle révèle également la minutieuse construction du socle d'un nouvel équilibre entre les assurances maladies (D'après introduction de l'auteur).

▮ Dépendance

44172

ARTICLE

Cinquième risque dépendance : une réflexion du professeur Jean-Pierre Bader.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/04/01 ; n°695 : Pages : 6-10

Cote Irdes : P72

Ce n'est qu'une fois achevé le chantier de la réforme des retraites que le gouvernement devrait présenter un projet de loi sur le cinquième risque de la protection sociale. Cet article fait une analyse de la réflexion du professeur Jean-Pierre Bader, qui dresse un état des lieux de la prise en charge actuelle des personnes âgées dépendantes en France et des obstacles qu'il conviendrait de supprimer pour concilier le "cure" et le "care" dans l'organisation de la prise en charge sanitaire et sociale.

▮ Prestations sociales

43210

FASCICULE, INTERNET
MATTONETTI (M.L.)
Eurostat. Luxembourg. LUX

Net expenditure on social protection benefits.

La part nette des dépenses engagées dans les prestations sociale

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND
SOCIAL CONDITIONS

2009 ; n° 102/2009 : Pages : 7p., fig., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-067/EN/KS-SF-09-067-EN.PDF

A pilot study shows that the equivalent of more than one quarter of EU GDP was spent on social protection benefits, but some of these benefits were liable to taxes and social contributions paid by the recipients to general government so that the net expenditure was less. Eurostat has completed a first pilot data collection based on 2005 data in order to measure the effective rates of taxes and social contributions applied to each different type of benefit in order to evaluate the net value of expenditure on social protection benefits. The results must be treated as provisional but indicate that across the EU 7% of the gross expenditure on social protection benefits was

clawed back through the fiscal system. More than half of the benefits issued in the EU were liable to taxes and/or social contributions. The majority of old age and survivors benefits were subject to some form of obligatory levy whilst only a small proportion of benefits in case of sickness or social exclusion were affected. The effective combined rate of taxes and social contribution applied to liable benefits averaged around 13% in the EU as a whole compared to 7% on all benefits.

D Protection complémentaire

43117

FASCICULE

GARNERO (M.), RATTIER (MO.)

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

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/08 ; n° 698 : Pages : 8p., tabl.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er698.pdf>

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance porte sur les contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits par les Français. Ses résultats présentent le niveau de garanties des personnes couvertes selon la catégorie de soins (pharmacie, consultations, hospitalisation, optique, dentaire), le caractère collectif ou individuel du contrat ou encore le type d'organisme assurant la couverture complémentaire. Les contrats se différencient surtout dans la prise en charge des dépassements d'honoraires et dans les remboursements des soins dentaires ou d'optique. Les mutuelles sont les organismes complémentaires qui ont pris le plus de mesures pour encourager leurs assurés au respect du parcours de soins. Les bénéficiaires des contrats collectifs profitent de meilleures garanties en 2007 qu'en 2006 ; cette amélioration s'accompagne d'une hausse de la cotisation moyenne par bénéficiaire. La cotisation moyenne par bénéficiaire des contrats individuels reste stable, mais la part des personnes couvertes par des contrats individuels haut de gamme régresse. Toutes choses égales par ailleurs, les couvertures complémentaires collectives sont sensi-

blement moins onéreuses que les couvertures complémentaires individuelles.

43399

ARTICLE

DOMIN (J.P.)

Le médecin, le patient et l'assureur : le développement de l'assurance maladie complémentaire et ses conséquences sur la décision médicale.

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (deuxième partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/07 ; vol : 27 : n° 4 : Pages : 235-253, rés.

Cote Irdes : C, P85

Ce travail s'interroge sur les tensions entre les transformations du secteur de la santé, notamment l'intervention croissante des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), et les principes déontologiques. Toute la question est de savoir si cette transformation peut avoir une réelle influence sur la décision médicale ? L'argumentation est menée en deux temps. Si l'indépendance de la profession a été érigée comme un principe déontologique fondamental et indépassable, les évolutions récentes du marché de l'assurance maladie complémentaire ne sont pas sans conséquences sur les décisions prises par les praticiens dans le cadre de leur exercice (Résumé d'auteur).

44513

FASCICULE

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

Le chiffre d'affaires des complémentaires santé en 2009.

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

2010/05 ; n° 39 : Pages : 6p., tabl., graph

Cote Irdes : c, Bulletin français

Ce fascicule détaille les chiffres du marché des complémentaires santé pour 2009.

43588

ARTICLE
BARTHELEMY (J.)

Réflexion prospective sur l'extension des accords de protection sociale.

DROIT SOCIAL

2010/02 ; n° 2 : Pages : 182-186

Cote Irdes : P109

En France, le droit de la retraite et de la prévoyance a été modifié en profondeur par la loi Evin du 31 décembre 1989 et celle du 8 août 1994. Elles avaient notamment, comme objet commun, de transposer les directives vie et non-vie relatives à la libre prestation des services en matière d'assurance de personnes. De ce fait, a été abandonnée la conception institutionnelle de la protection sociale complémentaire héritée de l'ordonnance de 1845 sur la Sécurité sociale au profit d'une conception assurantielle. Cet article dresse un historique de la réglementation de la protection sociale complémentaire.

43643

FASCICULE
FRANC (C.), PERRONNIN (M.), PIERRE (A.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.
FRA

Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection.

Paris : Irdes

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE
(IRDES)

2010/01 ; n° 150 : Pages : 1-6

Cote Irdes : Qes 150

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf>

Selon la théorie économique, les individus choisissent leur niveau de couverture en fonction de leurs dépenses de santé anticipées, révélant ainsi une partie de leur risque. Pourtant, sur le marché français de l'assurance santé, cette hypothèse, qualifiée d'« auto-sélection », n'a jusqu'ici été testée que sur la décision de souscrire ou non une complémentaire. Or, le marché de la complémentaire est très hétérogène, au moins autant que les risques des assurés. Entre le 1er juillet 2003 et le 31 décembre 2006, une surcomplémentaire a été proposée aux assurés bénéficiant de la complémentaire santé de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET). Ce contexte permet de tester l'existence d'auto-sélection dans le cas d'une demande d'augmentation des garanties parmi des individus

couverts par une même complémentaire santé. À partir d'une approximation du risque santé par l'âge des assurés et leurs dépenses de santé passées, les déterminants de la souscription de la surcomplémentaire sont analysés et comparés au cours du temps. Fin 2005, environ 20 % des assurés de la MGET ont souscrit la surcomplémentaire, pour la grande majorité dès son lancement. Les premiers à l'avoir souscrite sont plus âgés, avec des besoins de soins importants principalement en consultations et visites, en optique et en dentaire. Les assurés les plus modestes auraient eu tendance à différer l'achat de la surcomplémentaire dans le temps (à partir de 2004) en anticipant des dépenses d'optique, seul poste qui conserve une influence positive significative au cours du temps.

SCHOKKAERT (E.), VAN (O. T.), DE (G. D.),
LECLUYSE (A.), VAN (D. V.)

Supplemental health insurance and equality of access in Belgium.

Assurance maladie complémentaire et équité de l'accès aux soins en Belgique.

HEALTH ECONOMICS

2010 : vol. 19 : n° 4 : 377-395.

Cote Irdes : P173

The effects of supplemental health insurance on health-care consumption crucially depend on specific institutional features of the health-care system. We analyse the situation in Belgium, a country with a very broad coverage in compulsory social health insurance and where supplemental insurance mainly refers to extra-billing in hospitals. Within this institutional background, we find only weak evidence of adverse selection in the coverage of supplemental health insurance. We find much stronger effects of socio-economic background. We estimate a bivariate probit model and cannot reject the assumption of exogeneity of insurance availability for the explanation of health-care use. A count model for hospital care shows that supplemental insurance has no significant effect on the number of spells, but a negative effect on the number of nights per spell. We comment on the implications of our findings for equality of access to health care in Belgium.

► Régime agricole

43811

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

Populations : données 2008.

Données chiffrées

ANNUAIRE STATISTIQUE ; 2010/01 :
Pages : 65p., graph., carte, tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/
msafr_1264521966079_POPULATIONS____
DONN_ES_2008.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1264521966079_POPULATIONS____DONN_ES_2008.pdf)

Cette étude, réalisée par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) présente les actifs et personnes couvertes par le régime agricole en 2008. Le nombre d'actifs agricoles s'élève à 1,3 million de personnes en 2008, dont 46 % relève du régime des non-salariés agricoles et 54 % du régime des salariés agricoles. Le nombre de ressortissants du régime agricole atteint 6,4 millions de personnes en 2008, dont 2,7 millions pour les non-salariés et 3,7 millions de personnes pour les salariés. Le nombre de personnes protégées en maladie s'élève à 1,8 million pour les non-salariés et 1,8 million pour les salariés, soit 3,6 millions de personnes au régime agricole en 2008. Le nombre de retraités du régime agricole en 2008 est de 4,3 millions de personnes : 1,8 million de personnes au régime des non-salariés agricoles et 2,5 millions de personnes au régime des salariés. Le nombre de familles bénéficiaires de la branche famille/précarité s'élève à 436 000 en 2008, pour 480 000 enfants.

► Régimes de retraite

43655

FASCICULE
FILOCHE (G.), CHAVIGNE (J.J.)
Fondation Copernic. Paris. FRA

10 questions, 10 réponses sur nos retraites.

Paris : Fondation Copernic

2010 ; Pages : 9p.

Cote Irdes : c, en ligne

[http://www.fondation-copernic.org/spip.
php?article302](http://www.fondation-copernic.org/spip.php?article302)

43775

FASCICULE

BRIDENNE (I.), DI PORTO (A.), GLENAT (M.)
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.
(C.N.A.V.). Paris. FRA

Regards croisés sur les régimes de retraite des indépendants et des salariés.

CADRAGE

2010/03 ; n°10 : Pages : 1-6

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.miroirsocial.com/uploads/
documents/Cadr_ge_n10.pdf](http://www.miroirsocial.com/uploads/documents/Cadr_ge_n10.pdf)

En France, le système de retraite est organisé par statuts professionnels : les salariés, les fonctionnaires, les non-salariés etc. relèvent de régimes différents. Le régime général, géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), couvre les salariés du secteur privé. Il est le régime de retraite le plus important en termes de cotisants et de retraités : pour la plupart, les actifs y cotisent à un moment donné de leur vie professionnelle. Environ la moitié fait sa carrière complète en tant que salariés du privé, alors que l'autre moitié passe par différents statuts au cours de la carrière (salarié, fonctionnaire, artisan, commerçant) et acquiert ainsi des droits à la retraite dans les régimes correspondants. Cette situation de polycotisant implique, au moment de la retraite, le versement à une même personne de plusieurs pensions par les différents régimes. Pour illustrer ces trajectoires entre régimes, l'articulation entre le régime général et le régime social des indépendants (RSI) sera analysée. Un premier point sera fait sur l'importance relative des deux régimes, tant en termes de cotisants que de retraités. Dans un second temps, la composition des pensions des retraités du régime général et des retraités du RSI sera étudiée.

44283

FASCICULE
D'YVOIRE (A.) / dir., MARETTE (J.J.) / dir
Observatoire des Retraites. Paris. FRA

L'information des actifs en Europe sur leurs droits à la retraite. Pourquoi, comment, avec quelles conséquences ? Un mouvement irréversible.

LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DES
RETRAITES (LA)

2010/04 ; n°17 : Pages : 31p., tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.observatoire-retraites.org/uploads/
tx_orpublications/LOR17.pdf](http://www.observatoire-retraites.org/uploads/tx_orpublications/LOR17.pdf)

Dans un contexte de changements démographiques et sociaux, les Etats nationaux et les Autorités communautaires ont accordé une importance croissante à la question de l'information sur les retraites futures. Rassurer, responsabiliser, accompagner l'ouverture des possibilités de choix, de nombreux facteurs contribuent à faire de l'information une fonction majeure des régimes de retraite. Cette lettre évoque tous les aspects liés à cette nécessité d'informer.

44364

ARTICLE
BARANGE (C.)

Viellissement et retraites : le temps des réformes en Europe.

Famille et vieillissement en Europe. Enquête Share.

RETRAITE ET SOCIETE

2009/11 ; n° 58 : Pages : 192-206, graph., tabl.

Cote Irdes : C, P63

Cet article a pour objet d'étudier les différents régimes de retraite au sein de l'UE dans une perspective comparative et de s'interroger sur la convergence ou la divergence des réformes dans un contexte de pression démographique commune à tous les pays et d'une coopération européenne naissante. Il s'agit de conclure sur l'émergence d'un modèle européen de retraite ou sur le maintien des singularités des différents régimes existants (Extrait introduction).

► Régime Social des Indépendants

43302

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

Données régionales RSI 2008.

La Plaine Saint-Denis : RSI
L'ESSENTIEL DU RSI EN CHIFFRES (RSI)

2009/11 ; Pages : 59p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/2

Cette publication annuelle propose des données pour chaque caisse régionale RSI sur les cotisants, les invalides, les retraités, les bénéficiaires de l'assurance maladie et de la Cmu-C, les prestations d'assurance maladie.

43788

FASCICULE
BAC (C.), GAUDEMER (C.)
Régime Social des Indépendants. (R.S.I.). La Plaine Saint-Denis. FRA

Actifs au RSI et retraité au régime général : une étude menée en collaboration avec la Cnav.

ZOOM SUR (RSI)

2010/02 ; n° 41 : Pages : 8p., 3 graph., 7 tabl.

Cote Irdes : S2/1

http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20100308_zoomN41_fev_2010_cumul_emploi_retraite.pdf

Les indépendants qui poursuivent ou débutent une activité non salariée au-delà de l'âge légal de la retraite peuvent, depuis la réforme des retraites de 2003, liquider leur pension du régime général sans condition. Près d'un cinquième des indépendants en activité au-delà de 55 ans cumule son activité avec une pension du régime général.

44279

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

Bilan et perspectives des régimes invalidité-décès des artisans et commerçants.

ZOOM SUR (RSI)

2010/04 ; n° 43 : Pages : 1-8, 10 graph., 4 tabl.

Cote Irdes : S2/1

http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20100512_zoomN43_avr_2010_bilan_projection_regimes_invalidite_deces.pdf

Le RSI gère les régimes invalidité-décès des artisans et commerçants. L'assurance invalidité permet de couvrir le risque « invalidité » de ceux qui sont confrontés à la maladie ou à l'accident en leur versant, sous certaines conditions, des pensions avant l'âge de 60 ans. 22 000 assurés bénéficient d'une pension d'invalidité au 31/12/2009. Durant ces dernières années, le nombre d'invalides a été impacté par la mise en place de différentes réformes, telle la récente création de l'invalidité partielle pour les commerçants, qui a permis d'améliorer la protection des indépendants. Les deux régimes sont actuellement régis par des règles différentes, ce qui induit des montants de pension différents. Les récentes modifications du régime des commerçants vont dans le sens d'une harmonisation. La décision prise en 2007 de transférer 0,2 point

de cotisation au régime des indemnités journalières n'a pas pénalisé les régimes et ils continuent d'être excédentaires. Ils devraient continuer de constituer des réserves dans les quinze prochaines années.

► UGECAM

43805

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

2010 : Structuration des UGECAM en Groupe.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/03/09 ; Pages : 1-8

Cote Irdes : C, En ligne

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

Dix ans après leur création, les Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie se structurent aujourd'hui en groupe. Une démarche engagée depuis 2008 avec la création d'une Direction nationale pour piloter les Ugecam et que la nouvelle identité visuelle du groupe concrétise à partir du 15 mars 2010.

► Sécurité Sociale

43661

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

Une sécurité sociale dynamique pour l'Europe : un modèle social pour la reprise et la croissance.

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

2010 ; n° 11 ; Pages : 5p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.issa.int/fre/content/download/110984/2428130/version/23/file/1-SPH-11.pdf>

Ce numéro examine les développements et tendances récemment observés en matière de sécurité sociale en Europe, les principaux domaines de réforme des politiques et des programmes de sécurité sociale, l'influence d'éléments dominants sur la réforme de la sécurité sociale, les défis auxquels les administrations de sécurité sociale sont confrontées et les orientations essentielles pour développer la sécurité sociale en Europe.

► Accidents du travail

43556

DOSSIER DE PRESSE

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction des Risques Professionnels. (D.R.P.). Paris. FRA

Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : réforme de la tarification des risques professionnels.

Paris : CNAMTS

2010/01; Pages : 11p.

Cote Irdes : C, bulletin français

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP-Tarification_ATMP.pdf

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2010 a modernisé le système d'incitation financière (« Bonus Malus ») qui vise à conduire les entreprises à s'engager dans une démarche de prévention des risques professionnels. Le volet « bonus » permet aux petites et moyennes entreprises qui réalisent un investissement de prévention de bénéficier d'aides financières sous forme de subventions. Pour le volet « malus », la LFSS fixe le principe d'une augmentation minimale des cotisations AT-MP si l'entreprise, après avoir préalablement été mise en garde, n'a pas pris les mesures nécessaires de prévention et la possibilité de majorer sans nouvelle mise en garde en cas de répétition de situations de risque particulièrement grave. Parallèlement à la modernisation des incitations financières à la prévention, une réforme de la tarification de l'Assurance Maladie - Risques professionnels est également prévue pour les grandes et moyennes entreprises (plus de 20 salariés). Le nouveau dispositif a pour objet de rendre plus lisible et rapide la répercussion financière du coût des accidents et maladies professionnelles dans le calcul du taux de cotisation dû par l'entreprise. Au-delà de la simplification importante pour les entreprises du suivi et de l'analyse de leur tarification, ce nouveau système a surtout pour objectif de mieux sensibiliser les entreprises à l'intérêt de mesures de prévention permettant d'éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles : chaque entreprise supportera un taux de cotisation dépendant directement du nombre et de la gravité des accidents et des maladies qui auront été reconnus les années précédentes. La prévention en amont des accidents de travail et des risques professionnels est en effet la priorité de la gestion du risque de l'As-

urance Maladie - Risques professionnels, qui déploie au travers de son réseau de caisses régionales des programmes d'actions coordonnées de prévention (Résumé d'auteur).

Diabète

43555

FASCICULE

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

Sophia : premiers résultats des études de satisfaction auprès des adhérents et des médecins.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/01/26 ; Pages : 14p.

Cote Irdes : C, bulletin français

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_sophia_26jan2010.pdf

Comme dans la plupart des pays développés, le diabète représente en France un enjeu de santé publique majeur : 2,5 millions de personnes diabétiques en France dont 8 sur 10 sont prises en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée. En matière de soins préventifs délivrés aux patients diabétiques, une étude récente du Commonwealth Fund montre que la France a encore du retard. Seuls 31 % des adultes diabétiques ont un suivi complet comprenant les quatre examens recommandés que sont l'hémoglobine glyquée, l'examen des pieds, l'examen du fond de l'oeil et le bilan du cholestérol. D'autres pays comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont à 60 % voire à près de 70 % de patients bénéficiant d'un suivi complet. D'importants progrès restent à accomplir malgré les évolutions positives enregistrées ces dernières années dans la prise en charge des malades. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a fait de l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques l'une de ses actions prioritaires pour mieux prévenir l'apparition des complications, souvent très graves. Du côté des médecins, des indicateurs conformes aux référentiels de prise en charge du diabète ont été intégrés dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Avec Sophia, l'Assurance Maladie poursuit l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et mieux prévenir les complications liées à leur maladie.

Ethique

44392

FASCICULE

PERETTI-WATEL (P.), SPICA (L.)

Le stigmate, une arme préventive contre les conduites à risque ?

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE

2010/03 ; n°: 8 ; Pages : 4p.

Cote Irdes : C, Bulletin français

http://www.iresp.net/imgs/publications/100309114934_qspn-8-stigmatisatio.pdf

Au cours de l'histoire des politiques de prévention, les populations ciblées ont pu faire les frais d'une stigmatisation. L'analyse comparée des campagnes de prévention du sida et du tabagisme permet d'appréhender le rôle et les conséquences contradictoires que peuvent engendrer la stigmatisation d'une population ou de conduite "à risque". Dommageable et inopérante pour la prévention Sida, la stigmatisation se révèle, au contraire, être une arme efficace pour la prévention du tabagisme. Comment penser alors cette nouvelle perspective au regard de l'éthique ? Quel cadre faut-il mettre en place pour la santé publique et la prévention ?

Maladies chroniques

43946

ARTICLE

LEVESQUE (J.F.), FELDMAN (D.), DUFRESNE (C.), et al.

Barrières et éléments facilitant à l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/10-11; n° 4 : Pages : 251-265, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Integration_de_la_prevention_aux_soins.pdf

Les maladies chroniques représentent un fardeau croissant pour les systèmes de soins des pays développés. Pour faire face à leur nature multifactorielle, des modèles intégrés de prévention et de gestion ont été suggérés. Bien que ces modèles aient démontré qu'ils améliorent les résultats des soins des personnes atteintes de maladies chroniques, leur implantation à l'échelle des systèmes de santé

demeure un défi. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs qui faciliteraient ou nuiraient à l'implantation de ces modèles de soins.

HANUSAİK (N.), O'LOUGHLIN (J. L.), KISHCHUK (N.), PARADIS (G.), CAMERON (R.)

Organizational capacity for chronic disease prevention: a survey of Canadian public health organizations.

L'offre de soins pour la prévention des maladies chroniques : une enquête réalisée auprès de l'offre de soins publics au Canada.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 2010 : vol. 20 : n° 2 : 195-201.

Cote Irdes : P167

Background: There are no national data on levels of organizational capacity within the Canadian public health system to reduce the burden of chronic disease.

Methods: Cross-sectional data were collected in a national survey (October 2004 to April 2005) of all 216 national, provincial and regional-level organizations engaged in chronic disease prevention through primary prevention or healthy lifestyle promotion. Levels of organizational capacity (defined as skills and resources to implement chronic disease prevention programmes), potential determinants of organizational capacity and involvement in chronic disease prevention programming were compared in western, central and eastern Canada and across three types of organizations (formal public health organizations, non-governmental organizations and grouped organizations).

Results: Forty percent of organizations were located in Central Canada. Approximately 50% were formal public health organizations. Levels of skill and involvement were highest for activities that addressed tobacco control and healthy eating; lowest for stress management, social determinants of health and programme evaluation. The few notable differences in skill levels by provincial grouping favoured Central Canada. Resource adequacy was rated low across the country; but was lowest in eastern Canada and among formal public health organizations. Determinants of organizational capacity (organizational supports and partnerships) were highest in central Canada and among grouped organizations.

Conclusion: These data provide an evidence base to identify strengths and gaps in organizational capacity and involvement in chronic disease prevention programming in the organizations that comprise the Canadian public health system.

► Organisation des soins

43948

ARTICLE

MORISSET (J.), CHAMBAUD (L.), JOUBERT (P.), et al.

La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/10-11; n° 4 : Pages : 275-282

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Prevention_et_soins_en_France_et_au_Quebec.pdf

Cet article propose une réflexion sur les nombreux enjeux qui se posent pour la santé des populations, en particulier sur la place de la prévention dans deux systèmes de santé. En France comme au Québec, la prévention est de toutes les politiques sociales et de santé depuis les quarante dernières années, mais les leviers et les conditions pour agir en amont des problèmes de santé et permettre un engagement fort, notamment des acteurs du soin, ne sont pas toujours présents ou utilisés de façon optimale.

► Réseaux de santé

43527

ARTICLE, INTERNET

WENSING (M.), VAN LIESHOUT (J.), KOETSENUIJTER (J.), REEVES (D.)

Réseaux d'échange d'information sur les maladies chroniques dans les cabinets de soins primaires : une étude observationnelle.

Information exchange networks for chronic illness care in primary care practices: an observational study

IMPLEMENTATION SCIENCE

2010 ; vol : 5 : n° 3 : Pages : 25p., fig., annexes.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-4-54.pdf>

Information exchange networks for chronic illness care may influence the uptake of innovations in patient care. Valid and feasible methods are needed to document and analyse information exchange networks in health-care settings. This observational study aimed to examine the usefulness of methods to study

information exchange networks in primary care practices, related to chronic heart failure, diabetes and chronic obstructive pulmonary disease.

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSES DE SANTÉ

► Accidents du travail

42583

FASCICULE, INTERNET

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).
Direction des Risques Professionnels.
(D.R.P.). Paris. FRA

Chiffres-clefs de la sinistralité branche AT/MP : 2008.

Paris : CNAMTS

2009/10 ; Pages : 17p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/CHIFFRES%20CLEFS%20SINISTRALITE%2008%20INTERACTIF.pdf

Les chiffres-clefs constituent une synthèse descriptive des principales informations disponibles sur la branche "accidents du travail et maladies professionnelles". Ces données concernent le cadre économique du régime général, la sinistralité et l'instruction en caisses qui en découle, les conséquences des sinistres en termes de dommages corporels et de rentes ainsi que les différents aspects financiers de la branche.

► Affections de longue durée

43562

FASCICULE, INTERNET

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

Coût des ALD en 2007 : mise à jour au 7 janvier 2010.

Paris : CNAMTS

2010/01/07 ; Pages : 1-6

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/cout.php>

8,0 millions de personnes du régime général bénéficient au 31 décembre 2007 de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). En 2007, le régime général de l'assurance maladie a remboursé pour ces personnes 56,4 milliards d'euros de soins (hors poste secteur public médico-social, SSR, établissements psychiatriques spécialisés) et 5,4 milliards d'indemnités journalières et rentes invalidités. Ce document propose des tableaux à télécharger, représentant des données détaillées concernant les remboursements en 2007 par l'assurance maladie selon les affections de longue durée.

43716

ARTICLE

Affections de longue durée en France : un dispositif à améliorer (Accès aux soins).

REVUE PRESCRIRE

2010/03 ; n°317 : Pages : 214-221

Cote Irdes : P80

Après un historique sur la réglementation relative au financement des maladies longues durées en France, cet article fait une description du dispositif actuel de prise en charge (modalités de remboursement, bénéficiaires, dépenses de santé...), puis propose des pistes d'amélioration. Il termine sur une présentation des modèles de disease management mis en place à l'étranger, visant à contrôler les coûts et à améliorer la qualité des soins.

► Comptes nationaux de la santé

43181

FASCICULE

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

Comptes nationaux de la santé 2008.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE
TRAVAIL - DREES

2009/09 ; n°137 : Pages : 167p.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat137.pdf>

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant

les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2008. Une deuxième partie apporte des éclairages en trois dossiers : les disparités départementales des dépenses de santé, l'évolution des revenus des titulaires d'officines pharmaceutiques, la place de la santé dans l'économie. La troisième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques. Ces comptes servent de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (OCDE, Eurostat et OMS).

► Coûts de la maladie

43261

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET
TRONTIN (C.), LASSAGNE (M.), BOINI (S.), RINAL (S.)
Institut National de Recherche et Sécurité.
(I.N.R.S.). Paris. FRA

Le coût du stress professionnel en France en 2007.

Paris : INRS
2010 ; Pages : 6p., tabl.
Cote Irdes : en ligne

[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Pdf%20CoutStressProfessionnel2007/\\$File/CoutStressProfessionnel2007.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Pdf%20CoutStressProfessionnel2007/$File/CoutStressProfessionnel2007.pdf)

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) publie son rapport d'étude sur le stress professionnel en France, en 2007. Pour évaluer ce coût, l'INRS a adopté une approche macroéconomique, en combinant agrégats économiques et études épidémiologiques portant sur les risques de développer des pathologies en lien avec le stress. Les chiffres obtenus, qui intègrent les dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés, portent à 2 - 3 milliards d'euros le coût du stress au travail pour la nation. Les auteurs soulignent que cette évaluation est une évaluation à minima, sachant notamment qu'un seul facteur de stress a été pris en compte pour l'étude, le « job strain », c'est-à-dire les situations de travail combinant une forte pression subie et une absence d'autonomie dans la réalisation du travail. De plus, les auteurs ont retenu pour l'étude seulement les pathologies liées au stress qui ont fait l'objet de nombreuses études, telles que les maladies cardiovasculaires, la dépression et certains troubles musculosquelettiques. Enfin, les auteurs indiquent que l'étude ne tient compte que de la perte de

richesse pour la société, alors que les coûts pour l'individu, en particulier s'agissant de la souffrance subie, sont très importants.

43532

FASCICULE

Le coût du cancer colorectal : prévention, traitement et accès aux soins.

Colorectal cancer and its burden : prevention, treatment and access to care.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2010/01 ; Vol : 10 : Supplément 1 : Pages : S1-S129, tabl.

Cote Irdes : P151

Ce numéro spécial porte sur le fardeau économique du cancer colorectal dans différents pays d'Europe.

43659

ARTICLE

EATON (H.W.), MARTINS (S.S.), NESTADT (G.), BIENVENU (J.), CLARKE (K.), ALEXANDRE (P.)

Le fardeau des troubles mentaux.

The Burden of Mental Disorders.

EPIDEMIOLOGIC REVIEWS

2008 ; Vol : 30 : n°1 : Pages : 1-14, tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://epirev.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/1/1>

In the last decade, there has been an increase in interest in the burden of chronic and disabling health conditions that are not necessarily fatal, such as the mental disorders. This review systematically summarizes data on the burden associated with 11 major mental disorders of adults. The measures of burden include estimates of prevalence, mortality associated with the disorders, disabilities and impairments related to the disorders, and costs. This review expands the range of mental disorders considered in a report on the global burden of disease, updates the literature, presents information on the range and depth of sources of information on burden, and adds estimates of costs. The purpose is to provide an accessible guide to the burden of mental disorders, especially for researchers and policy makers who may not be familiar with this subfield of epidemiology.

43806

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

**L'insuffisance rénale chronique : situation
actuelle et enjeux.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/03/09 ; Pages : 1-9

Cote Irdes : C, En ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/
documents/DP_Insuffisance_renale_
chronique.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Insuffisance_renale_chronique.pdf)

Cette étude inédite de l'Assurance Maladie propose des informations sur les modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, sur les caractéristiques des 61 000 patients concernés et sur les coûts de traitement.

43852

ARTICLE

RICCI (P.), CHANTRY (M.), DETOURNAY
(B.), POUTIGNAT (N.), KUSNIK JOINVILLE
(O.), RAIMOND (V.), THAMMAVONG (N.),
WEILL (A.)

**Coûts des soins remboursés par l'Assurance
maladie aux personnes traitées pour diabète.
Études Entred 2001 et 2007.**

*Numéro thématique. Les enquêtes Entred : des
outils épidémiologiques et d'évaluation pour
mieux comprendre et maîtriser le diabète.*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2009/11/10 ; n°42-43 : Pages : 464-469

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/
beh_42_43_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf)

Objectifs - Analyser les remboursements de l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète en France, mesurer leur évolution entre 2001 et 2007 et identifier les facteurs associés aux consommations de soins. Méthodes - Analyse des données d'Entred 2007 (6 710 adultes bénéficiaires du régime général, traités pour diabète en métropole), regroupant des données des bases de remboursement et les réponses à différents questionnaires complétés par les patients et leurs médecins.

Résultats - Le remboursement moyen était estimé à 5 300 euros par personne diabétique traitée en 2007, et 10 % des personnes concentraient 50 % des remboursements. Extrapolés à la France entière, les remboursements

versés à l'ensemble des personnes diabétiques s'élevaient à 12,5 milliards d'euros, dont 4,7 consacrés à l'hospitalisation, 3,4 aux médicaments et 1,0 aux soins infirmiers. Les principaux facteurs associés à ces montants élevés étaient, chez les personnes diabétiques de type 2, l'âge, le traitement par insuline, l'existence de complications dont l'insuffisance rénale terminale traitée et les comorbidités sévères. L'augmentation des remboursements (80 % entre 2001 et 2007 en euros constants, soit 7,1 à 12,5 milliards) s'expliquait principalement par l'augmentation du nombre de malades et l'intensification du suivi et des traitements.

Conclusion - Face à la forte progression des coûts pour la collectivité, il devient indispensable d'améliorer l'efficacité des soins délivrés aux diabétiques. (Résumé d'auteur).

44158

ARTICLE

PRAH RUGER (J.), BEN ABDALLAH (A.),
COTTLER (L.)

**Coût de la prévention du VIH chez des femmes
utilisatrices de drogues : résultats d'un essai
randomisé contrôlé.**

*Costs of HIV Prevention Among Out-of-Treatment
Drug-Using Women: Results of a Randomized
Controlled Trial.*

PUBLIC HEALTH REPORTS

2010 ; vol 10 : suppl. : Pages : 83-94, tabl.

Cote Irdes : en ligne

[http://publichealthreports.org/archives/
issueopen.cfm?articleID=2353](http://publichealthreports.org/archives/issueopen.cfm?articleID=2353)

We developed a micro-costing methodology to estimate the real resource costs consumed by delivery of the National Institute on Drug Abuse (NIDA) Cooperative Agreement Standard Intervention (SI) for human immunodeficiency virus (HIV) prevention, plus two enhanced modules, in a three-arm randomized controlled trial (RCT) among drug-using women. To our knowledge, this is the first micro-costing study of the SI and enhanced modules and the first of its kind targeting drug-using women. We conducted a micro-costing study alongside a three-arm RCT to estimate costs of (1) the modified NIDA SI; (2) the SI and a well woman exam (SI1WWE); and (3) the SI, WWE, and four educational sessions (SI1WWE14ES) to prevent HIV and sexually transmitted diseases in at-risk, drug-using women in St. Louis, Missouri. The cost of the SI that all 501 participants received was approximately \$227 per person. The additional costs for the WWE and 4ES were approximately \$145 and

\$942 per person, respectively. Total program costs for the SI (n5501) were \$113,869; additional costs for the SI1WWE (n5342) were \$49,403 and for the SI1WWE14ES (n5170) were \$160,189. The main cost component for the SI (64% of total costs) was testing costs, whereas building and facilities costs were the main cost component for the SI1WWE14ES (75% of total costs). This study provides accurate estimates of the real costs for standard and enhanced HIV interventions for policy makers seeking to implement targeted HIV-prevention programs with scarce resources.

44249

ARTICLE

LISSOVOY (G.), FRAEMAN (K.), TEERLINK (J.R.) et al.

Coûts hospitaliers du traitement de l'arrêt cardiaque aigu : analyse économique fondée sur l'étude REVIVE II.

Hospital costs for treatment of acute heart failure: economic analysis of the REVIVE II study.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2010/04 ; vol : 11 ; n°2 : Pages : 185-193, 5 fig.

Cote Irdes : P151

Acute heart failure (AHF) is the leading cause of hospital admission among older Americans. The Randomized Evaluation of Intravenous Levosimendan Efficacy (REVIVE II) trial compared patients randomly assigned to a single infusion of levosimendan (levo) or placebo (SOC), each in addition to local standard treatments for AHF. We report an economic analysis of REVIVE II from the hospital perspective. REVIVE II enrolled patients (N = 600) hospitalized for treatment of acute decompensated heart failure (ADHF) who remained dyspneic at rest despite treatment with intravenous diuretics. Case report forms documented index hospital treatment (drug administration, procedures, days of treatment by care unit), as well as subsequent hospital and emergency department admissions during followup ending 90 days from date of randomization. These data were used to impute cost of admission based on an econometric cost function derived from 100,000 ADHF hospital billing records selected per REVIVE II inclusion criteria. Index admission mean length of stay (LOS) was shorter for the levo group compared with standard of care (SOC) (7.03 vs 8.96 days, P = 0.008) although intensive care unit (ICU)/cardiac care unit (CCU) days were similar (levo 2.88, SOC 3.22, P = 0.63). Ex-

cluding cost for levo, predicted mean (median) cost for the index admission was levo US \$13,590 (9,458), SOC \$19,021 (10,692) with a difference of \$5,431 (1,234) favoring levo (P = 0.04). During follow-up through end of study day 90, no significant differences were observed in numbers of hospital admissions (P = 0.67), inpatient days (P = 0.81) or emergency department visits (P = 0.41). Cost-effectiveness was performed with a REVIVE-II sub-set conforming to current labeling, which excluded patients with low baseline blood pressure. Assuming an average price for levo in countries where currently approved, there was better than 50% likelihood that levo was both cost-saving and improved survival. Likelihood that levo would be cost-effective for willingness-to-pay below \$50,000 per year of life gained was about 65%. Conclusions In the REVIVE II trial, patients treated with levo had shorter LOS and lower cost for the initial hospital admission relative to patients treated with SOC. Based on sub-group analysis of patients administered per the current label, levo appears cost-effective relative to SOC.

44265

FASCICULE

COM-RUELLE (L.), DA POIAN (M.T.), LE GUEN (N.)

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

Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2010/03 ; n°152 : Pages : 8p.

Cote Irdes : QES152

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes152.pdf>

En France, selon les résultats de l'appariement des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006 avec celles de l'Assurance maladie, la dépense médicale totale en soins de ville des asthmatiques est une fois et demie supérieure à celle des non-asthmatiques en raison de leur asthme, du niveau de contrôle de leurs symptômes, mais aussi d'autres maladies plus fréquentes chez eux. Six asthmatiques sur dix ont toutefois leurs symptômes insuffisamment contrôlés et seuls 12,5 % d'entre eux ont consulté un pneumologue de ville, le médecin généraliste restant pour tous les asthmatiques en première ligne de leur suivi. Les médicaments arrivent en tête des dépenses de ville liées à l'asthme mais se

concentrent, selon les classes thérapeutiques, sur une part de consommateurs variables. Un tiers des asthmatiques n'a eu aucun traitement antiasthmatique. Ceci suggère que les professionnels de santé ont encore des marges de manœuvre pour améliorer la prise en charge des malades sur le plan médical ainsi qu'en termes d'éducation thérapeutique et de mesures environnementales.

COOK (K.), DRANOVE (D.), SFEKAS (A.)

Does major illness cause financial catastrophe?

Les grandes maladies grèvent-elles le budget des ménages ?

HEALTH SERVICES RESEARCH

2010 : vol. 45 : n° 2 : 418-436.

Cote Irdes : P33

Objective: We examine the financial impact of major illnesses on the near-elderly and how this impact is affected by health insurance.

Data sources: We use RAND Corporation extracts from the Health and Retirement Study from 1992 to 2006.(1)

Study design: Our dependent variable is the change in household assets, excluding the value of the primary home. We use triple difference median regressions on a sample of newly ill/uninsured near elderly (under age 65) matched to newly ill/insured near elderly. We also include a matched control group of households whose members are not ill.

Results: Controlling for the effects of insurance status and illness, we find that the median household with a newly ill, uninsured individual suffers a statistically significant decline in household assets of between 30 and 50 percent relative to households with matched insured individuals. Newly ill, insured individuals do not experience a decline in wealth.

Conclusions: Newly ill/uninsured households appear to be one illness away from financial catastrophe. Newly ill insured households who are matched to uninsured households appear to be protected against financial loss, at least in the near term.

► Croissance économique

43569

ARTICLE

AGHION (P.), HOWITT (P.), MURTIN (P.)

Le bénéfice de la santé. Un apport de la croissance endogène.

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2010/01 ; n°112 : Pages : 87-108, 5 tabl.

Cote Irdes : P120

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/112/r112-4.pdf>

Cet article examine la relation entre santé et croissance à la lumière de la théorie moderne de la croissance endogène. Il propose un cadre théorique unifié incluant deux facteurs de croissance : l'accumulation et le niveau de santé. Sur la base de régressions inter-pays dans lesquelles il instrumente les deux variables, il met en évidence un effet positif et significatif du niveau initial et de l'augmentation de l'espérance de vie sur la croissance du PIB par habitant.

► Dépenses de santé

43825

FASCICULE

THOMSON (S.), MOSSIALOS (E.)

Soins de santé primaires et prescription de médicaments : couverture, partage des coûts et protection financière dans six pays européens.

Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing, and Financial Protection in Six European Countries

ISSUES IN INTERNATIONAL HEALTH POLICY

2010 ; vol 82 : Pages : 13p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf

This issue brief describes coverage, cost-sharing, and financial protection for primary care and prescription drugs in Denmark, England, France, Germany, the Netherlands, and Sweden. Very few patients report unmet need for care or find general practitioner care unaffordable. Although none of the six countries spends more than 11 percent of gross do-

mestic product on health care, compared with 16.2 percent in the United States, they are able to provide a level of access to and financial protection for primary care and prescription drugs that far exceeds what is available in the U.S. Several have focused recently on adapting costsharing design to reflect value by reducing user charges for highly effective care, preventive care, accepting referral to specialist care, adhering to clinical guidelines, and enrollment in disease management programs. These innovations, and others described in the brief, could help inform U.S. policies for national health insurance reform.

44052

ARTICLE
ULMANN (P.)

Est-il possible et (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ?

REVUE D'ECONOMIE FINANCIERE
2004 ; Vol : 76 :Pages : 19-36
Cote Irdes : INI 1848

La première partie de cet article permet de rappeler ce que signifie le concept de maîtrise des dépenses de santé en insistant sur les objectifs des politiques de régulation puis sur la définition des différentes mesures de la dépense de santé. Puis, dans un second temps, l'analyse porte sur les expériences réussies de maîtrise des dépenses, pour la plupart à l'étranger, la France ayant peu de résultats significatifs en la matière. Enfin, la dernière partie est consacrée à la notion de légitimité de la maîtrise des dépenses de santé en développant des arguments sanitaires, économiques et sociaux, et en distinguant ses trois dimensions, à savoir la croissance des dépenses, la nature de cette croissance et enfin son financement.

44074

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

***Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ?
Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé.***

NOTE DE VEILLE (LA)
2010/04 ; n°171 : Pages : 1-8
Cote Irdes : En ligne
http://www.invs.sante.fr/beh/2010/07/beh_07_2010.pdf

Des positions très divergentes existent quant au niveau optimal de dépenses de santé. Entre cibles basses (limitation de la part des dépenses dans le PIB à un niveau proche du niveau actuel), et cibles hautes (près de 30 % du PIB dans certains scénarios), la question du niveau optimal de dépenses ne peut être envisagée indépendamment des modalités de leur financement. Allocation des ressources à la santé plutôt qu'à d'autres politiques publiques, part de l'assurance obligatoire, des assurances complémentaires et « reste à charge » des ménages... Qui doit décider et comment ? Si les développements récents de la science économique visent à mieux éclairer les choix des décideurs en matière de santé, face à des arbitrages essentiellement politiques, la qualité du débat public sur la santé est indispensable. Pour éviter notamment que les décisions ne soient prises implicitement, par une accumulation de dispositifs « techniques », renforcer la démocratie sanitaire en consolidant les instances de débat sur la santé est un objectif à privilégier.

► Dépenses pharmaceutiques

41771

FASCICULE

Médicament et maîtrise médicalisée : une comparaison européenne de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE
2009/07/09 ; n°665 : Pages : 9p., tab.
Cote Irdes : P72
http://www.securite-sociale.fr/comprendre/dossiers/comptes/2009/ccss200906_fic-10-7.pdf

La Commission des comptes de la Sécurité sociale vient de publier dans son dernier rapport sur les comptes de la Sécurité sociale une fiche thématique portant sur une comparaison européenne de l'évolution récente de trois classes de médicaments couvertes par la maîtrise médicalisée consacrées aux économies du médicament en 2008. Cet article publie les points essentiels contenus dans ce document. Les classes thérapeutiques concernées sont : les inhibiteurs de la pompe à protons, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les sartans et statines.

► Financement

44380

ARTICLE
ELBAUM (M.)

Un nouveau modèle de financement pour la santé ?

La nouvelle gouvernance en santé. Dossier.

SANTE PUBLIQUE

2010/01-02 ; vol : 22 : n°1 : Pages : 91-106, tabl.

Cote Irdes : C, P143

Les réformes conduites ces dernières années (réforme de l'assurance maladie en 2004, création des ARS avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009) s'accompagnent-elles d'une modification de la régulation économique et financière du système de santé ? Pour l'auteur, si un certain nombre de changements significatifs apparaissent à l'oeuvre, ces changements restent périphériques et ne remettent pas en cause les modes de financement "traditionnels" du système français. Ce qui est assez problématique vu les enjeux majeurs auxquels le système de soins doit faire face, à court et moyen terme : traitement des déficits liés ou non à la crise, prise en compte des facteurs de croissance des dépenses de santé, recherche de gains d'efficacité "équitable" en matière d'accès aux soins.

ÉTAT DE SANTÉ

► Alimentation

44391

FASCICULE
DUCIMETIERE (P.)

Alimentation et risque coronaire : le paradoxe français n'a plus lieu d'être !

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE

2009/09 ; n°6 : Pages : 4p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, Bulletin français

http://www.iresp.net/imgs/publications/090914134814_qspn-6-paradoxe-fran.pdf

Depuis les années 1960, il est admis que plus on consomme d'acides gras d'origine animale, plus on a de chances de développer une maladie coronaire. Les données épidé-

miologiques disponibles en France dans les années 1980 montraient une très faible mortalité coronaire comparée à celle des pays voisins, allée à une consommation importante de graisses d'origine animale. Ceci allait à l'encontre de la théorie, et cette exception a été appelée le "paradoxe français". Les connaissances épidémiologiques et physiopathologiques accumulées depuis permettent de considérer qu'en France la maladie coronaire n'est pas si rare, la consommation d'acides gras d'origine animale pas si importante, et que le déterminisme de la maladie coronaire par ailleurs n'est pas aussi simple. Il semble donc à l'heure actuelle impossible de soutenir, sur des arguments scientifiques, l'existence d'un "paradoxe français" concernant le rôle de l'alimentation dans le développement de la maladie coronaire.

► Cancer colorectal

43533

ARTICLE
CHEVREUL (K.)

Le cancer colorectal en France.

Colorectal cancer in France.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/01 ; Vol : 10 : Suppl. 1 : Pages : S15-S20, tabl.

Cote Irdes : P151

Colorectal cancer (CRC) presents a substantial health burden in France, as the third cause of new cancer cases after breast and prostate cancers and the second cancer mortality cause representing nearly 12% of cancer deaths and almost 10% of annual life year loss due to cancer. Its prognosis has dramatically improved since the 1970s due to earlier diagnosis and an increase in the number of cases eligible for surgery. The first cancer plan implemented for the period 2003–2006 led to further improvements via, amongst others, implementing a national cancer institute (INCA), developing research, improving the quality of care and facilitating access to innovative treatments. The second cancer plan (2009–2013) aims to expand the scope of the existing cancer plan including improving primary and secondary prevention. Indeed, CRC national screening was recently implemented across France, however, the rate of the target population actually screened remains low while earlier detection of CRC at early stages should lead to an increase in France's CRC survival rates

44313

ARTICLE

BOUVIER (A.M.), CHAUVENET (M.),
JOOSTE (V.), FAIVRE (J.)

Le poids du cancer colorectal en France en 2005 : estimation de sa prévalence et du nombre de patients nécessitant des soins.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2010/03/30 ; n°12 : Pages : 105-109

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/12/beh_12_2010.pdf

Introduction - L'objectif de ce travail était d'estimer, à côté des prévalences totale et partielle du cancer colorectal (CCR), la prévalence des patients nécessitant un suivi ou un traitement pour récurrence. Méthodes - Les données du Registre bourguignon des cancers digestifs (1976-2005) sur l'incidence, la survie, les récurrences de CCR ont été utilisées. La guérison statistique a été définie comme le moment où le sur-risque de décès lié au CCR disparaissait. Les taux de prévalence par tranche d'âge, appliqués à la population française, ont permis d'estimer le nombre national de cas prévalents.

Résultats - Les taux de prévalence totale étaient 244,9 pour 100 000 pour les hommes et 152,6 pour les femmes. Le nombre estimé de personnes atteintes d'un CCR en vie le 31 décembre 2005 était de 262 244 cas pour la France entière. Au cours des 30 dernières années, la prévalence partielle à 5 ans a augmenté de 8,0 % [6,7-9,4] par période de 5 ans. L'incidence a augmenté de 1,2 % [0,3-2,2] et les taux de survie relative de 15 % par période de 5 ans. Parmi l'ensemble des décès en excès dus au CCR, 15,3 % avaient lieu entre 5 ans de suivi et le délai de guérison statistique, estimé à 9,3 ans [8,3-10,4]. Ces résultats permettent d'estimer à 188 314 le nombre de patients nécessitant un suivi sur le plan national en 2005. Parmi eux, 5,4 % étaient traités pour récurrence.

Conclusion - L'amélioration de la survie explique en grande partie l'augmentation de la prévalence partielle à 5 ans des cancers colorectaux. Ces résultats suggèrent qu'un suivi clinique est nécessaire dans les 10 ans qui suivent le diagnostic. La prévalence des patients nécessitant un suivi ou un traitement pour reprise évolutive est d'un grand intérêt pour la mesure du poids du cancer colorectal (Résumé des auteurs).

Etudes d'ensemble

43381

FASCICULE

DANET (S.), HAURY (B.), FOURCADE (A.)

L'état de santé de la population en France en 2008 : suivi des objectifs de la loi de santé publique.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/12 ; n°711 : Pages : 8p., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er711.pdf>

L'état de santé de la population en France apparaît globalement bon, mesuré à l'aune de l'espérance de vie, qui est l'une des plus élevée au monde. En revanche, la mortalité prématurée avant 65 ans demeure plus élevée chez les hommes que dans les autres pays de l'Union européenne (hors nouveaux adhérents d'Europe centrale), et dans une moindre mesure chez les femmes. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales.

43894

FASCICULE

MONTAUT (A.)

Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2010/02 ; n°717 : Pages : 8p., tabl.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er717.pdf>

En 2008, 67 % des femmes et 73 % des hommes âgés de 18 ans ou plus et vivant en France à leur domicile se considèrent en bonne ou très bonne santé, d'après l'enquête Handicap-Santé 2008 effectuée auprès des ménages. À partir de 75 ans, ils ne sont plus que 25 % à se déclarer en bonne ou très bonne santé et ils sont autant à se juger fortement limités dans leurs activités quotidiennes. Femmes et hommes ont des représentations différentes de la "bonne santé", mais quel que soit le sexe, se déclarer en bonne santé va de pair avec des conditions socio-économiques ou professionnelles favorables. Tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes. Elles sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes ou spécialistes et à recourir

à la prévention. Elles sont également plus fréquemment hospitalisées avant 45 ans, notamment à l'occasion des grossesses et des accouchements. Après 65 ans en revanche, elles sont moins souvent hospitalisées que les hommes.

► Mucoviscidose

44134

ARTICLE

FRATTINI (M.O.), HOUZARD (S.), SERMET (I.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

La mucoviscidose : ajustements entre pratiques professionnelles et travail des malades et de leurs proches.

La place des usagers dans le système de santé.

Paris : Ofqss ; Irdes

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 111-117

Cote Irdes : P174

[http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/](http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf)

SomAPEd22009.pdf

La mucoviscidose, la plus fréquente des maladies rares, mobilise depuis trente ans des professionnels et des personnes concernés. Depuis 2002, avec l'instauration du dépistage néonatal systématique, elle est l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics en France. Elle exige des soins élaborés et coordonnés dans des centres spécialisés. Les progrès thérapeutiques ont amélioré considérablement la survie des malades, déplacé les soins vers le domicile, mais ont aussi multiplié les contraintes de soins. En parallèle, le souci de vivre le quotidien, dans les meilleures conditions possibles, s'affirme. Les auteurs sont ou ont été impliqués dans l'analyse, à visée opérationnelle, "du travail d'accord" entre professionnels, malades et leurs proches à trois niveaux : une association de familles et patients atteints de mucoviscidose, les centres spécialisés de soins et la relation individuelle de soins. En s'appuyant sur cette triple expérience, elles décrivent ici comment organisation et pratiques professionnelles s'ajustent au travail des malades et de leurs proches pour faire face à la "vie pathologique" et comment l'ensemble permet de revisiter la notion polysémique d'empowerment (Résumé d'auteur).

► Obésité

43601

ARTICLE , INTERNET

WINDI (A.)

Surpoids et obésité en médecine générale : une étude basée sur le patient.

Overweight and obesity in primary practice. A patient-based study.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2008 ; Vol : 66 : n°2 : Pages : 88-101

Cote Irdes : En ligne

The objective of this study is to identify factors related to overweight and obesity in a multi-ethnic primary care practice population; The results are issue from a cross-sectional based on questionnaire survey and medical examination. Multinomial logistic regression analysis was used to identify predictors of overweight and obesity. Four hundred and seventy adult patients (=16 years old) who visited the Jordbro Health Centre (JHC), Haninge Municipality, Stockholm, Sweden, participated in this study. Measurements: Body mass index (BMI). Overweight, defined as (BMI>25 kg/m²), and obesity (BMI>30 kg/m²) were explored in relation to sociodemographic characteristics, symptoms, chronic disease, lifestyle factors and medical tests. In this study 68.5% were overweight or obese, i.e. had a BMI > 25 kg/m². Among those, 39.3% were overweight and 29.2% obese. The OR for subjects born outside Sweden and overweight was 1.36 (95%CI 1.07-1.22) and for hypertension and obesity 2.60 (95%CI 1.23-5.49). Subjects with musculoskeletal disorder had a fourfold OR for obesity (OR=4.72, 95%CI 1.89-10.20). The OR for having high fasting plasma glucose and obesity was 3.83 (95%CI 1.90-7.71) while for subjects with high fasting serum triglycerides the OR for overweight was 4.75 (95%CI 2.08-10.88) and for obesity 11.80 (95%CI 4.83-28.84). Patients with musculoskeletal disorders need further attention with regard to the risk of developing obesity even if the relationship between obesity and musculoskeletal disorders can be explained bidirectionally and it may be worthwhile to consider both as deserving attention separately and as risk factors for each other. Furthermore, this study suggests a liberal attitude toward screening for diabetes among the overweight and obese patients.

► Santé des adolescents

43602

CONGRES , INTERNET

Comportement de santé et santé des adolescents en Europe : le projet HELENA (Modes de vie sains en Europe par la nutrition au cours de l'adolescence).

Health behaviour and health status in European adolescents: The HELENA Project (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence).

ECO 2009 Pre-Congress Meeting.
Amsterdam. 2009/05/06

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2009 ; Vol : 67 : n°Suppl. 1 : Pages : (150p.),
tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iph.fgov.be/aph/sup1y2009.htm>

Ce numéro spécial d'Archives of Public Health rassemble les communications d'un congrès qui s'est tenu à Amsterdam, en mai 2009, sur la santé des adolescents en Europe. Les analyses présentées s'appuient sur le projet européen HELENA.

► Suicide

43121

FASCICULE

AOUBA (A.), PEQUIGNOT (F.), CAMELIN (L.), LAURENT (F.), JOUGLA (E.)

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

La mortalité par suicide en France en 2006.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/09 ; n°702 : Pages : 8p., tabl., cartes

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er702.pdf>

En 2006, plus de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les suicides sont aux trois quarts masculins. Le taux de suicide a baissé de 20 % en 25 ans, mais il a diminué trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes. En outre, depuis 2000, il augmente pour les 45-54 ans, notamment pour les hommes. Pour les 25-34 ans, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes et la deuxième pour les femmes, derrière les tumeurs. Le taux de suicide augmente avec l'âge, plus fortement

pour les hommes que pour les femmes. Le principal mode de suicide est la pendaison pour les hommes et la prise de médicaments pour les femmes. Les taux de décès par suicide les plus élevés sont le fait des veufs et des divorcés. Les disparités régionales de mortalité par suicide sont marquées : les régions de l'Ouest et dans une moindre mesure du Nord et du Centre sont nettement au-dessus de la moyenne nationale. Au sein de l'Europe de l'Ouest, la France présente les taux de décès par suicide les plus élevés après la Finlande.

► Tabagisme

43809

FASCICULE

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

Tabagisme et arrêt du tabac en 2009. Bilan de l'année 2009.

Saint Denis : OFDT

TABLEAU DE BORD MENSUEL DES
INDICATEURS TABAC

2010 ; Pages : 1-5

Cote Irdes : En ligne

http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_09bil.pdf

Les bilans annuels du tableau de bord tabac (www.ofdt.fr) donnent une vue synthétique de l'évolution depuis 2004 des principaux indicateurs liés au tabagisme, à la prise en charge des fumeurs et aux actions de prévention et d'information. Ce bilan 2009 constitue la 6ème édition de cet exercice.

44236

ARTICLE

LAUNAY (M.), LE FAOU (A.M.) SEVILLADEDIEU (C.) et al.

Prévalence du tabagisme chez les enseignants suivant des programmes anti-tabac. Résultats issus de deux enquêtes françaises (1999 et 2005)

Prevalence of tobacco smoking in teachers following anti-smoking policies : results from two French surveys (1999 and 2005).

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2010/04 ; Vol : 20 : n°2 : Pages : 151-156,
4 tabl.

Cote Irdes : P167

French public health policies aimed at reducing smoking were reinforced in France between

1999 and 2004 to decrease tobacco consumption. The consequences of these policies are of particular interest to teachers who play a role model for young people. Depression and alcohol problems were particularly studied as they may influence smoking behaviour. Methods: Two large cross-sectional health surveys conducted in 1999 (N= 2931) and 2005 (N= 3702) included teachers, aged 20–59 years. Smoking status, socio-demographic characteristics, history of depressive episode in the previous year and problems with alcohol were collected using self-administered postal questionnaires. Results: From 1999 to 2005, the prevalence of smoking decreased significantly from 25.7 to 18.2% for men ($P < 0.001$), from 20.0 to 16.5% ($P < 0.001$) for women; and the proportion of never-smokers increased. In smokers, the number of cigarettes consumed per day decreased significantly. Multivariate analysis revealed a significant decrease of the risk of being a smoker in 2005 compared with 1999 [odds ratio (OR) = 0.68 for men; OR= 0.78 for women]. Risk factors of smoking were: men aged 20–34 years (OR = 1.81), CAGE score ≥ 2 , (OR = 1.95 for men, 2.12 for women) history of a major depressive episode in the previous 12 months (OR = 1.46 for men, 1.44 for women). Anti-smoking policies resulted in a decrease of teachers' tobacco consumption between 1999 and 2005. However, people with more difficulties in quitting smoking, in particular people with depressive episodes or problems with alcohol, might benefit from comprehensive programmes, including training of health professionals.

ic fields from this technology. Methods An interview-based case–control study with 2708 glioma and 2409 meningioma cases and matched controls was conducted in 13 countries using a common protocol. A reduced odds ratio (OR) related to ever having been a regular mobile phone user was seen for glioma [OR 0.81; 95% confidence interval (CI) 0.70–0.94] and meningioma (OR 0.79; 95% CI 0.68–0.91), possibly reflecting participation bias or other methodological limitations. No elevated OR was observed 510 years after first phone use (glioma: OR 0.98; 95% CI 0.76–1.26; meningioma: OR 0.83; 95% CI 0.61–1.14). ORs were <1.0 for all deciles of lifetime number of phone calls and nine deciles of cumulative call time. In the 10th decile of recalled cumulative call time, 51640 h, the OR was 1.40 (95% CI 1.03–1.89) for glioma, and 1.15 (95% CI 0.81–1.62) for meningioma; but there are implausible values of reported use in this group. ORs for glioma tended to be greater in the temporal lobe than in other lobes of the brain, but the CIs around the lobe-specific estimates were wide. ORs for glioma tended to be greater in subjects who reported usual phone use on the same side of the head as their tumour than on the opposite side. Overall, no increase in risk of glioma or meningioma was observed with use of mobile phones. There were suggestions of an increased risk of glioma at the highest exposure levels, but biases and error prevent a causal interpretation. The possible effects of long-term heavy use of mobile phones require further investigation.

► Téléphone mobile

44495

ARTICLE
CARDIS (E.)

La relation entre cancer du cerveau et l'utilisation de la téléphonie mobile : résultats de l'étude de cas contrôlée internationale INTERPHONE.

Brain tumour risk in relation to mobile telephone use: results of the INTERPHONE international case–control study.

INTERNATIONAL JOURNAL OF
EPIDEMIOLOGY

2010 ; vol. : 39 : Pages : 675-694

Cote Irdes : En ligne

The rapid increase in mobile telephone use has generated concern about possible health risks related to radiofrequency electromagnet-

► Travail et santé

42134

FASCICULE, INTERNET
DE NORRE (B.)
Eurostat. Luxembourg. LUX

8,6% de travailleurs de l'UE ont eu des problèmes de santé liés au travail. Résultats de l'enquête sur les travailleurs 2007, module ad hoc sur les accidents de travail et les problèmes de santé liés au travail.

8.6% of workers in the EU experienced work-related health problems. Results from the Labour Force Survey 2007 ad hoc module on accidents at work and work-related health problems.

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND
SOCIAL CONDITIONS

2009 ; n°63/2009 : Pages : 11p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-063/EN/KS-SF-09-063-EN.PDF

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/documents/tables.pdf>

La promotion de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que l'élévation quantitative et qualitative des emplois, sont des objectifs importants dans l'Union européenne. Pour atteindre ces objectifs, une évaluation et un suivi sont nécessaires. Cette publication donne un aperçu des premiers résultats du module ad hoc de l'enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (LFS) 2007 sur les accidents de travail, les problèmes de santé liés au travail et l'exposition aux facteurs de risque. Presque 7 millions de travailleurs ont eu un accident de travail et environ 20 millions de personnes ont rencontré un problème de santé lié au travail dans les 12 mois précédant l'entrevue. Les données statistiques font référence aux travailleurs ayant 15 - 64 ans dans les 27 Etats de l'Union européenne.

43170

ARTICLE
DUSMENIL (H.), SALIBA SERRE (B.), REGI (J.C.), et al.

Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants.

SANTE PUBLIQUE
2009/07-08 ; vol : 21 : n°4 : Pages : 355-364
Cote Irdes : C, P143

Une étude téléphonique a été réalisée en 2007 afin d'évaluer la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville de Provence-Alpes-Côte d'Azur et ses déterminants. L'échantillon a été tiré au sort et stratifié (sexe, âge, taille de la commune d'exercice). L'épuisement professionnel a été évalué par la version française du Maslach Burnout Inventory. Cinq cent onze médecins ont participé (96,4 %). Un syndrome complet d'épuisement professionnel était présent chez 1 % (IC 95 % [0,3-2,3]) des participants. Une durée hebdomadaire de travail et une charge mentale au travail élevées, la prise en charge de patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, les conflits travail-famille, voire ses compétences mises en causes par les patients, des contentieux judiciaires ou être en couple, étaient associés à l'une ou l'autre des dimensions de l'épuisement professionnel.

43267

FASCICULE
COUTROT (T.), ROUXEL (C.), HERBET (J.B.), MERMILLOD (C.)
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.) Paris. FRA

Parcours professionnel et état de santé.

Paris : La documentation française
PREMIERES INFORMATIONS ET
PREMIERES SYNTHESSES
2010/01 ; n°001 : Pages : 10p., tabl., graph.
Cote Irdes : C, Bulletin français
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Janvier_2010-001.pdf

Les parcours professionnels participent à la préservation ou à l'altération de la santé des personnes, même après leur sortie d'emploi. En sens inverse, la santé peut provoquer des ruptures ou des réorientations dans la vie professionnelle. Tels sont les enseignements de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), menée fin 2006-début 2007.

43890

FASCICULE
BAHU (M.), COUTROT (T.), HERBET (J.B.), MERMILLIOD (C.), ROUXEL (C.)

Parcours professionnels et état de santé.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2010 ; n°14 : Pages : 12p., tabl.

Cote Irdes : C, S19
<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201014.pdf>

Les parcours professionnels participent à la préservation ou à l'altération de la santé des personnes, même après leur sortie d'emploi ; en sens inverse, la santé peut provoquer des ruptures ou des réorientations dans la vie professionnelle. L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) (2006-2007), montre des liens étroits entre les parcours professionnels passés et l'état de santé des personnes au moment de l'enquête : les travailleurs dont les parcours sont peu marqués par la précarité ou les mauvaises conditions de travail se déclarent plutôt en bonne santé ; ce sont plus souvent les plus qualifiés ou les personnes ayant connu une promotion sociale. En revanche, les parcours caractérisés par un déclassement social, des épisodes de chômage ou d'inactivité, des changements d'emplois fréquents ou des conditions de travail difficiles sont plus fréquemment associés à un état de santé dégradé.

43596

ARTICLE , INTERNET
BEEMSTERBOER (W.G.M.), GROOTHOFF
(J.W.)

Revue de la littérature sur les déterminants de la fréquence des arrêts maladie observés au cours des dernières décennies.

A literature review on sick leave frequency determinants of the past decades

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2008 ; Vol : 66 : n°1 : Pages : 26-34

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iph.fgov.be/aph/issue1Y2008.htm>

A literature review on relevant sick leave frequency determinants during the past decades was performed. The literature review referred to national and international studies on sick leave frequency determinants. During the past decades, in research literature, a broad range of sick leave frequency determinants was mentioned in a highly consistent pattern. Over the past decades sick leave frequency was influenced by a broad range of similar determinants.

44243

ARTICLE
BARNAY (T.)

Par quels moyens les personnes en mauvais état de santé, âgées de 50 ans et plus, sortent-elles du marché de l'emploi en France ?

In wich ways do unhealthy people older than 50 exit the labour market in France?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/04 ; vol : 11 : n°2 : Pages : 127-140,
6 tabl.

Cote Irdes : P151

Among 55–64 year olds, poor health is a reason for leaving the labour market early within the framework of schemes such as not only Early Retirement for Certain Employees (or Early Retirement for Asbestos Workers), but also by absence from the workforce (sick pay and disability pensions, respectively). It is interesting to single out the controlling factors for participation in or absence from the labour market after 50 and the link between poor health and employment status. The prevalence of functional limitations in everyday activities leads to a more pronounced exclusion of those over 50 years old from the labour market. Some of those aged between 55 and 59 on disability

benefits become unemployed and do not look for work; in other words, they are potentially exempted from job-seeking. This would confirm the hypothesis that some of those exempted from job-seeking are in poor health.

44367

ARTICLE
MARCHAND (A.), BLANC (M.E)
Université de Montréal. Montréal CAN

Chronicité de la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'oeuvre canadienne : quelle est la contribution de la profession et des conditions de l'organisation du travail ?

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ
PUBLIQUE

2010/04 ; vol : 58 : n°2 : Pages : 89-99, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Cette étude a pour objectif de mieux comprendre le rôle spécifique de la profession et des conditions de l'organisation du travail sur la chronicité de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs et travailleuses du Canada. L'étude s'appuie sur une analyse secondaire des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada qui comprend cinq cycles s'étalant sur une période comprise entre 1994-1995 et 2002-2003. Un panel de 6585 personnes de 15 à 55 ans en emploi au cycle 1 a été sélectionné. Des modèles multiniveaux de régression ont été estimés sur trois niveaux : les mesures répétées (niveau 1=24785 observations) sont nichées dans les individus (niveau 2=6585 individus) et les individus nichés dans les communautés locales (niveau 3=1413 communautés). La prévalence des épisodes multiples (deux épisodes et plus entre le cycle 1 et le cycle 5) de la consommation de médicaments psychotropes s'établit à 6,7 % (95 % IC=6,0-7,4 %). Seules la profession et les heures travaillées montrent une contribution significative. Les variables familiales et individuelles comme le statut marital et les traits de personnalité (centre de contrôle et sentiment de cohésion) ont une contribution significative, ainsi que le temps, le genre, l'âge, la santé physique, le nombre de cigarettes et les événements stressants dans l'enfance. Le travail a une contribution faible au risque chronique de consommation des médicaments psychotropes, alors que les caractéristiques personnelles ont une contribution beaucoup plus importante sur le phénomène (Résumé des auteurs).

PIT (S. W.), SHRESTHA (R.), SCHOFIELD (D.), PASSEY (M.)

Health problems and retirement due to ill-health among Australian retirees aged 45-64 years.

Problèmes de santé et départ à la retraite pour raison de santé chez des Australiens âgés de 45 à 64 ans.

HEALTH POLICY

2010 : vol. 94 : n° 2 : 175-181.

Cote Irdes : P92

Objective: To examine which health problems are associated with retirement due to ill-health among Australians aged 45-64 years.

Methods: Cross-sectional analysis of self-reported data of 1933 retired men and 3160 retired women aged 45 and over, living in NSW in 2008, who took part in the 45 and Up Study. Main outcome measure: retirement due to ill-health versus retirement for other reasons.

Results: Among retired women, those who reported ever having been told by a doctor that they had thrombosis, depression, osteoarthritis or cancer (except melanoma and skin and breast cancer), were twice as likely to have retired early due to ill-health as those without these health problems. The number of health problems associated with early retirement due to ill-health appeared to be slightly greater for men than for women. From most to least significant stroke, cancer (except melanoma and skin and prostate cancer), osteoarthritis, depression, anxiety and heart disease had significant associations with early retirement. In men and women, the strongest association with retirement due to ill-health was in self-reported health status.

Conclusion: Legislators, decision-makers, and health policymakers should be aware that several health problems are associated with early retirement due to ill-health among men and women aged 45-64 years. Interventions to prevent or treat these health problems would not only bring immediate health gains to the individuals themselves but would increase their ability to participate in the workforce and/or be otherwise productive in society. Interventions would need to be tailored for men and women separately, given the gender differences in disease profiles and social roles.

► **Dépendance**

43895

FASCICULE

DOS SANTOS (S.), MAKDESSI (Y.)

Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2010/02 ; n°718 : Pages : 8p., tabl.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>

L'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), réalisée par la DREES et l'INSEE en 2008, doit permettre d'actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), menée en 1999 dans les ménages ordinaires. Cette étude vise à évaluer le degré d'autonomie des adultes et des personnes âgées vivant à domicile. Privilégiant une approche large de l'autonomie et de la dépendance (au-delà du seul "handicap"), elle prend en compte les incapacités rencontrées au quotidien ainsi que l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes. Il apparaît logiquement que les limitations fonctionnelles, qui mesurent les difficultés à accomplir des actes mobilisant les fonctions physiques ou cognitives, et les restrictions d'activité, qui décrivent les problèmes qui peuvent se poser à un individu dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, augmentent avec l'âge et sont plus importantes chez les personnes de 60 ans ou plus. Au-delà de ce constat, la distinction de quatre groupes d'âge met en évidence des types de limitations spécifiques aux plus jeunes (les 20-39 ans) et aux plus âgés (les 80 ans ou plus). Les premiers sont, pour la quasi-totalité, autonomes mais une petite proportion se trouve dans une situation de forte dépendance. Aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves alors qu'avant 60 ans, seule la moitié des personnes fortement dépendantes présentent des troubles cognitifs graves.

44441

ARTICLE

LE BIHAN YOUINOU (B.)

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France.

INFORMATIONS SOCIALES

2010/01-02 ; n°157 : Pages : 124-1330

Cote Irdes : C, P171

La dépendance est définie, en France, comme la difficulté à accomplir seul les actes de la vie courante. S'il existe une diversité de dispositifs, qui, d'une manière ou d'une autre, contribuent au soutien des personnes pagées dites dépendantes, la principale mesure consiste dans le paiement d'une prestation financière, créée en 1997 sous le nom de "prestation spécifique dépendance" et rebaptisée "allocation personnalisée d'autonomie" en 2002. L'article vise à retracer l'histoire de la politique ainsi élaborée en s'interrogeant sur les étapes de sa mise en oeuvre et sur ses orientations successives. L'annonce par le gouvernement de la création d'un Ve risque - le risque dépendance - relance aujourd'hui la question de la possibilité de créer un modèle de prestation assurantiel (Adapté du résumé d'auteur)

► EHPAD

43118

FASCICULE

PREVOT (J.)

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

Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/08 ; n°699 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er699.pdf>

Fin 2007, 657 000 personnes vivent dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les trois quarts de ces résidents sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnes qui séjournent en EHPA sont un peu plus âgées qu'en 2003 (84 ans et 2 mois en moyenne). Au total, trois quarts sont des femmes. Au-delà de 69 ans, celles-ci sont majoritaires et l'écart s'accroît avec l'âge. En 2007, 230 000 per-

sonnes sont entrées en EHPA, dont 38 000 sur des places d'hébergement temporaire. On enregistre également près de 230 000 sorties définitives. Les décès représentent 60 % des sorties de l'année, les trois quarts étant survenus en établissement et les autres au cours d'une hospitalisation. En 2007, la durée moyenne de séjour (2 ans et 6 mois) est légèrement inférieure à celle de 2003. C'est dans les logements-foyers non-EHPAD que les personnes âgées restent le plus longtemps. Dans les unités de soins de longue durée (USLD) et dans les établissements privés à but lucratif, les personnes âgées restent le moins longtemps. La clientèle des EHPA est de plus en plus dépendante. Ainsi, 84 % des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) fin 2007 et la moitié comme très dépendants (GIR 1 et 2).

► Enquête SHARE

44356

FASCICULE

Famille et vieillissement en Europe. Enquête Share.

RETRAITE ET SOCIETE

2009/11 ; n°58 : Pages : 243p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, P63

L'enquête Share (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe constitue un outil précieux pour comprendre les relations entre la santé, la participation au marché du travail et le contexte institutionnel de prise en charge des personnes âgées en Europe. Cette base de données multidisciplinaire, internationale et longitudinale est composée de deux vagues d'enquête, menées respectivement en 2004-2005 et 2006-2007 auprès de ménages dont au moins un des membres est âgé de 50 ans ou plus, en France et dans une douzaine de pays européens. Ce numéro de Retraite et Société est le second volet consacré à Share. S'appuyant sur des résultats inédits de ce panel, il apporte des éléments de réponse à des questions liées aux aspects familiaux et sociaux du vieillissement : comment l'entraide familiale s'articule-t-elle à la sphère publique de protection sociale ? Comment les inégalités de santé se traduisent-elles au plan du statut social ? Comment le marché du logement risque-t-il d'être bouleversé par les choix des générations pleines du babyboom ? (4e de couverture).

► Niveau de vie

43137

FASCICULE

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

Le niveau de vie des retraités.

RETRAITE ET SOCIÉTÉ

2009/01 ; n°56 : Pages : 297p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, P63

Ce numéro de Retraite et Société apporte un éclairage sur le niveau de vie des retraités. Si celui-ci s'est amélioré ces dernières années, les récentes évolutions de la législation, ainsi que le poids croissant de certains postes de consommation contraints comme le logement, pourraient annoncer un renversement de tendance. La question est abordée sous différents aspects : niveau de vie actuel des retraités, changements que celui-ci peut subir à la suite de ruptures comme le veuvage, ressources disponibles pour les individus en institution, rôle du minimum vieillesse. Les analyses proposées par les auteurs de la revue, qui intègrent les effets des différentes réformes des retraites, permettent de mesurer le taux de pauvreté chez les retraités et de mieux cerner les évolutions que leur niveau de vie pourrait connaître dans les années à venir. (4e de couverture).

► Soins informels

43597

ARTICLE , INTERNET

CAMERON (J.I.), STEWART (D.E.),
TOMLISON (G.A.) et al.

La détresse émotionnelle des aidants familiaux au Canada : une analyse longitudinale réalisée à partir de l'enquête nationale de santé.

Emotional distress among family caregivers in Canada: longitudinal analysis of the national population health survey.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2008 ; 66 : n°1 : Pages : 35-45

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iph.fgov.be/aph/issue1Y2008.htm>

The emotional health of family members providing care in the community to individuals with disability is a vital public health concern as our population ages and more care is provided in the community. The objectives of this study were to determine factors associated

with family caregivers' mental health and compare their mental health to a matched non-care-giving group using a large, representative, and longitudinal database representing a broad spectrum of disabilities. This study used a Canada's longitudinal National Population Health Survey (NPHS) to identify a family caregiver group (n = 800) and a non-care-giving group (n = 748), matched with respect to sex, age, education, and marital status. Standardized measures included Kessler's Emotional Distress Scale, Health Utilities Index, Self-Reported Health, Mastery, and Self-esteem. Mixed effects models for longitudinal data analysis were used. Caregivers experienced more emotional distress if they were male, younger, had lower personal mastery, were in poorer general and subjective health, or were providing care to individuals with more co-morbidity. No significant differences were observed between caregivers and a matched non-care-giving sample in emotional distress after controlling for potential differences between groups.

CARMICHAEL (F.), CHARLES (S.), HULME (C.)

Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care.

Qui soignera ? Participation à l'emploi et envie de dispenser des soins informels.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2010 : vol. 29 : n° 1 : 182-190.

Cote Irdes : P79

The impact of informal care responsibilities on the willingness and ability of caregivers to undertake paid employment has been the subject of a number of studies. In contrast, the effect of employment status on willingness to undertake informal care has been less well explored. This paper concentrates on this less-studied direction of causality using the data provided by 15 waves of the British Household Panel Survey. We find that employment participation and earnings both impact negatively on willingness to supply informal care. This evidence has implications for health and social care policy since informal care has been shown to be a significant substitute for formal long-term care.

LEVINE (C.), HALPER (D.), PEIST (A.),
GOULD (D. A.)

Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care.

Construire un pont au-dessus d'eaux troubles : aidants familiaux, transitions et soins de long terme.

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 1 : 116-124.

Cote Irdes : P95

Families are the bedrock of long-term care, but policymakers have traditionally considered them "informal" caregivers, as they are not part of the formal paid caregiving workforce. As chronic and long-term care systems have become more complex and as more demanding tasks have been shifted to families, this view is no longer sustainable. The care transition process offers a critical opportunity to treat family caregivers as important care partners. Enhancing their involvement, training, and support will contribute to reducing unnecessary rehospitalizations and improving patient outcomes. The contributions and experiences of family caregivers should be considered in gathering information to shape policies and practice; training health care professionals; developing programs; and reforming financing.

MCNAMARA (B.) , ROSENWAX (L.)

Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why?

Quels aidants familiaux dont le proche est en fin de vie ont le plus besoin des services de santé ? Et pourquoi ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010 : vol. 70 : n° 7 : 1035-1041.

Cote Irdes : P103

With end of life care a national priority in many countries, and the main place of care the family home, informal family carers are now considered the frontline of primary care. Yet we are insufficiently informed about the needs of carers, both during the time of caring and during bereavement. This study identifies which carers believed they did not get enough support from health services when caring for a terminally ill family member, what factors influenced perceptions of support, and whether inadequate support influenced the carer's health following the death of a family member. Unlike previous survey designs that explore

end-of-life concerns, we were able to triangulate interview data from semi-structured telephone interviews (August 2005-June 2006) with a relatively large group of 1071 carers in Western Australia, with administrative records from death registrations, hospital morbidity and community care records from the 1071 deceased family members. The addition of administrative data allowed us to quantify hospital and community care service use. Data analysis consisted of summary statistics and logistic regressions for two groups of carers during the first few months of bereavement: those whose health got a bit/lot worse, and those who were not coping on most/all days. We found that carers were more likely to have poor health if they perceived they did not get enough support from health services and if the deceased family member did not die in the carer's preferred place of death. Additionally, carers were more likely to be not coping if they were aged 60 years or less, female, had lost a spouse/partner and the deceased family member did not die in the carer's preferred place. By identifying which carers are more vulnerable than others, carer education and practical support can be targeted to specific groups. Ideally resources for bereavement support should be extended into the months following the relative's death.

INÉGALITÉS DE SANTÉ

D Accès aux soins

42311

FASCICULE

CHAUVIN (P.) / ed.

European Commission. Health and Consumer Protection. Directorate General. European Union. EUR

Prévention et promotion de la santé auprès des populations précaires et des exclus en Europe.

Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe.

BIOMEDICAL AND HEALTH RESEARCH

2002 ; vol : 56 : Pages : 198p.

Cote Irdes : C, A3926

Cet ouvrage collectif présente dans une première partie, un panorama des différents systèmes de soins en Europe, ainsi qu'un état

des lieux des différents types d'exclusion de l'accès aux soins et du creusement des inégalités dans ce domaine. Une description des réformes récentes de chacun des systèmes et des perspectives d'avenir qui se développent dans chacun des pays permet d'ouvrir une réflexion ancrée dans le futur. Des données actualisées sur les différents pays, leurs caractéristiques démographiques, économiques, sociales ainsi que sur leurs systèmes de soins et leurs dépenses en matière de santé permettent une comparaison rapide et exhaustive. La deuxième partie s'attache à décrire les différentes initiatives développées par les institutions et groupes impliqués dans le projet pour répondre à la demande de soins des populations exclues. Dans cette partie, les auteurs ont présenté le contexte dans lequel ont été mises en oeuvre ces initiatives, ont cerné, à partir de données quantitatives et qualitatives les différentes problématiques auxquelles les actions cherchaient à répondre, et ont tenté une approche à la fois descriptive et évaluative des projets menés. C'est de cette approche pratique et de la réflexion suscitée par la mise en commun des expériences et des problématiques que le groupe a pu tirer les enseignements qui constituent l'essentiel de la troisième partie (Résumé d'auteur).

43369

ARTICLE

GUIZE (L.), JAFFIOL (C.), GUENIOT (M.), BRINGER (J.), GIUDICELLI (C.), TRAMONI (M.), THOMAS (F.), PANNIER (B.), BEAN (K.), JEGO (B.)

Académie Nationale de Médecine. Centre médical Investigations préventives et cliniques. Paris. FRA

Diabète et précarité. Étude d'une vaste population française.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2008 ; vol. : 192 : n° 9 : Pages : 1707-1723

Cote Irdes : C, P76

Les sujets en situation de précarité pâtissent d'une incidence accrue du diabète et de ses complications. Les données françaises étant limitées, il était intéressant de préciser ce lien dans une vaste population. L'étude concerne 32 435 hommes et 16 378 femmes, âgés de 35 à 80 ans, qui ont eu un examen de santé gratuit au centre IPC (Investigations Préventives et Cliniques, Paris-Ile de France), de janvier 2003 à décembre 2006. La précarité matérielle et sociale a été évaluée par le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Iné-

galités de santé dans les Centres d'Examens de Santé de France). Les sujets en situation de précarité ont été définis par leur appartenance au cinquième quintile de la distribution de ce score. Parmi eux, la prévalence du diabète est, respectivement chez les hommes et chez les femmes, de 6 % et 7 % entre 35 et 59 ans, de 18 % et 15 % entre 60 et 80 ans. Cette prévalence est trois à huit fois plus élevée que chez les non précaires (premiers quintiles). Après prise en compte de l'âge, de l'indice de masse corporelle, du périmètre abdominal, des scores de stress-anxiété et de dépression, le risque (Odds ratio) d'être diabétique chez les sujets en situation de précarité est de 4,2 chez les hommes et 5,2 chez les femmes de 35-59 ans, et de 3,5 chez les hommes et 2,2 chez les femmes de 60-80 ans. Plusieurs marqueurs du risque cardiovasculaire sont significativement plus élevés ou plus fréquents dans cette population : masse corporelle, obésité abdominale, pression artérielle, syndrome métabolique chez les femmes ; HDL-cholestérol abaissé, triglycérides augmentés, protéinurie, fréquence cardiaque élevée, électrocardiogramme anormal, chez les hommes et les femmes. D'autres indicateurs de l'état de santé sont altérés : scores de stress-anxiété et de dépression, tabagisme (chez les hommes), gamma-GT, phosphatases alcalines, capacité vitale respiratoire, anomalie de la vision, plaques dentaires. Une difficulté d'accès aux soins est fréquente. En conclusion, la situation de précarité influence, fortement et indépendamment de facteurs de confusion, le risque d'être diabétique. De nombreux marqueurs de risque cardiovasculaire et d'un état de santé altéré, ainsi qu'une difficulté d'accès aux soins, sont fréquents chez ces personnes.

43607

ARTICLE , INTERNET
BELL (J.), ZECH (E.)

Accès aux soins de santé mentale pour les demandeurs d'asile en Union Européenne. Une analyse des disparités entre les droits légaux et la réalité.

Access to mental health for asylum seekers in the European Union. An analysis of disparities between legal rights and reality.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2009 ; vol. : 67 : n°1 : Pages : 30-44, tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iph.fgov.be/aph/abstr2009673044.htm>

The article explores some of the issues surrounding access to mental health care for asy-

lum seekers, using Belgium as a case in point. Asylum and immigration issues have become increasingly pressing in Europe, with member states seeking a common European Asylum System and establishing minimum standards for the reception of asylum seekers. The EU measures have fallen short of providing and implementing clear guidelines. Significant discrepancies continue to exist between member states, notably policies on health care for refugees, and in particular mental healthcare. Access to mental health care is identified as crucial, yet for many the right to access is theoretical only, and in reality care is often inaccessible. Access should refer not only to the availability, but also the quality and efficacy of care. Refugees are a particularly vulnerable population, and access in the fullest sense of the term should be an essential element in the reception of asylum seekers.

► Effets de voisinage

CHAIX (B.), MERLO (J.), EVANS (D.), LEAL (C.), HAVARD (S.)

Neighbourhoods in eco-epidemiologic research: delimiting personal exposure areas. A response to Riva, Gauvin, Apparicio and Brodeur.

Les effets de voisinage dans la recherche éco-épidémiologique : délimitation des aires d'exposition personnelle : réponse à Riva, Gauvin, Apparicio et Brodeur.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2009 : vol. 69 : n° 9 : 1306-1310.

Cote Irdes : p103

► Inégalités sociales de santé

43332

FASCICULE

Mesurer et s'attaquer aux inégalités de santé à travers l'Europe.

Measuring and tackling health inequalities across Europe

EUROHEALTH

2009 ; vol : 15 : n°3 : Pages : 1-29

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_3.pdf

This issue is largely devoted to health inequalities. As well as a perspective from the European Commission on actions arising from the Commission Communication Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU, articles focus on issues of measurement and policy development, highlighting experience in France, the Netherlands and Hungary.

43333

ARTICLE

POLTON (D.)

Quel rôle joue le système de santé dans la réduction des inégalités de santé en France ?

What is the role of the health care system in reducing health inequalities in France?

EUROHEALTH

2009 ; vol : 15 : n°3 : Pages : 19-21, tabl., fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

As in other countries, there is evidence of substantial and increasing health inequalities in France, but thus far there has been no comprehensive policy aimed specifically at reducing them. Nonetheless, several policy developments have substantially improved financial accessibility to health care for the poor: universal coverage, exemption from co-payments, and subsidies to buy supplementary insurance. The strengthening of primary care and the implementation of programmes to reduce specific diseases and risk factors can also be viewed as steps in the right direction, although their impact has not been assessed in this respect. Concerns about health inequalities have also been growing in recent months, with several new reports commissioned by the Ministry of Health approaching the issue from different angles, including a newly released cancer plan. Further initiatives may also be expected following the forthcoming publication of a report of the High Committee of Public Health commissioned by the Government.

43658

ARTICLE , INTERNET
NATHANSON (C.A.)

A qui appartiennent les inégalités de santé ?

Who owns health inequalities ?

THE LANCET

2010/01/23 ; Vol : 375 : Pages : 274-275

Cote Irdes : c, En ligne

Cet article s'intéresse à la façon dont la problématique des inégalités de santé est abordée notamment au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.

par facteur de risque individuel : interventions en direction de populations "vulnérables" ; enchaînements synchrones des causalités : interventions structurelles dirigées sur l'environnement physique, social et économique ; enchaînements diachroniques des causalités : interventions dirigées sur les causes fondamentales. Cette évolution de la conception de la causalité permet une meilleure compréhension des mécanismes opérant tout au long de la vie pour construire les inégalités et permet ainsi de repérer des cibles choisies dans la chaîne de causalité, qui seront autant de points où des interventions pourront être mises en place. (Résumé d'auteur)

43957

ARTICLE
LANG (T.), KELLY-IRVING (M.), DELPIERRE (C.)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité 558 Epidémiologie et Analyses en santé publique risques maladies chroniques et handicaps. Toulouse. FRA, Université de Toulouse 3 Paul Sabatier. Toulouse. FRA

Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2009/12 ; vol : 57 : n°6 : Pages : 429-435, fig.

Cote Irdes : C, P11

L'objectif de cet article est de réfléchir à ce que peut apporter l'épidémiologie à la mise au point, la proposition et l'évaluation d'interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Fournir des clés d'interprétation pour la mise en oeuvre d'interventions semble pouvoir être au mieux apporté par une réflexion sur la construction des inégalités sociales et la compréhension de la façon dont les facteurs s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie. La possibilité d'intervenir rejoint une conception large de la causalité en épidémiologie, celle de "la désignation pragmatique du point dans la chaîne des événements auquel une intervention serait la plus pratique". Dans un cadre transversal, ces enchaînements synchrones peuvent se représenter comme des emboîtements du type poupées russes ; dans une approche longitudinale, elles impliquent l'enchaînement des facteurs tout au long de la vie (life course epidemiology). Reprendre chacun de ces modèles épidémiologiques peut mener à en proposer une typologie : approche

44359

ARTICLE
JUSOT (F.), TUBEUF (S.), TRANNOY (A.)

Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe.

Famille et vieillissement en Europe. Enquête Share.

RETRAITE ET SOCIÉTÉ

2009/11 ; n°58 : Pages : 63-85, graph., tabl.

Cote Irdes : C, P63

Cet article analyse les inégalités des chances en santé liées à l'origine sociale et familiale en Europe. La littérature a récemment souligné l'influence du milieu social d'origine sur la santé à l'âge adulte et l'existence d'une transmission de la santé entre générations. Les données de la vague 2004-2005 de l'enquête Share offrent l'opportunité d'étudier, pour un échantillon représentatif de seniors européens, l'effet sur leur état de santé perçu de la profession et de la longévité de leurs parents. (Extrait du résumé d'auteur).

► Conférences régionales de santé et de l'autonomie

44382

DEVICTOR (B.)

Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ?

SANTÉ PUBLIQUE

La nouvelle gouvernance en santé. Dossier.
2010/01-02. vol. 22 : n° 1 : Pages : 121-129
Cote Irdes : C, P143

La loi HPST réorganise la gouvernance de la santé en région et maintient l'existence des conférences régionales de santé, désormais dénommées Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA). Cet article propose d'examiner les nouvelles missions attribuées aux CRSA et les interrogations relatives à leur exercice. Les pré-requis à la mise en oeuvre de la démocratie sanitaire en région sont alors développés : participation de la CRSA à l'évaluation de la politique régionale de santé, mobilisation de moyens, composition des CRSA comprenant l'ensemble des champs de la santé, nécessité d'un support pour les conférences de territoire, construction d'un espace d'échanges entre CRSA (Résumé d'auteur).

► Dépistage

ELKIN (E. B.), ISHILL (N. M.), SNOW (J. G.), PANAGEAS (K. S.), BACH (P. B.), LIBERMAN (L.), WANG (F.), SCHRAG (D.)

Geographic access and the use of screening mammography.

Géographie de l'accès aux soins et recours à la mammographie.

MEDICAL CARE

2010 : vol. 48 : n° 4 : 349-356.

Cote Irdes : P45

Background: Screening mammography rates vary geographically and have recently declined. Inadequate mammography resources in some areas may impair access to this technology. We assessed the relationship between availability of mammography machines and the use of screening.

Methods: The location and number of all mammography machines in the United States were

identified from US Food and Drug Administration records of certified facilities. Inadequate capacity was defined as <1.2 mammography machines per 10,000 women age 40 or older, the threshold required to meet the Healthy People 2010 target screening rate. The impact of capacity on utilization was evaluated in 2 cohorts: female respondents age 40 or older to the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System survey (BRFSS) and a 5% nationwide sample of female Medicare beneficiaries age 65 or older in 2004-2005.

Results: About 9% of women in the BRFSS cohort and 13% of women in the Medicare cohort lived in counties with <1.2 mammography machines per 10,000 women age 40 or older. In both cohorts, residence in a county with inadequate mammography capacity was associated with lower odds of a recent mammogram (adjusted odds ratio in BRFSS: 0.89, 95% CI: 0.80-0.98, P < 0.05; adjusted odds ratio in Medicare: 0.86, 95% CI: 0.85-0.87, P < 0.05), controlling for demographic and health care characteristics.

Conclusion: In counties with few or no mammography machines, limited availability of imaging resources may be a barrier to screening. Efforts to increase the number of machines in low-capacity areas may improve mammography rates and reduce geographic disparities in breast cancer screening.

► Mobilité des patients

GLINOS (I. A.), BAETEN (R.), MAARSE (H.)

Purchasing health services abroad: practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries.

Recours aux systèmes de soins étrangers : pratiques des patients transfrontaliers et mobilité des patients dans six pays européens.

HEALTH POLICY

2010 : vol. 95 : n° 2-3 : 103-112.

Cote Irdes : P92

Objectives: Contracting health services outside the public, statutory health system entails purchasing capacity from domestic non-public providers or from providers abroad. Over the last decade, these practices have made their way into European health systems, brought about by performance-oriented reforms and EU principles of free movement. The aim of the article is to explain the development, functioning, purposes and possible implications of cross-border contracting.

Methods: Primary and secondary sourc-

es on purchasing from providers abroad have been collected in a systematic way and analysed in a structured frame.

RESULTS: We found practices in six European countries. The findings suggest that purchasers from benefit-in-kind systems contract capacity abroad when this responds to unmet demand; pressures domestic providers; and/or offers financial advantages, especially where statutory purchasers compete. Providers which receive patients tend to be located in countries where treatment costs are lower and/or where providers compete. The modalities of purchasing and delivering care abroad vary considerably depending on contracts being centralised or direct, the involvement of middlemen, funding and pricing mechanisms, cross-border pathways and volumes of patient flows.

Conclusions: The arrangements and concepts which cross-border contracting relies on suggest that statutory health purchasers, under pressure to deliver value for money and striving for cost-efficiency, experiment with new ways of organising health services for their populations.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

► Accès aux soins

JATRANA (S.), CRAMPTON (P.)

Primary health care in New Zealand: who has access?

Soins de santé primaires en Nouvelle-Zélande : quels en sont les modes d'accès ?

HEALTH POLICY

2009 : vol. 93 : n° 1 : 1-10.

Cote Irdes : P92

Objective: We examined the demographic, socioeconomic, health behaviour and health determinants of financial barriers to access to general practitioner services, prescription drugs and dental care in New Zealand (NZ).

Methods: Data from SoFIE-health, which is an add-on to the Statistics New Zealand-led Survey of Family, Income and Employment (SoFIE), were analyzed using logistic regression.

Results: Of the total of 18,320 respondents, 2845 (15.5%), 4175 (22.8%), and 1165 (6.4%), reported that they had deferred seeing their doctor/s, dentist and buying a prescription, respectively, at least once during the preceding 12 months, because they

could not afford the cost of a visit or prescription. Younger age, female sex, low or middle income tertile, living in a least deprived area, having more individual deprivation characteristics (5+), current smokers, reporting high and very high levels of psychological distress and more than two co-morbid diseases were all independently associated with increased odds of deferring doctors' visits, collecting medications and dental visits.

Conclusions: Financial barriers to needed primary care exist for a substantial subgroup of people in New Zealand. A key policy lever is lowering cost barriers to make primary health care in general and dental care in particular more accessible.

► CAPI

42892

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

12 600 médecins traitants ont adhéré au CAPI en 6 mois.

2009/12/09 ; Pages : 9p.

Paris : CNAMTS

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_capi.vdef.pdf

Depuis juin 2009, l'Assurance Maladie propose aux médecins traitants qui le souhaitent de s'engager dans une action de santé publique à l'échelle de leur patientèle avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, le CAPI, dont l'objectif est de valoriser la qualité et l'efficacité des soins.

► Collaboration interprofessionnelle

44057

ARTICLE

L'association Asalée : une coopération médecins-infirmières.

REVUE PRESCRIRE

2010/04 ; vol : 30 : n°318 : Pages : 303-305

Cote Irdes : P80

Depuis 2004, en France, des médecins généralistes libéraux et des infirmières salariées de l'Association Asalée collaborent dans des cabinets médicaux pour la prise en charge

des patients atteints de maladies chroniques. Les infirmières prodiguent des consultations d'éducation thérapeutiques et de prévention, et assurent le suivi des dossiers médicaux. Une étude médico-économique a montré une amélioration de la prise en charge des patients diabétiques de type 2, sans surcoût pour l'assurance maladie. Patients, infirmières et médecins semblent satisfaits de ce mode de collaboration.

44501

ARTICLE , INTERNET
HARRIS (M.F.), CHAN (B.C.), DANIEL (C.)
et al.

Développement et première expérience d'une intervention pour faciliter la collaboration entre les médecins généralistes et les producteurs de soins du même type : l'étude team-link.

Development and early experience from an intervention to facilitate teamwork between general practices and allied health providers: The team-link study.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2010 ; vol : 10 : Pages : 104-112

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-104.pdf>

This paper describes the development and implementation of an intervention to facilitate teamwork between general practice and outside allied and community health services and providers. A review of organizational theory and a qualitative study of 9 practices was used to design an intervention which was applied in four Divisions of General Practice and 26 urban practices. Clinical record review and qualitative interviews with participants were used to determine the key lessons from its implementation. Facilitating teamwork across organizational boundaries was very challenging. The quality of the relationship between professionals was of key importance. This was enabled by joint education and direct communication between providers. Practice nurses were key links between general practices and allied and community health services. Current arrangements for Team Care planning provide increased opportunities for access to allied health. However the current paper based system is insufficient to build relationships or effectively share roles as part of a patient care team. Facilitation is feasible but constrained by barriers to communication and trust.

► Démographie médicale

43374

FASCICULE

ATTAL-TOUBERT (K.), VANDERSCHULDEN (M.)

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

La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2009 ; n°12 : Pages : 66p., graph., annexes

Cote Irdes : C, S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200912.pdf>

Anticiper longtemps à l'avance les évolutions de la démographie médicale et les mettre en regard des évolutions prévisibles de la population est nécessaire pour favoriser une gestion sans à-coups de l'adaptation des effectifs de médecins aux besoins. Les projections des effectifs de médecins à l'horizon de 2030 permettent de dessiner les évolutions futures de la population médicale. A comportements constants, le nombre de médecins actifs se réduirait jusque vers 2020 et la densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel. La profession rajeunirait et se féminiserait progressivement. Les évolutions des effectifs des différentes spécialités et de médecins dans les régions seraient très contrastées. Selon les différentes variantes simulées, une unique mesure de régulation ne suffirait pas à répondre aux enjeux à venir. Une augmentation du numerus clausus par exemple, ou un report de deux ans de l'âge de départ à la retraite, permettrait certes de limiter la baisse des effectifs, voire d'accroître transitoirement le nombre de médecins actifs, mais n'aurait pas d'impact sur les déséquilibres entre spécialités ou sur les inégalités régionales.

43397

ARTICLE

GINON (A.S.)

Le jeu du conventionnement : effets paradoxaux et difficultés juridiques.

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (deuxième partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/07 ; Vol : 27 : n°4 : Pages : 211-221, rés.

Cote Irdes : C, P85

Le législateur tente aujourd'hui d'utiliser les conventions nationales, conclues entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et l'UNCAM, pour organiser l'offre de soins sur le territoire français. Des mécanismes incitatifs pour influencer les décisions d'installation des professionnels de santé faisant le choix d'un exercice conventionné à titre libéral ont ainsi été créés. Des débats ont également lieu sur la possibilité de mettre en place des mesures plus coercitives pour lier accès au conventionnement et lieux d'installation des professionnels. A l'examen, il apparaît pourtant que ces projets ne vont pas de soi : les mesures incitatives font produire à la convention un effet paradoxal engendrant de nouvelles dépenses pour l'assurance maladie alors que jusque là les conventions étaient utilisées pour mettre en oeuvre des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Quant aux mesures coercitives, elles font douter de la pertinence même de l'utilisation de l'outil conventionnel pour restreindre une liberté fondamentale, au sens de l'article de la Constitution, à savoir la liberté de conventionnement dont dispose l'ensemble des professionnels de santé exerçant à titre libéral. (Résumé d'auteur).

► Etudes d'ensemble

43770

ARTICLE , INTERNET
KRINGOS (D.S.), BOERMA (W.G.W.),
HUTCHINSON (A.), VAN DER ZEE (J.),
GROENEWEGEN (P.P.)

***L'ampleur des soins de santé primaires :
une revue de littérature systématique de ses
principales dimensions***

*The breadth of primary care: a systematic
literature review of its core dimensions.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2010/03 ; vol : 10 : n°65 : Pages : 45p., tabl.,
annexes

Cote Irdes : En ligne

[http://www.biomedcentral.com/content/
pdf/1472-6963-10-65.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-65.pdf)

Even though there is general agreement that primary care is the linchpin of effective health care delivery, to date no efforts have been made to systematically review the scientific evidence supporting this supposition. The aim of this study was to examine the breadth of primary care by identifying its core dimensions and to assess the evidence for their interrela-

tions and their relevance to outcomes at (primary) health system level.

► Études médicales

44420

ARTICLE
DANG HA DOAN (B.)

***Le Numerus Clausus des études médicales en
France (1967-2009).***

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/07-09 ; vol : 49 : n°3 : Pages : 341-370

Cote Irdes : C, P14

Ce texte a été publié en version préliminaire dans le n° 19 (juin 2009) du bulletin "Conjonctures et Structures de Démographie Médicale". Il est ici complété de ses annexes statistiques et graphiques, et agrémenté d'une lettre de lecteur (Résumé d'auteur).

► FIQSC

43591

ARTICLE
FROMENTIN (R.)

***Le grand désordre des actes dérogatoires :
dossier spécial.***

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2009/11-12 ; n°29 : Pages : 16-20

Cote Irdes : P204

Ce dossier spécial apporte un éclairage sur les conclusions du rapport du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS) chargé à la Cnamts de gérer et d'évaluer le Fonds d'intervention pour la qualité de coordinations des soins. Les chiffres clefs de ce rapport révèlent la grande hétérogénéité de la dispensation d'actes qui dérogent à titre expérimental au droit commun et dont une partie couvre le temps passé par les professionnels de santé à la coordination des soins. L'Union nationale des réseaux de santé propose la création d'un forfait de coordination. Cet article rapporte les réactions de Jena-Marc Aubert, directeur délégué de la Cnamts, et de Claude Bronner, président d'Union généraliste à ce sujet.

Historique

HOWELL (J. D.)

Reflections on the past and future of primary care.

Réflexions sur le passé et le future des soins de santé primaires.

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 5 : 760-765.

Cote Irdes : P95

Medical care and primary care were at one time synonymous. All health care was primary. The concept and terminology of primary care came into widespread use during the 1960s, reflecting a specific policy agenda: bolstering the role of the generalist physician, which had changed dramatically following World War II. This essay describes the transformation of the nineteenth-century physician making house calls on horseback into the twenty-first-century primary care physician contemplating the electronic records of her patient population. The essential point is that "primary care" was born out of tension with other forms of medical care. In the future, primary care will be reinvented, and changes will be caused by the sorts of external social, political, and economic forces that previously led to systemic transformation.

Médecines alternatives

VAN DEN BULCK (J.), CUSTERS (K.)

Belief in complementary and alternative medicine is related to age and paranormal beliefs in adults.

La croyance aux médecines parallèles et alternatives est corrélée avec l'âge et la croyance au paranormal chez l'adulte.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2010 : vol. 20 : n° 2 : 227-230.

Cote Irdes : P167

Background: The use of complementary and alternative medicine (CAM) is widespread, even among people who use conventional medicine. Positive beliefs about CAM are common among physicians and medical students. Little is known about the beliefs regarding CAM among the general public. Among science students, belief in CAM was predicted by belief in the paranormal.

Methods: In a cross-sectional study, 712 randomly selected adults (>18 years old) respond-

ed to the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and a paranormal beliefs scale.

Results: CAM beliefs were very prevalent in this sample of adult Flemish men and women. Zero-order correlations indicated that belief in CAM was associated with age ($r = 0.173$ $P < 0.001$) level of education ($r = -0.079$ $P = 0.039$) social desirability ($r = -0.119$ $P = 0.002$) and paranormal belief ($r = 0.365$ $P < 0.001$). In a multivariate model, two variables predicted CAM beliefs. Support for CAM increased with age (regression coefficient: 0.01; 95% confidence interval (CI): 0.006 to 0.014), but the strongest relationship existed between support for CAM and beliefs in the paranormal. Paranormal beliefs accounted for 14% of the variance of the CAM beliefs (regression coefficient: 0.376; 95% CI: 0.30-0.44). The level of education (regression coefficient: 0.06; 95% CI: -0.014-0.129) and social desirability (regression coefficient: -0.023; 95% CI: -0.048-0.026) did not make a significant contribution to the explained variance ($<0.1\%$, $P = 0.867$).

Conclusion: Support of CAM was very prevalent in this Flemish adult population. CAM beliefs were strongly associated with paranormal beliefs.

Médecine de groupe

43482

ARTICLE

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

La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français.

Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France ?

SANTE PUBLIQUE

2009/07-08 ; n°4 : Pages : S27-S38

Cote Irdes : C, R1779, P143

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires est peu développée comparativement à d'autres pays. En Finlande et en Suède, le regroupement des médecins 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 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'effet d'évolutions sociologiques, démographiques et épidémiologiques. Le regroupement s'accompagne souvent de règles et de pratiques nouvelles: mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin exerçant en groupe, développement de nouvelles coopérations entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé. Certains signes sont tangibles en France, pré-curseurs certainement d'une accélération du processus de regroupement des médecins.

► Performance

LEUNG (M C.)

Primary care delivery, risk pooling and economic efficiency.

Offre de soins primaires, gestion partagée des risques et efficience économique.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2010 : vol. 11 : n° 2 : 161-175.

Cote Irdes : P167

The consequences of consumer-driven health care under different health insurance plans are studied by means of a game theoretic approach. Suitable demand-side cost-sharing can induce consumer behavior that avoids over-treatment when there are information asymmetries between providers and consumers, leading to the efficient recommendations and provision of treatment by providers. If under-treatment can be penalized, then a full insurance model that pays providers a fixed salary and fee-for-service or one that requires patients to present a referral letter before specialist care is delivered also achieves provision efficiency. The two models, however, yield higher welfare for consumers. Hence, the findings in this paper favor some amount of regulation in health-care markets.

FRIEDBERG (M. W.), HUSSEY (P. S.), SCHNEIDER (E. C.)

Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care.

Soins de santé primaires : une revue critique des résultats sur la qualité et le coût des soins.

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 5 : 766-772.

Cote Irdes : P95

Despite contentious debate over the new national health care reform law, there is an emerging consensus that strengthening primary care will improve health outcomes and restrain the growth of health care spending. Policy discussions imply three general definitions of primary care: a specialty of medical providers, a set of functions served by a usual source of care, and an orientation of health systems. We review the empirical evidence linking each definition of primary care to health care quality, outcomes, and costs. The available evidence most directly supports initiatives to increase providers' ability to serve primary care functions and to reorient health systems to emphasize delivery of primary care.

► Permanence des soins

43065

FASCICULE

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

Permanence des soins : le coût du dispositif en Bourgogne en 2008.

Dijon : URCAM

NOTES ET DOCUMENTS

2009/12; n°67 : Pages : 24p., tabl., graph.

Cote Irdes : P127

La permanence des soins en médecine ambulatoire a pour but de répondre aux demandes de soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux. L'évaluation économique du dispositif donne des informations sur la sectorisation, les astreintes, l'activité de permanence des soins, les transports sanitaires et les maisons médicales de garde.

► Pratique médicale

43262

ARTICLE , INTERNET

ZHANG (J.), OLDENBURG (B.), TURRELL (G.)

Mesurer les facteurs qui influent sur l'utilisation des services de prévention fournis par les médecins généralistes en Australie.

Measuring factors that influence the utilisation of preventive care services provided by general practitioners in Australia

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2009/12 ; vol : 9 : n°218 : Pages : 9p., tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-218.pdf>

Relatively little research attention has been given to the development of standardised and psychometrically sound scales for measuring influences relevant to the utilisation of health services. This study aims to describe the development, validation and internal reliability of some existing and new scales to measure factors that are likely to influence utilisation of preventive care services provided by general practitioners in Australia. Relevant domains of influence were first identified from a literature review and formative research. Items were then generated by using and adapting previously developed scales and published findings from these. The new items and scales were pre-tested and qualitative feedback was obtained from a convenience sample of citizens from the community and a panel of experts. Principal Components Analyses (PCA) and internal reliability testing (Cronbach's alpha) were then conducted for all of the newly adapted or developed scales utilising data collected from a self-administered mailed survey sent to a randomly selected population-based sample of 381 individuals (response rate 65.6 per cent). The PCA identified five scales with acceptable levels of internal consistency were: social support (ten items), alpha 0.86; perceived interpersonal care (five items), alpha 0.87, concerns about availability of health care and accessibility to health care (eight items), alpha 0.80, value of good health (five items), alpha 0.79, and attitudes towards health care (three items), alpha 0.75. The five scales are suitable for further development and more widespread use in research aimed at understanding the determinants of preventive health services utilisation among adults in the general population.

43389

ARTICLE
CASTEL (P.), ROBELET (M.)

Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques.

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (première partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2009/05 ; vol : 27 : n°3 : Pages : 98-115, rés.
Cote Irdes : C, P85

A partir d'une synthèse de la littérature française et internationale des sciences sociales et des travaux conduits par les auteurs sur les recommandations de pratiques cliniques, notamment en cancérologie, l'article propose une analyse sociologique de la rationalisation des pratiques médicales qui prend acte d'un changement tout en échappant au dilemme "stratification de la profession médicale"/ "perte d'autonomie". L'enjeu pour les professionnels de la normalisation et de la rationalisation est de trouver un compromis entre la formalisation d'un lien entre diagnostic et traitement et la préservation de marges de liberté dans la mise en oeuvre des recommandations au nom de l'incertitude et de la singularité des cas. L'article montre que la rationalisation en cours n'est pas nouvelle et s'inscrit au coeur de la dynamique professionnelle. Il montre ensuite qu'elle consiste en une forme de rationalisation "professionnelle" plus qu' "industrielle" qui ne conduit pas à une "standardisation" des pratiques mais préserve l'autonomie du jugement clinique, autorise des marges de manoeuvre et ne met pas nécessairement la profession médicale sous contrôle extérieur. Ces effets de la rationalisation sont analysés, à travers le processus d'élaboration des recommandations, à la fois formalisé, institutionnalisé mais qui encadre les usages possibles des recommandations et en limite en particulier l'utilisation à des fins de contrôle extérieur à la profession (Résumé d'auteur).

43396

ARTICLE
BLOY (G.)

Décisions au long cours en médecine générale : quels modèles pour l'analyse sociologique ?

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (deuxième partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2009/07 ; Vol : 27 : n°4 : Pages : 191-210, rés.

Cote Irdes : C, P85

A partir d'une relecture de la production sociologique contemporaine relative aux médecins généralistes français et d'une enquête ethnographique de longue durée, l'article propose une réflexion systématique sur les modèles mobilisés pour comprendre comment se décident les contextes d'exercice et styles de pratique de ces professionnels. La notion de "décisions au long cours" attire l'attention sur la multiplicité des choix qui contribuent à structurer le cadre d'exercice et la manière de

s'investir d'un praticien en médecine générale libérale, et sur leur caractère évolutif. Les principaux paradigmes sont passés en revue afin de juger de leur capacité heuristique et de leurs limites au vu des connaissances disponibles sur ces médecins (Résumé d'auteur).

43603

ARTICLE , INTERNET
MARTELMANS (A.K.), DONCEEL (P.),
LAHAYE (D.), BULERYS (S.)

Le rôle du médecin traitant dans la gestion du handicap : revue de la littérature.

The role of the curative physician in disability management. A literature review.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2008 ; Vol : 66 : n°4 : Pages : 196-212, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.iph.fgov.be/aph/sup1y2009.htm>

The aim of this article is to present a literature review of the role of curative physicians in the disability management of sick-listed patients. We performed a review of pertinent literature published in English between 1994 and mid-2005. We searched MEDLINE using the MeSH terms curative physician, physician's role, and disability management. Additionally, relevant MEDLINE links, bibliographic and personal literature lists, symposia, and bibliographies of selected papers were searched. Papers were selected for further review based on their content. We retrieved nearly 600 references; 52 were relevant to our subject of interest and were included in the review. Several authors emphasised the important role of the curative physician in disability management. The studies also emphasised that curative physicians can influence patients' sick leave and disability outcomes without jeopardising the physician-patient relationship. Taking an active role in disability management, however, is difficult for the curative physician, because sickness absence and work resumption are influenced by multiple factors. Therefore, cooperation between curative physicians and insurance and workplace actors is necessary and should be improved. Curative physicians have an important role in disability management and should be encouraged to participate more actively in disability management.

43790

ARTICLE

MOUSQUES (J.) , RENAUD (T.) , SCEMAMA (O.)

L'hypothèse d'un « modèle de pratique médicale » est-elle pertinente pour les médecins généraliste ? Une analyse de la prescription d'antibiotiques pour les rhinopharyngites aiguës.

Is a "practice style" hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010/04 ; vol : 70 : n°8 : Pages : 1176-1184

Cote Irdes : R1788

Much research in France or abroad has highlighted the medical practice variation (MPV) phenomenon. There is no consensus on the origin of MPV between preference-centered approaches versus opportunities and constraints approaches. This study's main purpose is to assess the relevance of hypotheses which assume that physicians adopt a uniform practice style for their patients for each similar clinical decision in a context of medical decision with low uncertainty and professional practice with weak regulation. Multilevel models are evaluated: first to measure variability of antibiotics prescription by French general practitioners (GPs) for acute rhinopharyngitis regarding clinical guidelines, and to test its significance in order to determine to what extent prescription differences are due to between or within GPs discrepancies; second, to prioritize its determinants, especially those relating to a GP or his/her practice setting environment, while controlling visit or patient confounders. The study was based on 2001 activity data, along with an ad hoc questionnaire, of a sample of 778 GP taken from a panel of 1006 computerized French GPs. We observed that a large part of the total variation was due to intra-physician variability (70%). It is patient characteristics that largely explain the prescription, even if GP or practice setting characteristics (location, level of activity, network participation, continuing medical education) and environmental factors (visit from pharmaceutical sales representatives) also exert considerable influence. This suggests that MPV are partly caused by differences in the type of dissemination of medical information and this may help policy makers to identify and develop facilitators for promoting better use of antibiotics in France and, more generally, for influencing GP practices when it is of interest.

43940

ARTICLE

CLERC (P.), LE BRETON (J.), MOUSQUES (J.), et al.

Étude polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/07-09 ; n°3 : Pages : 167-175, tabl., fig.

Cote Irdes : C, R1768

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Optimisation_de_la_polyprescription.pdf

Cette étude a pour objectif de déterminer si un programme d'optimisation d'ordonnances de polyprescription par une équipe médicale pluridisciplinaire permettrait d'améliorer la qualité des ordonnances.

44009

ARTICLE

GODARD (J.)

La médecine générale, la prévention et la santé publique.

SANTE PUBLIQUE

2009/11-12, n°6 : Pages : 613-614

Cote Irdes : C, P143

L'auteur préconise un redéploiement de l'activité de la médecine générale vers des missions de prévention et de santé publique. Selon lui, elle constitue, par sa connaissance du territoire et de la population, un véritable observatoire du paysage social et sanitaire. Par sa proximité (géographique, culturelle), son accessibilité (temporelle, financière), et le capital-confiance dont elle jouit auprès de la population, elle reste un dispositif mobilisable pour des actions de santé publique.

44203

ARTICLE

Maladies à déclaration obligatoire : un dispositif de surveillance trop peu utilisé.

REVUE PRESCRIRE

2010/05 ; vol : 30 : n°319 : Pages : 383-385

Cote Irdes : P80

En France, en 2010, 30 maladies font l'objet d'une déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes. Ce système vise d'une part à permettre la mise en place de mesures de prévention collectives ou individuelles et

d'autre part à recueillir des données à visée épidémiologique. En 2003, le dispositif a été modifié pour renforcer la surveillance en favorisant la protection de l'anonymat de la notification et en impliquant les biologistes dans le dispositif. Une enquête publiée en 2008 par l'Institut de veille sanitaire auprès des médecins et des biologistes a montré que ce dispositif de déclaration obligatoire est peu connu et peu utilisé, malgré son intérêt pour la santé publique.

44497

INTERNET , ARTICLE

FATTORE (G.), SALVATORE (D.)

Les modes d'organisation en réseau des médecins généralistes : origines et conséquences de ces modes d'organisation.

Network organizations of general practitioners: antecedents of formation and consequences of participation.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2010 ; Vol : 10 : Pages : 118-136, 6 tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-118.pdf>

Network forms of organization are increasingly popular in primary care. At the end of the 1990s General Practitioners (GPs) in Italy were given the opportunity to adopt network forms of organization with the aim of improving the quality of their services. However factors affecting GPs' choices to join a network and the consequences of network membership have not been evaluated. Administrative data of a Local Health Authority in Central Italy were analyzed using statistical methods at individual and dyadic levels of analysis. Homophily factors seem to influence a GP's choice of network. The consequences of network membership on GP performances seem very limited. When considering to foster the diffusion of network organizational forms in health care creating a network structure, like that of Italian GPs, is not sufficient. Other features of the implementation phase, work organization and human resource management should also be considered.

ORZELLA (L.), CHINI (F.), GIORGI (R. P.), BORGIA (P.)

Physician and patient characteristics associated with prescriptions and costs of drugs in the Lazio region of Italy.

Médecins, profils des patients en relation avec les prescriptions et les dépenses pharmaceutiques dans la région du Lazio en Italie.

HEALTH POLICY

2010 : vol. 95 : n° 2-3 : 236-244.

Cote Irdes : P92

Objective: Prescribing medications is one of the most important therapeutic activities of a general practitioner (GP) and the quality of such practices is a relevant issue. Our objective was to use regional administrative databases to assess the following: (a) the prevalence of prescription drug use by patient age and gender, (b) different GPs' prescription volumes and average drug expenditure, and (c) how GPs' socio-demographic variables may be considered as predictive factors in their prescribing practices.

Methods: An observational cross-sectional study was carried out in the primary care setting (GPs and paediatricians only) on drug utilization in the period 1st January-31st December 2007. Poisson regression models were run to estimate the incidence rate ratio (IRR) of prevalence adjusted by patients' age. Linear regression models (for GPs and paediatricians separately) were performed to test the possible association between average drug expenditure and physicians' characteristics.

Results: The overall prevalence of drug utilization was approximately 65% of the total population and this finding is coherent with other studies. Age was a predictive determinant of average drug expenditure that was significantly higher for the elderly. Younger physicians were more likely to prescribe medications, independent of the presence of any chronic condition in their beneficiaries. Female GPs, those practicing in a group and those practicing in central Rome had a higher average drug expenditure. Results for paediatricians showed that there was a very strong geographical effect that influenced average expenditure.

Conclusions: Prescribing decisions are subject to a myriad of external factors. The present study shows how physicians' characteristics might affect drug prescription in terms of prevalence of use, costs and consumption. Using regional administrative databases it has been possible to analyse the association between doctors' prescribing habits, their socio-demographic factors and characteristics of their catchments areas. However, the vari-

ability in age groups in terms of prevalence, consumption and expenditure suggests that a sophisticated method of analysis will be needed in order to implement strategies and interventions able to optimise resource use in the health care sector.

► Recours aux soins

43123

FASCICULE

GOUYON (M.)

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

Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/10 ; n°704 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er704.pdf>

La présente étude dresse un tableau des consultations en cabinet auprès de neuf spécialités, en examinant tant la nature et le caractère urgent ou non du recours que son contenu, les prescriptions qui en découlent et sa durée. Les consultations durent en moyenne 16 minutes chez un ophtalmologiste (comme chez un médecin généraliste), 29 minutes chez un cardiologue et 32 minutes chez un psychiatre. Enfin, à l'exception des pédiatres (34 %) et des ORL (15 %), moins de 10 % des consultations auprès des spécialistes libéraux étudiés relèvent d'une urgence.

► Relation médecin-malade

43392

ARTICLE

MOUMJID FERDJAOUI (N.), PROTIERE (C.), MORELLE (M.), BREMOND (A.), MIGNOTTE (H.), FAURE (C.), MEUNIER (A.), CARRERRE (M.O.)

La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient : évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France.

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (première partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/05 ; Vol : 27 : n°3 : Pages : 134-145,

rés.

Cote Irdes : C, P85

Dans le modèle de la prise de décision partagée, le médecin/professionnel de santé et le patient/consommateur de soins sont perçus comme des partenaires de la prise de décision. Le concept apparu dans notre pays dans les années 1990, s'inscrit dans le cadre de la démocratie sanitaire. De façon très intéressante, il mobilise à la fois les professionnels de santé, les académiques, les décideurs dans le domaine de la santé, et bien entendu les consommateurs de soins/patients. Cet article vise à établir un état des lieux de l'approche de la prise de décision partagée dans notre pays, tout d'abord à un niveau qualifié d'officiel (principalement légal et institutionnel), puis au niveau d'études menées en cancérologie et plus spécifiquement dans le cancer du sein, champ d'investigation privilégié des équipes de recherches multidisciplinaires (Résumé d'auteur).

44131

ARTICLE

AKRICH (M.), MEADEL (C.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Internet : intrus ou médiateur dans la relation patient/médecin ?

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 87-92

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

L'importance de la consultation d'internet en matière de santé a suscité commentaires et inquiétudes dans le monde médical. Certains considèrent que la prolifération d'informations non hiérarchisées et non validées est une source de confusion, susceptible de détériorer la confiance du patient en son médecin. La littérature disponible a tendance à déplacer les interrogations : il n'existe pas de méthode consensuelle pour mesurer la qualité de l'information. Surtout l'importance de cette question est relativisée : la nature collective des contenus produits comme de la consultation internet et le discernement dont font preuve les individus garantissent contre les effets éventuels d'un manque de qualité. Davan-

tage que le conflit, les patients semblent rechercher une coopération renforcée avec les médecins, et les professionnels s'ajustent à ce patient plus informé, donc plus réceptif aux arguments et plus responsable dans son comportement. Internet pourrait être considéré comme un facilitateur de la relation. Ce constat doit être nuancé en ce qui concerne des problèmes de santé rares, ou mal connus, ou dont la médicalisation est controversée. Internet permet de constituer une forme d'expertise profane qui entre en concurrence ou en conflit avec l'expertise des médecins, que ce soit au niveau individuel ou encore plus nettement dans les instances du monde de la santé ouvertes aujourd'hui aux représentants d'usager, dans le cadre d'une démocratie sanitaire renforcée (Résumé d'auteur).

► Rémunérations

43398

ARTICLE

BATIFOULIER (P.), GADREAU (M.)

La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique de santé.

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (deuxième partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/07 ; Vol : 27 : n°4 : Pages : 222-233, rés.

Cote Irdes : C, P85

L'accentuation de l'espace de liberté tarifaire en médecine de ville rend pertinente la question du juste prix. Le texte s'interroge sur la décision tarifaire des professionnels. Il met en avant les effets pervers d'une politique incitative qui, en affectant les motivations intrinsèques des médecins, peut légitimer les actes chers (Résumé d'auteur).

43506

FASCICULE

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

Evolution honoraires, revenus des spécialités cliniques.

Paris : CNAMTS

2009 ; Pages : 21p.

Cote Irdes : C, B6828

43507

FASCICULE

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

**Evolution honoraires, revenus des spécialités
techniques par secteur de conventionnement
2000-2008.**

2009 ; Pages : 21p.

Paris : CNAMTS

Cote Irdes : C, B6829

43679

FASCICULE

ALBOUY (V.), DEPREZ (M.)

Mode de rémunération des médecins.

TRESOR-ECO

2008/09 ; n°42 :Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : Dossier de presse : Médecins :
modes de rémunération

[http://www.minefe.gouv.fr/directions_services/
dgtpe/TRESOR_ECO/francais/pdf/2008-016-42.pdf](http://www.minefe.gouv.fr/directions_services/dgtpe/TRESOR_ECO/francais/pdf/2008-016-42.pdf)

Ce fascicule examine les différents modes de rémunération des médecins en France et à l'étranger. Il étudie ici les incitations théoriques produites par les différents schémas de rémunération et les confronte à la réalité de la pratique des médecins, dont la conduite ne dépend pas que de considérations financières. Il en ressort que les schémas de rémunérations influencent bien la pratique médicale et pourraient être utilisés pour l'améliorer (D'après texte des auteurs).

CHUNG (S.), PALANIAPPAN (L.), WONG
(E.), RUBIN (H.), LUFT (H.)

**Does the frequency of pay-for-performance
payment matter?--Experience from a
randomized trial.**

*La fréquence des rémunérations à la performance
a-t-elle une importance ? Expérience issue d'un
essai randomisé.*

HEALTH SERVICES RESEARCH

2010 : vol. 45 : n° 2 : 553-564.

Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To examine the effects of incentive payment frequency on quality measures in a physician-specific pay-for-performance (P4P) experiment. STUDY SETTING: A multispecialty physician group practice. STUDY DESIGN: In 2007, all primary care physi-

cians (n=179) were randomized into two study arms differing by the frequency of incentive payment, either four quarterly bonus checks or a single year-end bonus (maximum of U.S.\$5,000/year for both arms). DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: Data were extracted from electronic health records. Quality measure scores between the two arms over four quarters were compared. PRINCIPAL FINDINGS: There was no difference between the two arms in average quality measure score or in total bonus amount earned. CONCLUSIONS: Physicians' responses to a P4P program with a small maximum bonus do not differ by frequency of bonus payment.

HÔPITAL

► Budget hospitalier

43403

ARTICLE

LAUNAY (G.), FIHOL (P.), HELEN (S.)

**L'équilibre économique est impossible pour
les séjours longs.**

Compte-rendu des actes.

12ème séminaire de l'Etude Nationale des
Coûts. Angers. FRA

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/09 ; vol : 27 : n°5 : Pages : 275-276, rés.

Cote Irdes : C, P85

L'analyse réalisée sur les écarts recettes-dépenses des séjours a conduit à établir un classement en 6 classes de durées de séjour. Il apparaît que ces écarts pour les séjours des classes 5 et 6 (durées de séjours les plus longues) sont constamment négatifs. Les mécanismes de compensation (suppléments journaliers extrêmes hauts) ne suffisent pas à compenser les coûts nécessairement engagés (Résumé d'auteur).

► Cliniques privées

44210

ARTICLE
HUMBERT (F.)

Cliniques privées : la facture dépasse les bornes.

QUE CHOISIR ?

2010/05 ; n°481 : Pages : 16-23, tabl.

Cote Irdes : c, bulletin français

Dépassement d'honoraires, forfait hospitalier, frais de séjour... La note à payer pour une intervention chirurgicale réserve parfois de mauvaises surprises aux patients si leur complémentaire santé couvre mal ces dépenses imprévues.

► Hospitalisation à domicile

43116

FASCICULE
CHALEIX (M.), VALDELIEVRE (H.), AFRITE (A.)

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

Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/07 ; n°697 : Pages : 8p., tabl., graph., cartes

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er697.pdf>

En 2006, les 164 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) de France métropolitaine ont offert 6 700 places et réalisé 85 000 séjours. 60 % des séjours sont pris en charge par une structure du secteur associatif HAD, 38 % par une structure du secteur public dont près de la moitié par des centres hospitaliers régionaux (CHR) et 2 % par une structure du secteur privé lucratif. L'Île-de-France concentre à elle seule un tiers des places et la moitié de l'activité d'HAD y est réalisée. À l'admission par les structures d'HAD, les patients sont principalement pris en charge pour des soins de périnatalité, des soins techniques de cancérologie et des soins palliatifs. En 2006, 50 % des séjours réalisés ont une durée inférieure à 6 jours, mais les séjours liés à des pathologies lourdes atteignent des durées médianes de 20 jours.

44235

ARTICLE
MASOTTI (P.), MCCOLL (M.A.), GREEN (M.)

Les événements indésirables rencontrés par les patients hospitalisés à domicile : une large revue de la littérature.

Adverse events experienced by homecare patients : a scoping review of the literature.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2010/04 ; vol : 22 : n°2 : Pages : 115-125, 4 tabl.

Cote Irdes : P194

The paper summarizes the results of a scoping review that focused on the occurrence of adverse events experienced by homecare patients. The literature search covered published and grey literature between 1998 and 2007. Databases searched included: MEDLINE, EMBASE, CINAHL and EBM REVIEWS including the Cochrane Library, AGELINE, the National Patient Safety Foundation Bibliography, Agency for Healthcare Research and Quality and the Patient Safety Net bibliography. Papers included research studies, review articles, policy papers, opinion articles and legal briefs. Inclusion criteria were: (i) homecare directed services provided in the home by healthcare professionals or caregivers; (ii) addressed a characteristic relevant to patient experienced adverse events (e.g. occurrences, rates, definitions, prevention or outcomes); and (iii) were in English. A pool of 1007 articles was reduced to 168 after analysis. Data were charted according to six categories: definitions, rates, causes, consequences, interventions and policy. Eight categories emerged: adverse drug events, line-related, technology-related, infections and urinary catheters, wounds, falls, studies reporting multiple rates and other. Reported overall rates of adverse events ranged from 3.5 to 15.1% with higher rates for specific types. Few intervention studies were found. Adverse events were commonly associated with communication problems. Policy suggestions included the need to improve assessments, monitoring, education, coordination and communication. A standardized definition of adverse events in the homecare setting is needed. Prospective cohort studies are needed to improve estimates and intervention studies should be undertaken to reduce the risk that homecare patients will experience adverse events.

► Indicateurs de gestion hospitalière

43131

ARTICLE

BERARD (E.), GLOANEC (M.), MINVIELLE (E.)

Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/01-03 ; vol : 27 : n°1-2 : Pages : 5-20, rés., tabl.

Cote Irdes : C, P85

Actuellement les indicateurs de qualité se multiplient au sein des établissements de santé. Au niveau national, les régulateurs de soins souhaitent en généraliser l'usage, dans le cadre de procédures de traitement annuelles avec publication de résultats comparatifs. Les indicateurs sont associés à une "doctrine d'usage" : ils sont censés produire certains effets. Pour les régulateurs de soins, les indicateurs qualité ont vocation à être utilisés comme outils de reporting, permettant d'avoir une vue d'ensemble de la situation des établissements de santé. Pour les établissements, les indicateurs ont vocation à être utilisés comme des supports pour le diagnostic et pour l'action, dans un objectif d'amélioration de la qualité. La question s'intéresse cet article est de savoir quelles sont les pratiques d'usage de ces indicateurs, au sein des établissements de santé. Nous cherchons à établir si les outils font l'objet d'une pratique bureaucratique, ou bien d'un usage à des fins de pilotage pour l'action. Les résultats de l'étude de cas font apparaître que les mêmes indicateurs peuvent faire à la fois l'objet d'un usage bureaucratique, et être effectivement utilisés de manière opérationnelle par l'établissement. Par ailleurs, il est difficile de déterminer quel rôle joue l'utilisation des indicateurs par les pouvoirs publics. Enfin, la légitimité de l'indicateur comme artefact ne détermine pas l'usage qui sera fait de cet outil de gestion. En revanche, il semble que la nature des résultats obtenus constitue une incitation directe à l'action de la part des établissements.

43180

FASCICULE

JANUEL (J.M.)

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

Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières : évaluation et validation d'une sélection d'indicateurs.

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/07 ; n°93 : Pages : 28p.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud93.pdf>

Les Patient Safety Indicators (PSI) sont des indicateurs de la sécurité des patients construits sur la base d'algorithmes de codes CIM (diagnostics médicaux) et de codes CCAM (actes médicaux) issus de la base du PMSI. Le projet de développement de ces PSI en France repose sur trois objectifs majeurs : - Estimer, dans le cadre d'une collaboration au projet Health Care Quality Indicators (HCQI) de l'OCDE, les PSI dans la base nationale du PMSI en utilisant les codes CIM-10 adaptés par un consortium international ; - Valider selon différentes approches une sélection de ces PSI ; - Adapter au contexte français cette sélection de PSI en améliorant la structure de leurs algorithmes de construction. La première étape d'estimation des PSI dans la base nationale du PMSI pour les années 2005 et 2006 a été réalisée sur l'année 2008. Les résultats ont montré la faisabilité des PSI en utilisant les bases de données médico-administratives hospitalières en France et a mis en évidence un certain nombre de limites à leur utilisation. Aussi, les résultats obtenus ont pu être comparés avec ceux d'autres pays. Avant de proposer leur usage en routine, une étape de validation des PSI demeure néanmoins nécessaire. Cette deuxième partie du projet est en cours. Le projet HCQI a pour ambition de produire un rapport proposant un panorama des systèmes de santé des pays de l'OCDE basé sur la présentation des résultats d'une cinquantaine d'indicateurs collectés (dont les PSI) si possible annuellement par les pays participants.

► Infections nosocomiales

44133

ARTICLE

NAIDITCH (M.), POMEY (M.P.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Information sur la sécurité des soins : le cas des infections nosocomiales.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 99-108

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

Au Québec, les questions de iatrogénèse hospitalière ne semblent pas avoir eu les mêmes traductions judiciaires. Les auteurs de cet article mettent en regard la construction des dispositifs de prévention et de surveillance des infections nosocomiales dans les deux contextes. Le premier constat est celui d'une relative similitude de l'architecture de ces dispositifs, issus de processus de construction aux logiques disparates. Ici et là, la lutte contre les infections nosocomiales a été marquée par l'éclatement de plusieurs scandales, dans un contexte d'absence d'intérêt au Québec, d'évolution très lente en France. Par contre, l'efficacité respective de ces dispositifs apparaît différente et plus particulièrement pour ce qui concerne les procédures d'indemnisation des victimes et que les auteurs attribuent à l'action des associations de victimes évoluant dans un environnement social, professionnel et politique bien plus favorable en France (Résumé d'auteur).

► Performance

GLANCE (L. G.), DICK (A. W.), MUKAMEL (D. B.), LI (Y.), OSLER (T. M.)

How well do hospital mortality rates reported in the New York State CABG report card predict subsequent hospital performance?

Les bulletins de mortalité pour pontage coronarien dans l'Etat de New York sont-ils des bons outils pour mesurer la performance hospitalière qui en découle ?

MEDICAL CARE

2010 : vol. 48 : n° 5 : 466-471.

Cote Irdes : P45

Background: The use of mortality report cards as the basis for hospital choice assumes that a hospital's current performance is predicted by its past performance.

Objective: To assess the accuracy of hospital risk-adjusted mortality rates reported in the New York State (NYS) coronary artery bypass graft (CABG) report card for predicting subsequent hospital mortality.

Methods: We performed a retrospective study based on hospital mortality measures for CABG surgery (n = 37 hospitals) in NYS, which are publicly reported by the NYS Department of Health. Feasible generalized least squares was used to examine the association between a hospital's past quality ranking (high-quality, intermediate-quality, low-quality) and its subsequent performance, as measured using the ratio of the observed-to-expected mortality rate (O-to-E ratio).

Results: Hospitals identified as low-mortality hospitals using 2-year-old data had subsequent O-to-E ratios that were 16.8% lower (95% confidence interval, 8.9-24.8; P < 0.001) than average-mortality hospitals, whereas hospitals identified as high-mortality hospitals had subsequent O-to-E ratios that were 31.8% higher (95% confidence interval, 3.69-59.9; P < 0.05) compared with average-mortality hospitals. Hospitals identified as high-mortality hospitals using 3-year-old data were indistinguishable from average-mortality hospitals.

Conclusion: Hospital ranking based on 2-year-old data is a strong predictor of future performance. Report cards based on 3-year-old data may not be useful for identifying low-performance hospitals. We recommend that the CABG report cards in NYS should be based on 2-year-old data, as opposed to the current practice of basing them on either 2- or 3-year-old data.

► Planification sanitaire

GILMOUR (S. J.)

Identification of hospital catchment areas using clustering: an example from the NHS.

Identification des aires d'attraction à l'hôpital par sondage aréolaire : un exemple à partir du NHS.

HEALTH SERVICES RESEARCH

2010 : vol. 45 : n° 2 : 497-513.

Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To develop a method of hospital market area identification using multivariate

data, and compare it with existing standard methods. DATA SOURCES: Hospital Episode Statistics, a secondary dataset of admissions data from all hospitals in England, between April 2005 and March 2006. STUDY DESIGN: Seven criteria for catchment area definition were proposed. K-means clustering was used on several variables describing the relationship between hospitals and local authority districts (LADs) to enable the placement of every LAD into or out of the catchment area for every hospital. Principal component analysis confirmed the statistical robustness of the method, and the method was compared against existing methods using the seven criteria. PRINCIPAL FINDINGS: Existing methods for identifying catchment areas do not capture desirable properties of a hospital market area. Catchment areas identified using K-means clustering are superior to those identified using existing Marginal methods against these criteria and are also statistically robust. CONCLUSIONS: K-means clustering uses multivariate data on the relationship between hospitals and geographical units to define catchment areas that are both statistically robust and more informative than those obtained from existing methods.

► Systèmes d'information

44505

43495

FASCICULE

SCHELLER-KREINSEN (D.), GEISSLER (A.), BUSSE (R.)

L'ABC des groupes homogènes de malades.

The ABC of DRGs

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

2009 ; vol : 11 : n°4 : Pages : 12p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver_Winter2009.pdf

Ever since the US Congress adopted the diagnosis related group (DRG) system for paying hospitals for Medicare patients in 1983, case payment mechanisms gradually have become the principal means of reimbursing hospitals in most industrialized countries. Nevertheless, the motives underlying the introduction and the development, as well the specific design features of DRG systems, vary greatly across

countries. This article provides a concise overview of the main issues that need to be considered when scrutinizing and comparing DRG systems. It focuses on (a) objectives and rationales underlying DRG systems, (b) main building blocks of DRG systems, and (c) crucial incentive considerations. It also summarizes briefly the limited empirical evidence on the effect of DRGs on hospital resource use and quality of care. The accompanying case studies in this Euro Observer issue provide more detailed snapshots of individual DRG systems (Austria, Spain and France) exemplifying the great variety of systems across Europe. More in depth analyses are conducted in the framework of the EuroDRG project (www.eurodrgeu), which compares DRG systems, costs, efficiency and quality of care across European countries and scrutinizes the prospects for a coordinated or even single European DRG system.

► Tarification hospitalière

43483

ARTICLE

OR (Z.)

Activity based payment in France.

La tarification à l'activité en France.

EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (THE)

2009 ; Vol : 11 : n°4 : Pages : 5-6

Cote Irdes : C, R1782, Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

The French hospital system is characterized by a wide choice of public and private providers. More than one third of all inpatient care and 56% of all surgery are provided by private for-profit hospitals. Patients can choose freely between public and private hospitals. Activity based payment (ABP) was first introduced in 2004/ 2005 to pay for acute care services (including home hospitalization) with the objectives of improving efficiency; creating a 'level playing field' for payments to public and private hospitals; improving the transparency of hospital activity and management; and improving quality of care.

► Formation médicale

43421

FASCICULE
JAKOUBOVITCH (S.)

La formation aux professions de la santé en 2008.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/11 ; n°139 : Pages : 108p.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat139.pdf>

Ce document de travail présente les statistiques obtenues à partir de l'enquête menée en 2008 auprès des établissements de formation aux professions de la santé. Y sont présentés, pour l'année civile 2008, le nombre de centres de formation à la rentrée, les effectifs scolarisés par année de formation et sexe, le nombre de diplômes obtenus et les capacités ou quotas.

► Médecins hospitaliers

44135

ARTICLE
GRIMALDI (A.), VALLANCIEN (G.)

Les paradoxes du médecin à l'hôpital.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; n°26 : Pages : 21-37

Cote Irdes : P168

Institution de la tarification à l'activité (T2A) en 2003, création des pôles en 2005, loi -hôpital, patients, santé, territoires- (HPST) en 2009, l'hôpital est soumis, depuis quelques années, à des vagues successives de réforme. La place des médecins en son sein fait l'objet de débats nourris et contradictoires. Acteur de santé publique, expert du soin, co-gestionnaire, promoteur de l'activité hospitalière... Les questions sont nombreuses. Deux personnalités du monde hospitalier ont apporté leurs réponses et proposent des voies d'évolution pour un système hospitalier engagé dans une transformation en profondeur de son organisation comme de ses modes de fonctionnement (Résumé de l'éditeur).

► Pharmaciens

43179

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

L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001.

SERIE ETUDES ET RECHERCHE -
DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/07 ; n°92 : Pages : 34p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud92.pdf>

En 2006, les 22 500 pharmacies implantées en France ont généré un chiffre d'affaires de 34 milliards d'euros toutes taxes comprises. Avec une augmentation annuelle moyenne de 5,8 % du chiffre d'affaires depuis 2000, ce secteur d'activité est particulièrement dynamique. Cette forte hausse est liée à l'accroissement de la consommation de médicaments et à l'évolution de la structure des ventes. En 2006, les titulaires d'officine bénéficient d'un revenu brut annuel de 132 000 euros en moyenne (111 000 euros net), avec des écarts de revenus allant de 121 000 euros dans les sociétés à 143 000 euros pour les titulaires d'une entreprise individuelle. Entre 2001 et 2006, ce revenu brut moyen a baissé, en euros constants, de près de 0,6 % par an. Cette diminution résulte de l'accroissement des charges d'exploitation et de la contraction des taux de marge commerciale. Elle concorde avec un léger fléchissement de la consommation de médicaments en 2005 et 2006 et, surtout, avec une nette baisse des prix.

44226

ARTICLE

Simplification administrative : premier bilan positif.

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

2010/04/01 ; n°398 : Pages : 4-5

Cote Irdes : P29/2

L'Ordre national des pharmaciens a été le premier des Ordres de professionnels de santé à mettre en œuvre la simplification administra-

tive, le 18 janvier 2010, dans le cadre des dispositions relatives au RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé). Un premier bilan permet de constater que l'ensemble du processus fonctionne plutôt bien. Quelques ajustements liés à la période de démarrage ont été mis en œuvre. Les pharmaciens n'ont plus à enregistrer leur diplôme dans les Directions sanitaires d'action sanitaire et sociale. De plus, les procédures d'obtention de la carte CPS et d'adhésion aux conventions avec les caisses d'assurance sont simplifiées.

► Prospective

44136

FASCICULE

GRIMALDI (A.), VALLANCIEN (G) et al.

Les nouveaux défis des professions de santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; n°26 : Pages : 21-121, tabl.

Cote Irdes : P168

Ce numéro réunit les communications et débats qui ont été consacrés aux professions de santé au cours du cycle de conférence "les tribunes de la santé", proposé en 2009, par la chaire santé de Sciences Po et le Centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'EHESP. En dépit de l'importance démographique, économique et politique mais aussi scientifique et symbolique, les professions de santé sont aujourd'hui confrontées à des défis qui les inquiètent et leur imposent un réexamen de leur positionnement social et institutionnel. Judiciarisation, pénurie médicale, réforme des études, gouvernance des structures hospitalières, conventions avec l'assurance maladie, gestion des épidémies... Les crises se succèdent et témoignent du mal-être des professionnels. C'est à la compréhension de ces paradoxes, au décryptage de ces transformations, à l'analyse des ruptures qui se profilent que les intervenants de ce cycle ont été invités. La revue propose ainsi, en ce début d'année 2010, une visite guidée des professions qui "font" la santé, de leurs inquiétudes et de leurs espoirs, de leurs contraintes et de leurs engagements, de leurs souvenirs et de leurs utopies (Résumé de l'éditeur).

► Automédication

43042

ARTICLE

Le libre accès progresse légèrement, la baisse des prix reste modérée.

IMPACT PHARMACIEN

2009/12/21 ; n°236 : Pages : 28-29

Cote Irdes : c, Dossier de presse : Pharmacie/Automédication

Le libre accès à certains médicaments dans les pharmacies d'officine a été instauré par un décret de juillet 2008. Cet article fait un bilan de sa progression en France.

44230

ARTICLE

Premier bilan du libre accès en officine.

PROTECTION SOCIALE INFORMATIONS

2010/04/14 ; n°733 : Pages : 5

Cote Irdes : c, Bulletin français

Cet article rend compte d'un rapport publié par Eurostaf, dont l'objectif était de dresser un bilan du libre accès à certains médicaments en France. Cette étude démontre que l'évaluation n'est pas aisée à faire en France comme en Europe, et que l'impact sur la baisse du prix des médicaments n'est pas significative. En France, les prix publics auraient baissé, mais non les prix fabricants. En revanche, le marché de l'automédication semble plus fort dans les officines ayant mis en place le libre accès. Mais fin 2009, moins de la moitié des pharmaciens avaient mis en place le libre accès.

► Biotechnologies

43804

ARTICLE, INTERNET

ARUNDEL (A.), SAWAYA (D.), VALEANU (I.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

Human Health biotechnologies to 2015.*Les biotechnologies en santé humaine à l'horizon 2015.*

Paris : OCDE

OECD Journal : General Paper

2009 ; n°3 : Pages : 115-207p., tabl., fig.,

annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.oecd.org/dataoecd/19/38/44534354.pdf>

The Human Health Biotechnologies to 2015 report summarises developments in health therapies (including biopharmaceuticals and gene therapy), diagnostics and bioinformatics (including genetic tests), functional foods and nutraceuticals, as well as medical devices.

► Conditionnement

43558

DOSSIER DE PRESSE

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

Les médicaments en boîte de trois mois : quel intérêt pour les patients et l'Assurance maladie ?

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/01/26 ; Pages : 1-6

Cote Irdes : C, bulletin français

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

Les boîtes de médicament en grand conditionnement représentent trois mois de traitement. Cette présentation issue de la réforme de 2004 a été autorisée par les pouvoirs publics en avril 2005 pour quatre pathologies chroniques (qui touchent principalement les plus de 50 ans) : le diabète, l'hypertension artérielle, le cholestérol et l'ostéoporose. Quel intérêt ces formes de conditionnement représentent-elles pour les patients et l'Assurance Maladie ?

43584

ARTICLE

Le conditionnement des spécialités pharmaceutiques en 2009 : quelques avancées.

REVUE PRESCRIRE

2010/02 ; vol : 30 : n°316 : Pages : 143-145

Cote Irdes : P80

En 2009, la non-qualité prédomine parmi les conditionnements des médicaments analysés par Prescrire. Pourtant, les dispositions européennes relatives aux conditionnements des médicaments ont été transposées en France et ont introduit des améliorations sur les étiquetages. Cet article fait le point sur la question.

► Dossier pharmaceutique

44202

ARTICLE

Dossier pharmaceutique : une information patient partagée entre officines.

REVUE PRESCRIRE

2010/05 ; vol : 30 : n°319 : Pages : 378-380

Cote Irdes : P80

Le dossier pharmaceutique a été défini réglementairement en 2007 en France comme un dossier professionnel qui alimentera le volet médicament du dossier médical personnel. Il vise à favoriser la qualité et la coordination des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments. Toutes les pharmacies d'officine du territoire français sont tenues de proposer le dossier pharmaceutique. Il est facultatif pour les patients. En pratique, le dossier pharmaceutique est conçu comme un outil professionnel dont l'utilisation est réservée à l'équipe officinale et dont le contenu est déterminé par le patient. Ce dossier a pour but d'aider à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant la dispensation des médicaments, en permettant la centralisation de l'historique de tous les médicaments dispensés à un patient dans différentes pharmacies d'officine. Le dossier pharmaceutique peut sans doute contribuer à une meilleure sécurité des soins médicaments pour les patients; à condition notamment d'être exhaustif sur les traitements.

► Industrie pharmaceutique

43393

ARTICLE

ABECASSIS (P.), COUTINET (N.)

Le colloque singulier sur ordonnance des firmes pharmaceutiques.

Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (première partie).

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/05 ; vol : 27 : n°3 : Pages : 146-164, rés.

Cote Irdes : C, P85

Si l'industrie pharmaceutique a toujours été un acteur incontournable des systèmes de santé, les bouleversements de son modèle de production et de son environnement survenus au cours de la dernière décennie l'ont obligée à s'adapter et l'ont conduite à multiplier et à amplifier ses actions de marketing

auprès des prescripteurs et des patients ainsi que ses démarches de lobbying auprès des pouvoirs publics. Cette omniprésence de l'industrie, qui, de la formation des praticiens à l'observance de la prescription, intervient à toutes les étapes du processus de soins, peut s'apparenter à une nouvelle forme d'induction de la demande. Si tel est le cas, ceci ne peut que poser question, sur le plan de l'efficacité des soins bien sûr, mais aussi sur celui de l'efficacité des politiques économiques de santé, que l'opportunisme des firmes peut faire dévier de leur objectif d'optimum social (Résumé d'auteur).

► Innovation médicale

43263

ARTICLE , INTERNET
GOLD (E.R.), KAPLAN (W.), ORBINSKI (J.) ,
HARLAND-LOGAN (S.), MARANDI (S.N.)

Les brevets entravent-ils les soins médicaux et l'innovation ?

Are Patents Impeding Medical Care and Innovation ?

PLOS MEDICINE

2009/01 ; vol.7 : n°1 :Pages : 5p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777391/pdf/pmed.1000141.pdf>

Pharmaceutical and medical device manufacturers argue that the current patent system is crucial for stimulating research and development (R&D), leading to new products that improve medical care. The financial return on their investments that is afforded by patent protection, they claim, is an incentive toward innovation and reinvestment into further R&D. But this view has been challenged in recent years. Many commentators argue that patents are stifling biomedical research, for example by preventing researchers from accessing patented materials or methods they need for their studies. Patents have also been blamed for impeding medical care by raising prices of essential medicines, such as antiretroviral drugs, in poor countries. This debate examines whether and how patents are impeding health care and innovation.

43484

ARTICLE

Secteur pharmaceutique : l'avis économique et social européen.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/01/14 ; n°684 : Pages : 6-8

Cote Irdes : P72

Cette fiche présente les recommandations du Comité économique et social européen sur le secteur pharmaceutique, formulées dans l'avis de Jost Van Lersel intitulé : « Des médicaments sûrs, innovants et accessibles : continuer de progresser vers un marché unique et durable des produits pharmaceutiques ».

43485

ARTICLE

Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2009.

REVUE PRESCRIRE

2010/01 ; vol : 30 : n°315 : Pages : 30-60

Cote Irdes : P80

Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2009 par spécialité médicale.

43581

ARTICLE

29 ans de palmarès des médicaments de la revue prescrire : 1981-2009.

REVUE PRESCRIRE

2010/02 ; vol : 30 : n°316 : Pages : 85-88

Cote Irdes : P80

Cet article fait le point sur 29 ans de palmarès des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.

44234

ARTICLE

CIVAN (A.), KOKSAL (B.)

L'impact des nouveaux médicaments sur les dépenses de santé : augmentent-ils réellement les coûts de santé ?

The effect of newer drugs on health spending : do they really increase the costs ?

HEALTH ECONOMICS

2010/05 ; vol : 19 : n°5 : Pages : 581-595

Cote Irdes : P173

This article analyzes the influence of technological progress on pharmaceuticals on rising health expenditures using US State level panel data. Improvements in medical technology are believed to be partly responsible for rapidly rising health expenditures. Even if the technological progress in medicine improves health outcomes and life quality, it can also increase the expenditure on health care. Our findings suggest that newer drugs increase the spending on prescription drugs since they are usually more expensive than their predecessors. However, they lower the demand for other types of medical services, which causes the total spending to decline. We estimate that a 1-year decrease in the average age of prescribed drugs causes per capita health expenditures to decrease by \$45.43. The biggest decline occurs in spending on hospital care due to newer drugs.

► Médicaments génériques

43720

ARTICLE
LE CORRE (P.)

Bio-équivalence et génériques de principes actifs à marge thérapeutique étroite.

PRESSE MEDICALE (LA)

2010 ; vol : 39 : n°2 : Pages : 169-176, tabl.

Cote Irdes : P20

La part de marché des génériques en France est relativement faible en comparaison d'autres pays européens. Les aspects scientifiques concernant la bio-équivalence et qui sous-tendent l'utilisation des génériques sont parfois explicités de manière ambiguë dans la littérature et en conséquence ne sont pas clairement perçus par les professionnels de santé et pourraient ainsi constituer un frein à leur utilisation. Deux médicaments sont bio-équivalents si les bornes [min, max] de l'intervalle de confiance à 90 % (IC 90) du ratio générique versus princeps calculées pour la surface sous la courbe (SSC) et pour la concentration plasmatique maximale (Cmax) sont incluses dans l'intervalle [- 20 %, + 25 %]. Cet intervalle s'applique donc à l'IC 90 du ratio des SSC (ou Cmax) et non pas directement au ratio des valeurs de SSC (ou Cmax). En conséquence, il est erroné de considérer qu'entre un générique et un princeps il existe un écart de SSC (et donc de biodisponibilité) qui peut varier de - 20 à + 25 %. C'est pourtant ce que l'on peut lire dans la littérature scientifique médicale avec parfois des extrapolations erronées. La bio-équivalence s'établit

pour un générique vis-à-vis d'un médicament princeps. En conséquence, deux génériques d'un princeps ne satisfont pas automatiquement à ce critère de bio-équivalence. Leur interchangeabilité peut poser problème en particulier pour des médicaments à marge thérapeutique étroite. Pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, des critères plus restrictifs sont parfois proposés mais il n'existe pas de consensus international sur le sujet. L'établissement d'une bio-équivalence individuelle nécessiterait des protocoles d'études modifiés et pourrait permettre d'assurer une interchangeabilité entre génériques et princeps, c'est-à-dire qu'un patient prenant une formulation puisse être substitué avec une autre formulation et garde strictement la même efficacité et la même tolérance. Dans la classe des anti-épileptiques, certains principes actifs présentent des caractéristiques biopharmaceutiques et pharmacocinétiques qui sont à l'origine d'une variabilité intra-individuelle importante qui n'est pas sans poser problème. Selon l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) le lien entre les récurrences de crise d'épilepsie et la prise de médicaments générique n'a pu être établi. L'évaluation des aspects économiques devrait aller au-delà de la simple comparaison des prix de vente des médicaments, plus particulièrement pour les médicaments à marge thérapeutique étroite pour lesquels il existe un suivi thérapeutique spécifique (e.g., dosage plasmatique).

43724

FASCICULE
JACQUINOT (O.), TROUILLET (S.), DEJEAN (J.P.) et al.

Le générique en pente douce.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2010/02/20 ; n°2818 : Pages : 28-33, tabl.

Cote Irdes : c, P44

Cet article passe en revue les régions françaises pour connaître le taux de pénétration des médicaments génériques dans la prescription médicale.

44176

ARTICLE

Médicaments génériques : état des lieux.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2010/04/15 ; n°697 : Pages : 6-9

Cote Irdes : P72

Cet article reprend les principaux points de la réponse publique du député UMP Pierre Morel-A-L'Huissier à Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, sur les médicaments génériques, leur évolution et la confiance des Français en faveur de ces produits de substitution.

Pharmacies communautaires

LLUCH (M.), KANAVOS (P.)

Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain.

Impact de la régulation des pharmacies communautaires sur l'efficacité, l'accès et l'équité : données probantes issue du Royaume-Uni et de l'Espagne.

HEALTH POLICY

2010 : vol. 95 : n° 2-3 : 245-254.

Cote Irdes : P92

In this paper, we focus on regulatory restrictions on Community Pharmacies and whether these have an impact on efficiency, access and equity and thus in the delivery of services community pharmacists provide to patients. Primary data collection through semi-structured interviews and secondary data collection through literature review have been used with a particular focus on Spain (a country where Community Pharmacy is strictly regulated) and the UK (a country where Community Pharmacy is considered liberalised by EU standards). The findings indicate that improved pharmacy operational efficiency is the result of appropriate incentive structures, ownership liberalisation and OTC price freedom as is the case in the UK. Equity and access seem to be better achieved by establishing geographic, demographic or needs-based criteria to open new pharmacies (as is the case in Spain). In sum, there are useful lessons for both countries: the UK could look into the policies applied in Spain that increase access and equity whilst Spain could adopt some of the policies from the UK to increase efficiency in the system.

Pharmacoeconomie

43557

DOSSIER DE PRESSE

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

Médicaments génériques : plus d'1 milliard d'euros d'économie en 2009.

INFORMATION PRESSE (CNAMTS)

2009/12/15 ; Pages : 1-5

Cote Irdes : C, bulletin français

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf

En 2009, le développement des médicaments génériques a généré plus d'1 milliard d'euros d'économies pour l'Assurance Maladie (1 010 millions contre 905 en 2008). Une économie est liée à la progression du marché des génériques qui représente aujourd'hui plus de 23 % des boîtes de médicaments remboursées. Pour 2010, la CNAM affiche un double objectif : atteindre un taux de 80 % de pénétration des génériques sur le répertoire en cours et porter l'effort de substitution sur les molécules récemment inscrites au répertoire dont le potentiel d'économie est élevé tel le clopidogrel.

Pharmacovigilance

44204

ARTICLE

TILLEMENT (J.P.), QUENEAU (P.)

Le retrait du Di-Antalvic est-il justifié ? Quels médicaments lui substituer ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2010/02 ; vol : 6 : n°2 : Pages : 58-61, tabl.

Cote Irdes : P198

La Communauté européenne a décidé l'arrêt de l'utilisation thérapeutique du dextropropoxyphène après avoir constaté qu'il était la cause d'accidents toxiques inacceptables de surdosages volontaires ou non. De tels accidents n'ont pas été observés en France, laquelle doit pourtant suivre la décision communautaire. Différentes solutions de remplacement sont possibles, elles n'offrent cependant pas de garantie d'innocuité. Le problème posé, plus général, est celui de la prise en compte des comportements déviants : doivent-ils conduire à imposer la suppression de substances actives à des patients qui en bénéficient ?

► Politique du médicament

43295

ARTICLE
POUZAUD (F.)

Banc d'essai décisif pour les EHPAD.
MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2010/01/16 ; n°2813 : Pages : 6-7
Cote Irdes : P44

279 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), sur les 339 qui s'étaient portés candidats, expérimentent depuis le 1er décembre 2009 la réintégration des médicaments dans le forfait soins. Sans préjuger des résultats, les 20 % d'officines qui approvisionnent déjà les EHPAD ont de quoi être inquiètes.

43583

ARTICLE

L'année 2009 du médicament : trop peu de progrès pour soigner et trop de régressions.
REVUE PRESCRIRE
2010/02 ; vol : 30 : n°316 : Pages : 136-142
Cote Irdes : P80

Cet article fait le point sur la politique des médicaments menée en France en 2009 ; progrès thérapeutique en peau de chagrin, qualité de soins oubliée en automédication, bénéfices des médicaments en baisse, protection insuffisante des patients...

43609

ARTICLE
CAULIN (C.)

Année 2009 du médicament : décevante encore...
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010/01 ; vol : 6 : n°1 : Pages : 10-15
Cote Irdes : P198

La « Crise » est aussi une crise des nouveautés thérapeutiques. Les médicaments cités dans cet article ont été mis à la disposition du prescripteur ou retirés du marché en 2009. Ce texte est centré sur les médicaments utilisables en soins primaires. Les informations sont tirées de la banque des éditions du Vidal (Vidal pro, Vidal expert) et des données de l'Afssaps, de la HAS et de l'EMA (à la date du 15 décembre 2009

43696

ARTICLE
VERPILLOT (E.)

La tarification au prix de référence : quel impact sur le marché pharmaceutique ?
REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE
2009/09-10 ; vol : 119 : n°5 : Pages : 795-816, tabl.
Cote Irdes : C, P42

Dans le but de faire face à la hausse des dépenses de médicaments qui ont de lourdes conséquences sur l'équilibre budgétaire des organismes de protection sociale, de nouveaux systèmes de régulation du marché pharmaceutique, comme le prix de référence, ont été mis en place. Ce mécanisme établit un niveau maximum de remboursement pour un groupe de médicaments. En utilisant un modèle de différenciation verticale cet article montre que la mise en place d'une telle politique permet effectivement de réduire le prix des médicaments. Toutefois, l'impact concernant les dépenses publiques de médicaments reste difficile à établir.

43717

ARTICLE

ICH : un club restreint d'agences et de firmes pharmaceutique impose ses règles.
REVUE PRESCRIRE
2010/03 ; n°317 : Pages : 222-225
Cote Irdes : P80

Sous couvert d'harmoniser les règles d'accès au marché des nouveaux médicaments, les agences des pays les plus riches et trois syndicats de firmes pharmaceutiques, réunis au sein de l'ICH (International Conference on harmonisation) depuis 1990, font prévaloir leur intérêt en imposant leurs critères d'évaluation. Or les normes promues par l'ICH en matière de toxicité conduisent parfois plus à diminuer la durée et le coût du développement des médicaments qu'à protéger les patients. Cet article fait le point sur le sujet.

43718

ARTICLE

Conflits d'intérêts à l'Afssaps : des progrès encore insuffisants.
REVUE PRESCRIRE
2010/03 ; n°317 : Pages : 226-227
Cote Irdes : P80

L'Agence française des produits de santé a publié, en novembre 2009, le second bilan de son dispositif de gestion des conflits d'intérêts des experts externes assurant des missions au service de l'Agence. Malgré les obligations réglementaires, un certain nombre d'experts ne remplissent pas de déclaration annuelle d'intérêt, et il n'existe aucun contrôle des déclarations. Il convient de valoriser une expertise indépendante des firmes.

43759

ARTICLE
SERMET (C.), ANDRIEU (V.), GODMAN (B.),
VAN GANSE (E.) HAYCOX (A.), REYNIER
(J.P.)

**Réformes en cours dans le secteur
pharmaceutique en France. Implications pour
les groupes d'acteurs clés.**

*Ongoing pharmaceutical reforms in France.
Implications for key stakeholder groups.*

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND
HEALTH POLICY

2010 ; Vol : 8 : n°1 : Pages : 7-24

Cote Irdes : R1780

La hausse rapide des coûts des produits pharmaceutiques en France a été induite par les technologies nouvelles et la prévalence croissante des maladies chroniques, ainsi que d'une liberté considérable de prescription et de choix du médecin parmi les patients. Cela a conduit à l'introduction d'un certain nombre de réformes et d'initiatives pour tenter de modérer les dépenses tout en assurant une couverture universelle et récompenser l'innovation.

Prescription

43375

FASCICULE
DUMONTAUX (N.), PICHETTI (S.)
Ministère de la Santé et des Sports. Direction
de la Recherche des Etudes de l'Evaluation
et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

**Impacts de la diminution du taux de
remboursement des veinotoniques sur les
prescriptions des généralistes.**

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
(DREES)

2009 ; n°13 : Pages : 11p., tabl.

Cote Irdes : C, S19

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

pdf/article200913.pdf

À la suite de la réévaluation du service médical rendu (SMR), les veinotoniques ont été déremboursés. La décision d'arrêter les veinotoniques est principalement prise par le patient. Cependant, deux patients sur trois ont continué ces traitements, mais les quantités prescrites ont diminué faiblement. Les médecins femmes ont tendance à maintenir ce type de prescriptions, à l'inverse de leurs confrères hommes et des médecins les plus jeunes qui ne prescrivent presque plus les veinotoniques. Toutefois, les patients âgés bénéficient encore de ces prescriptions, dans une moindre mesure.

Prix

44250

ARTICLE
PERSSON (U.), WILLIS (M.), ODEGAARD
(K.)

**Etude de cas ex ante, méthode de fixation
des prix prenant en compte le bénéfice du
patient et admission au remboursement : TLV
(Pharmaceutical benefits board) et rimonabant
en Suède .**

*A case study of ex ante, value-based price
and reimbursement decision-making: TLV and
rimonabant in Sweden.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/04 ; vol : 11 : n°2 : Pages : 195-203,
2 fig., 2 tabl.

Cote Irdes : P151

Value-based pricing (VBP) is a method of setting prices for products based on perceived benefits to the consumer. When information is symmetric and freely available and agency is perfect, VBP is efficient and desirable. Because of substantial information asymmetries, medical insurance distortions, and the prescribing monopoly of physicians, VBP is rare for prescription drugs, though a number of countries have recently moved in this direction. Because the potential benefits can be sizable, it is high time for a review of actual VBP-based decision-making in practice. Sweden, with its pharmaceutical benefits board (TLV), was an early adopter of VBP decision-making. We illustrate actual decision-making, thus, using the case of Acomplia_® for the treatment of obesity in Sweden, with and without the presence of co-morbid condi-

tions. This example has a number of features that will be useful in illustrating the strengths and weaknesses of VBP in actual practice, including multiple indications, a need for not just one but two economic simulation models, considerable sub-group analysis, and requirements for additional evidence development. TLV concluded, in 2006, that Acomplia was cost-effective for patients with a body mass index (BMI) exceeding 35 kg/m² and patients with a BMI exceeding 28 kg/m² and either dyslipidemia or type 2 diabetes. Because of uncertainty in some of the underlying assumptions, reimbursement was granted only until 31 December 2008, at which time the manufacturer would be required to submit additional documentation of the long-term effects and cost-effectiveness in order to obtain continued reimbursement. Deciding on reimbursement coverage for pharmaceutical products is difficult. Ex ante VBP assessment is a form of risk sharing, which has been used by TLV to speed up reimbursement and dispersion of effective new drugs despite uncertainty in their true cost-effectiveness. Manufacturers are often asked in return to generate additional health economic evidence that will establish cost-effectiveness as part of ex post review. The alternative is to delay the reimbursement approval until satisfactory

BARDEY (D.), BOMMIER (A.), JULLIEN (B.)

Retail price regulation and innovation: reference pricing in the pharmaceutical industry.

Régulation des prix au détail et innovation : Prix de référence dans l'industrie pharmaceutique.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2010 : vol. 29 : n° 2 : 303-316.

Cote Irdes : P79

This paper is a first attempt to evaluate the long run impact of reference pricing on pharmaceutical innovation, health and expenditures. The model is based on a dynamic game involving three types of agents: pharmaceutical firms, consumers and a regulatory entity. Pharmaceutical firms choose the level of research investment and its innovative content, then negotiate introductory prices for new drugs with the regulator. Reference pricing affects negatively the intensity of research and it also modifies the types of innovations that are brought to the market, deterring small innovations. The model is calibrated with a small data on statins in France. The results suggest that reference pricing typically generates a decline in health, whereas discounted expenditures may de-

crease or increase, depending on the degree of deterrence of cost reducing innovations.

TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALES

Dossier médical informatisé

43941

ARTICLE

BENAINOUS (O.), GILLAIZEAU (F.),
FALCOFF (Hector), et al.

Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2009/07-09 ; n°3 : Pages : 177-189

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Suivi_informatise_des_maladies_choniques.pdf

Selon cette étude d'impact, les tableaux de bord de suivi (TBS) facilitent l'application des recommandations en consultation. Facilement transposables à d'autres logiciels, pour toutes les pathologies chroniques et la prévention, leur utilisation contribuerait à structurer et coder uniformément les informations des dossiers médicaux et fournirait à chaque médecin des indicateurs sur la qualité de sa pratique.

Systèmes d'information

BATES (D. W.), BITTON (A.)

The future of health information technology in the patient-centered medical home.

Les futures technologies de l'information en santé dans les maisons médicales centrées sur le patient.

HEALTH AFFAIRS

2010 : vol. 29 : n° 4 : 614-621.

Cote Irdes : P95

Most electronic health records today need further development of features that patient-centered medical homes require to improve their efficiency, quality, and safety. We propose a road map of the domains that need to be addressed to achieve these results. We believe that the development of electronic health re-

cords will be critical in seven major areas: telehealth, measurement of quality and efficiency, care transitions, personal health records, and, most important, registries, team care, and clinical decision support for chronic diseases. To encourage this development, policy makers should include medical homes in emerging electronic health record regulations. Additionally, more research is needed to learn how these records can enhance team care.

► Télémedecine

44132

ARTICLE

LEMIRE (M.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

La participation de l'utilisateur à la production de soins : l'exemple des nouveaux modèles de suivi à distance fondés sur les technologies de télé-soins.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 93-97

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

La participation de l'utilisateur à la production de soins revêt une importance particulière avec le développement de nouveaux modèles de suivi à domicile des maladies chroniques. Cet article cherche à comprendre comment ces nouveaux modèles impliquent l'utilisateur dans la production de soins, et dans quelle mesure ils favorisent la responsabilité personnelle. L'analyse s'appuie sur une étude de cas ayant porté sur un service de télé-soins déployé au Québec. L'étude révèle que les caractéristiques favorables du service au plan de la responsabilisation définie en termes d'habilitation et ses limites par rapport à une responsabilisation définie en fonction de l'idéal type du "patient expert". Dans les faits, le service de télé-soins favorise plutôt le renforcement des processus de contrôle et de normalisation qui caractérisent l'approche médicale conventionnelle. Pour l'utilisateur en convalescence ou à risque, il s'agit néanmoins d'un dispositif de sécurisation important (Résumé d'auteur).

► Allemagne

43340

ARTICLE

GASKINS (M.), BUSSE (R.)

L'ajustement du risque basé sur la morbidité en Allemagne. Long à venir mais l'attente vaut-elle le coup ?

Morbidity-based risk adjustment in Germany. Long in coming, but worth the wait ?

EUROHEALTH

2009 ; vol.15 : n°3 : Pages : 29-31

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/80435/Eurohealth15_3.pdf

Risk adjustment is nothing new to the German system of social health insurance (SHI). The key change introduced in January 2009 was the shift from a retrospective system based on sociodemographic criteria to a prospective regression scheme that employs direct measures of morbidity. This article summarises the history of risk adjustment in the German SHI system, explains the basic workings of the new scheme and touches upon some of the concerns voiced about its implementation.

► Belgique

43600

ARTICLE , INTERNET

GOUWY (A.), CHRISTIANENS (W.),
BRACKE (P.)

Le recours aux services de santé mentale en Belgique : évaluation du poids des pathologies mentales et des déterminants sociaux.

Mental health services use in the general Belgian population: estimating the impact of mental health and social determinants.

ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

2008 ; vol. 66 : n°2 : Pages : 50-68

Cote Irdes : En ligne

At present, variations in the relationship between social factors and the use of mental health services have already been examined in several countries differing in the organisation and financing of mental health services (Alegria & Bijl et al. 2000; Pescosolido & Boyer 1999). Research of social factors influencing services use in Belgium so far often

focused on general health care use (Louckx & Vanroelen and Beck 2001; Van der Heyden & Demarest et al. 2003; Van Doorslaer & Buytendijk and Geurts 2001) . This article analyses the link between mental health services use and the frequency and severity of common mental health complaints in the general population. Logistic regression models are estimated using both the 2001 and 2004 wave of the 'Health Interview Survey' - two independent samples of the general Belgian population. Use of mental health services is measured by distinguishing individuals with from patients without contact with (a) a psychiatrist, (b) a general practitioner for social or psychosocial problems, (c) a specialist for social or psychosocial problems, or (d) a psychologist. The social factors included in our models are education, household income, employment status, marital status, nationality, and two proxies for informal social support. Mental health status is measured using three dimensions – depression, anxiety, and somatisation – of the Symptom Checklist SCL-90r. Results confirm that people with common mental health complaints are an important group making use of health services. Nevertheless, health service use, because of mental health problems, is only partially based on the mental health status: the less educated, members of poorer households, and the unemployed are less inclined to seek professional help. Finally, general practitioners are important providers of help to persons with common mental health problems and, moreover, function as key persons in tackling mental health inequalities.

► Canada

44147

ARTICLE

GAGNE (J.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

La participation citoyenne en santé mentale : une expérience locale au Québec.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 119-123

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

Cet article présente une expérience de participation citoyenne impliquant des personnes utilisatrices de services de santé mentale dans la localité Jeanne-Mance de Montréal. Il fait tout d'abord état de l'évolution du concept de participation au Québec, depuis le début des années 1960, en reprenant celui d'imaginaire instituant et institué. Ensuite, il présente une expérience de participation citoyenne entendue comme celle des clients des services publics à leur planification et à leur évaluation. Celle-ci a comporté plusieurs activités de recrutement et de promotion publique comme la rédaction d'une politique d'établissement pour la reconnaissance de la participation citoyenne en santé mentale. Cette participation propose un principe de réciprocité malgré une tendance du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de planifier les soins de manière unilatérale ou *top down* (Résumé d'auteur).

► Etats-Unis

43722

ARTICLE

SAUVIAT (C.), SOMMEILLER (E.)

Etats-Unis : l'assurance maladie verra-t-elle le jour ?

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES
2009/09 ; n°120 : Pages : 1-18, tabl.

Cote Irdes : P177

<http://www.irdes-fr.org/IMG/File/C120-1.pdf>

Cet article constitue une analyse rétrospective du projet de réforme du système de santé aux Etats-Unis. Quelle ampleur revêt cette réforme ? Quelles sont les mesures annoncées et les financements proposés ? Un bref résumé des grandes lignes de son contenu, tel qu'il ressort à ce stade des différentes propositions législatives et présidentielle, fait l'objet de la première partie de l'article. Une deuxième partie est consacrée à l'histoire politique depuis Roosevelt pour mieux cerner les contextes dans lesquels les tentatives de réformes ont tour à tour échoué.

43951

ARTICLE

GALVIS-NARINO (F.), MONTELMARD (A.)

Le système de santé des États-Unis.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/10-11 ; n°4 : Pages : 309-315

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Le_systeme_de_sante_des_Etats-Unis.pdf

Dans un premier temps, cet article étudie le fonctionnement du système de santé américain, de la couverture à l'organisation des soins. Ensuite, il décrit ses évolutions récentes, notamment avec l'élection de Barack Obama à la présidence du pays, qui promet une importante réforme du système de santé.

44150

ARTICLE

GUSMANO (M.K.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Les associations de consommateurs de santé aux États-Unis.

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 137-147

Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf>

Cet article décrit les efforts réalisés aux États-Unis pour accroître le rôle des patients dans la construction des politiques de santé, en insistant plus particulièrement sur le rôle des associations de malades. Les motifs et les valeurs qui poussent les malades à s'engager dans les politiques de santé sont présentés en introduction de même que les avantages qu'on peut en attendre. Sont analysées ensuite certaines de leurs actions les plus emblématiques menées en leur nom tout en illustrant les grandes lignes de forces et les efforts de l'État pour institutionnaliser cette place des patients dans le processus de construction des politiques de santé. Enfin, une discussion est engagée sur certains aspects positifs et négatifs que peuvent avoir des formes différentes de représentation (directe ou par l'intermédiaire de porte-parole "professionnels"

appartenant aux associations). En conclusion, il apparaît que le jugement sur le rôle des patients dans les politiques de santé et sur le résultat de l'action des associations doit être nuancé, car si le mouvement associatif peut se targuer de victoires importantes pour les patients et leurs familles, sa voix demeure encore trop peu audible tant au niveau du processus politique que dans le champ des pratiques cliniques (Résumé d'auteur).

44220

ARTICLE

LYONNARD (J.)

Réforme de la santé aux États-Unis : une victoire historique mais encore fragile.

PHARMACEUTIQUES

2010/04 ; n°176 : Pages : 18-19

Cote Irdes : c, P28

DOONAN (M. T.), TULL (K. R.)

Health care reform in Massachusetts: implementation of coverage expansions and a health insurance mandate.

Réforme de santé dans l'Etat du Massachusetts : expansion de la couverture maladie et mise en place d'une assurance maladie obligatoire individuelle.

MILBANK QUARTERLY (THE)

2010 : vol. 88 : n° 1 : 54-80.

Cote Irdes : P78

Context: Much can be learned from Massachusetts's experience implementing health insurance coverage expansions and an individual health insurance mandate. While achieving political consensus on reform is difficult, implementation can be equally or even more challenging.

Methods: The data in this article are based on a case study of Massachusetts, including interviews with key stakeholders, state government, and Commonwealth Health Insurance Connector Authority officials during the first three years of the program and a detailed analysis of primary and secondary documents.

Findings: Coverage expansion and an individual mandate led Massachusetts to define affordability standards, establish a minimum level of insurance coverage, adopt insurance market reforms, and institute incentives and penalties to encourage coverage. Implementation entailed trade-offs between the comprehensiveness of benefits and premium

costs, the subsidy levels and affordability, and among the level of mandate penalties, public support, and coverage gains.

Conclusions: National lessons from the Massachusetts experience come not only from the specific decisions made but also from the process of decision making, the need to keep stakeholders engaged, the relationship of decisions to existing programs and regulations, and the interactions among program components.

BRADY (D. W.), KESSLER (D. P.)

Why is health reform so difficult?

Pourquoi la réforme de santé est-elle si difficile ?

JOURNAL OF HEALTH POLICY POLITICS AND LAW

2010 : vol. 35 : n° 2 : 161-175.

Cote Irdes : P82

This article examines the possibilities for health care reform in the 111th Congress. It uses a simple model of policy making to analyze the failure of Congress to pass the Clinton health plan in 1993-1994. It concludes that the factors that created gridlock in the 103rd Congress are likely to have a similar impact in the present.

► Europe

KREISZ (F. P.), GERICKE (C.)

User choice in European health systems: towards a systematic framework for analysis.

Le choix des usagers dans les systèmes de santé européens : vers une structure systématique d'analyse.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2010 : vol. 5 : n° Pt 1 : 13-30.

Cote Irdes : P197

This article proposes a systematic framework for analysis of the increasingly popular concept of user choice in European health systems. The development of such a framework is exemplified using one category of potential choice: the choice of health service provider. In the first part, the paper summarises the conceptual background of the user choice debate. Subsequently, the paper theoretically analyses the concept of user choice alongside a stringent set of standard dimensions embracing technical, administrative and allocative efficiency, as well as equity in access and finance. Reference to available evidence

is made where applicable. The employed dimensions are critically discussed and finally mapped against the identified determinants within a systematic matrix framework for analysis. Furthermore, the paper underlines that user choice is by no means a panacea but rather a highly complex and ambiguous political strategy. Extended choice in some sectors and levels of health systems may lead to inefficiencies and may therefore lead to loss of benefits, including choice, for individuals and society.

► Irlande

SMITH (S.)

Equity in Irish health care financing: measurement issues.

Résultats sur la mesure de l'équité dans le financement du système de santé irlandais

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2010 : vol. 5 : n° 2 : 149-169.

Cote Irdes : p197

This paper employs widely used analytic techniques for measuring equity in health care financing to update Irish results from previous analysis based on data from the late 1980s. Kakwani indices are calculated using household survey data from 1987/88 to 2004/05. Results indicate a marginally progressive financing system overall. However, interpretation of the results for the private sources of health financing is complicated. This problem is not unique to Ireland but it is argued that it may be relatively more important in the context of a complex health financing system, illustrated in this paper by the Irish system. Alternative options for improving the analysis of equity in health care financing are discussed.

► Nouvelle-Zélande

43726

ARTICLE
GAULD (R.)

Améliorer la performance du système de santé néo-zélandais : défis pour aller de l'avant.

Improving New Zealand's health system performance : challenges for the way forward

EUROHEALTH

2009 ; Vol.15 : n°3 : Pages : 32-33

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/80435/Eurohealth15_3.pdf

This article discusses New Zealand's present health system of publicly funded District Health Boards, created in 2000. The system has a number of features that place it at the forefront of developed world nations. Yet, at the outset, there were suggestions that it could be too unwieldy for a country of four million people. Unfortunately, these suggestions have been borne out, with an increasingly complex set of structures that have failed to perform well. Compounding the complexity have been parallel developments such as introduction, from 2002, of new Primary Health Organisations. A new centre-right coalition government, elected in late-2008, faces several health policy challenges including health system performance, quality, information technology and workforce sustainability.

► Pays-Bas

43339

ARTICLE
DROOMERS (M.)

S'attaquer aux inégalités de santé aux Pays-Bas

Tackling health inequalities in the Netherlands.

EUROHEALTH

2009 ; vol. 15 : n°3 : Pages : 16-18

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/80435/Eurohealth15_3.pdf

This article summarises initiatives and policies to tackle health inequalities in the Netherlands since the late 1980s. Political concerns about health inequalities have again become visible following the change of government in 2007. The new plan envisions integrated actions

focussing on prevention and decentralised implementation. This however is very much a work in progress and leaves room for improvement.

► Peco

KUTZIN (J.), JAKAB (M.), CASHIN (C.)

Lessons from health financing reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union.

Leçons à tirer des réformes du financement des systèmes de santé en Europe centrale, orientale et dans les pays de l'ancienne Union soviétique.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2010 : vol. 5 : n° 2 : 135-147.

Cote Irdes : P197

► Royaume-Uni

44151

ARTICLE , INTERNET
MASLIN-PROTHERO (S.E.), BENNION (A.E.)

Travailler au sein d'une équipe intégrée: une revue de la littérature.

Integrated team working: a literature review.

INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE

2010/04 ; vol.10 : Pages : 1-11, tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/529/1043>

This literature review was conducted to provide a background understanding of the literature around integrated health and social care prior to a research project evaluating two integrated health and social care teams in England, UK. A systematic literature search of relevant databases was employed to identify all articles relating to integrated health and social care teams produced in the last 10 years in the UK. Sixteen articles were found and reviewed; all were reviewed by the first reviewer and half by the second reviewer. Key themes identified were: drivers, barriers and benefits of integrated working; staff development; and meeting the needs of service users. Recommendations for integrated working include; a focus on the management of integrated teams; a need to invest in resources for the successful integration of teams; a need for the devel-

opment of clear standards for monitoring the success and failure of integrated teams; and the need for further empirical evidence of the processes used by integrated teams. These findings will be valuable for practitioners who are establishing services or want to improve integrated care in their own practice.

44186
ARTICLE
BRAS (P.L.) , DUHAMEL (G.)

Le système de soins anglais, un modèle pour la France ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n°26 : Pages : 39-59, tabl., fig.
Cote Irdes : P168

L'organisation pluridisciplinaire de la médecine de recours, la prise en compte des performances en termes de qualité dans la rémunération des médecins, la culture de l'évaluation et de la transparence, la promotion du choix des patients, la prise en compte du calcul médico-économique dans les décisions sont autant de caractéristiques du système anglais qui peuvent contribuer à la réflexion sur les évolutions du système français. Il sera intéressant, dès lors que l'on aura un peu de recul, d'examiner, si, compte-tenu de la forte augmentation du budget de la NHS, le système anglais les a améliorés significativement au cours de la décennie 2000.

WEALE (A.), CLARK (S.)

Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments.

Co-paiements dans le financement du NHS : une analyse des arguments normatifs.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2010 : vol. 5 : n° 2 : 225-246.
Cote Irdes : P197

During 2008, some forms of patient co-payments - in particular, patients paying privately for additional medicines as part of an episode of care in the National Health Service - became controversial in political and policy terms in the UK. In response, the UK Government published a report, the Richards' Review, examining the issues. Richards offered a particular policy solution, but also touched on fundamental principles of social value. Using the methods of normative policy analysis, we seek to understand these principles of social value, accepting the Richards' framework according to which the relevant arguments can

be grouped under the broad headings of equity and autonomy. None of the arguments on either side are decisive, and, in part, the policy decision turns on uncertain empirical conjectures.

PRÉVISION - ÉVALUATION

► Evaluation économique

44374
ARTICLE
ANTONOPOULOU (L.), TARGOUTZIDIS (A.)

Évaluation économique de la prévention pour la santé et la sécurité au travail : la pertinence de l'analyse coût-bénéfice.

SANTE PUBLIQUE
2010/01-02 ; vol. 22 : n°1 : Pages : 23-35
Cote Irdes : C, P143

Le présent article examine de façon critique les méthodes d'évaluation économique des programmes de santé et de leurs techniques dans le domaine particulier de la santé et de la sécurité au travail, notamment les méthodes d'évaluation appliquées au niveau de l'entreprise et au niveau de la société. En ce qui concerne l'évaluation au niveau de la société, l'accent est mis sur l'importance de la conception sociale du risque comme facteur influençant l'évaluation économique. Il est également fait référence aux besoins de formulation de nouvelles mesures qui intégreront de tels paramètres sociaux dans l'évaluation des programmes de prévention pour la santé et la sécurité au travail (Résumé d'auteur).

► Evaluation des pratiques professionnelles

43950
ARTICLE
SAILLOUR-GLENISSON (F.), MICHEL (P.)

Le pilotage régional de la qualité et de la sécurité des soins : leçons issues d'une expérience aquitaine.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2009/10-11 ; n°4 : Pages : 297-308, tabl., fig.
Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Pilotage_regional_de_la_qualite_et_securite_des_soins.pdf

Cet article décrit un programme d'accompagnement aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) des établissements de santé d'Aquitaine, mis en oeuvre par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) entre 2005 et 2008, sous l'impulsion de la Haute Autorité de santé. Même si les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé des patients n'ont pu être mesurés, ce programme régional a été un succès par la généralisation effective des programmes d'EPP et l'implication forte des médecins sur le terrain.

► Performance

44308

ARTICLE

CASES (C.), GREMY (I.), PERRET (B.)

L'évaluation : pourquoi et comment ?

L'évaluation en santé publique. Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2009/12 ; n°69 : Pages : 17-26

Cote Irdes : P49

Que doit être le "bon usage" de l'évaluation en santé publique et les conditions de son développement ? Ce sont les questions que pose ce dossier. Il présente les concepts d'évaluation et des exemples pratiques réalisés tant aux niveaux nationaux que régionaux. Ce premier article revient sur l'histoire et l'évolution de la culture d'évaluation en France. Développée dans un but de mesurer la performance, l'évaluation en santé publique nous est définie dans sa pluralité : objet de l'évaluation ; conceptualisation de la performance ; but de l'évaluation et le public visé ; et enfin la faisabilité opérationnelle de la démarche.

► Prévention secondaire

44244

ARTICLE

TSCHEULIN (D.K.), DREVS (F.)

La pertinence des coûts internes et externes du secteur de la santé comme outil d'évaluation économique comparée de la prévention secondaire : le cas du dépistage généralisé du cancer colo-rectal dans la population allemande.

The relevance of unrelated costs internal and external to the healthcare sector to the outcome of a cost-comparison analysis of secondary prevention: the case of general colorectal cancer screening in the German population.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2010/04 ; vol. 11 : n°2 : Pages : 141-150, 3 tabl., 1 fig.

Cote Irdes : P151

The potential of secondary prevention measures, such as cancer screening, to produce cost savings in the healthcare sector is a controversial issue in healthcare economics. Potential savings are calculated by comparing treatment costs with the cost of a prevention program. When survivors' subsequent unrelated health care costs are included in the calculation, however, the overall cost of disease prevention rises. What have not been studied to date are the secondary effects of fatal disease prevention measures on social security systems. From the perspective of a policy maker responsible for a social security system budget, it is not only future healthcare costs that are relevant for budgeting, but also changes in the contributions to, and expenditures from, statutory pension insurance and health insurance systems. An examination of the effect of longer life expectancies on these insurance systems can be justified by the fact that European social security systems are regulated by the state, and there is no clear separation between the financing of individual insurance systems due to cross-subsidisation. This paper looks at how the results of cost-comparison analyses vary depending on the inclusion or exclusion of future healthcare and non-healthcare costs, using the example of colorectal cancer screening in the German general population. In contrast to previous studies, not only are future unrelated medical costs considered, but also the effects on the social security system. If a German colorectal cancer screening program were implemented, and unrelated future medical care were

excluded from the cost-benefit analysis, savings of up to €548 million per year would be expected. The screening program would, at the same time, generate costs in the health-care sector as well as in the social security system of €2,037 million per year. Because the amount of future contributions and expenditures in the social security system depends on the age and gender of the recipients of the screening program (i.e. survivors of a typically fatal condition), the impact of age and gender on the results of a cost-comparison analysis of colorectal cancer screening are presented and discussed. Our study shows that colorectal cancer screening generates individual cost savings in the social security system up to a life expectancy of 60 years. Beyond that age, the balance between a recipient's social security contributions and insurance system expenditure is negative. The paper clarifies the relevance of healthcare costs not related to the prevented disease to the economic evaluation of prevention programs, particularly in the case of fatal diseases such as colorectal cancer. The results of the study imply that, from an economic perspective, the participation of at-risk individuals in disease prevention programs should be promoted.

MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

► Enquêtes de satisfaction

44148

ARTICLE

DUBE (G.), NEILL (G.), CARIS (P.)
Observatoire Franco-Québécois de la Santé
et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

**Le rôle des enquêtes de satisfaction dans
le dispositif d'évaluation de la qualité des
services au Québec.**

La place des usagers dans le système de santé.

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

2010/03 ; n°2/2009 : Pages : 127-134

Cote Irdes : P174

[http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/
SomAPEd22009.pdf](http://www.irdes.fr/Ofqss/2009/SomAPEd22009.pdf)

Cet article traite du rôle et de l'utilité des enquêtes de satisfaction pour évaluer et améliorer la qualité des services offerts à

la population. Pour illustrer ces propos, cet article s'intéresse tout particulièrement à l'expérience québécoise et présente l'approche retenue pour mesurer et analyser la satisfaction des usagers dans le cadre d'une enquête réalisée en 2006-2007 auprès d'un peu plus de 38 000 répondants. Les résultats obtenus montrent le potentiel de ce type d'enquête à condition, notamment, de mesurer la satisfaction en fonction des attentes des usagers et de tenir compte de l'ensemble des dimensions qui contribuent à définir ce qu'est, de leur point de vue, un service de qualité. Il est porté une attention particulière à l'approche utilisée pour mesurer les attentes, puisqu'en relativisant leur importance en fonction d'un ensemble exhaustif d'items ou de critères de qualité, elle renforce le potentiel des données sur la satisfaction. Enfin, l'article montre comment les données peuvent être utilisées par les responsables des divers paliers décisionnels afin de contribuer au maintien et à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population (Résumé d'auteur).

► Indicateurs de santé

44252

ARTICLE

BRAZIER (J.E.), YANG (Y.), TSUCHIYA (A.)

**Revue de la littérature recensant des études
passant d'une mesure de la santé basée sur
la non préférence à une mesure basée sur la
préférence.**

*A review of studies mapping (or cross walking)
non-preference based measures of health to
generic preference-based-measures.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/04 ; vol.11 : n°2 : Pages : 215-225,
1 fig., 3tabl.

Cote Irdes : P151

Clinical studies use a wide variety of health status measures to measure health related quality of life, many of which cannot be used in cost-effectiveness analysis using cost per quality adjusted life year (QALY). Mapping is one solution that is gaining popularity as it enables health state utility values to be predicted for use in cost per QALY analysis when no preference-based measure has been included in the study. This paper presents a systematic review of current practice in mapping between non-preference based measures and generic preferencebased measures, addressing feasi-

bility and validity, circumstances under which it should be considered and lessons for future mapping studies. This review found 30 studies reporting 119 different models. Performance of the mappings functions in terms of goodness-of-fit and prediction was variable and unable to be generalised across instruments. Where generic measures are not regarded as appropriate for a condition, mapping does not solve this problem. Most testing in the literature occurs at the individual level yet the main purpose of these functions is to predict mean values for subgroups of patients, hence more testing is required.

► Mesure de la pauvreté

43278

ARTICLE
DELL (F.), D'HAULTFOEUILLE (X.)

Mesure de l'évolution d'indicateurs complexes : théorie et application au taux de pauvreté en France.

Measuring the evolution of complex indicators : theory and application to poverty rate in France.

ANNALES D'ECONOMIE ET DE
STATISTIQUE

2008 ; n°90 : Pages : 258-290, fig., annexes
Cote Irdes : P41

Cet article considère le problème de la mesure de l'évolution d'indicateurs complexes issus d'enquêtes par sondage. Il s'agit dans ce cadre d'estimer des variances de statistiques non linéaires, mais aussi des covariances. L'échantillonnage rotatif peut en effet entraîner une forte corrélation positive entre indicateurs. Ces corrélations sont souvent négligées dans les tests de stabilité temporelle, conduisant à des conclusions en général trop conservatrices. Les auteurs obtiennent des variances et covariances par une adaptation de la delta-méthode fonctionnelle aux sondages. La théorie est ensuite appliquée à l'évolution du taux de pauvreté en France.

► Modèle économique

44242

ARTICLE
HOLENDRO SINGH (C.), LADUSINGH (L.)

Durée de séjour des patients hospitalisés : une analyse au moyen d'un modèle limité à distribution mixte.

Inpatient length of stay : a finite mixture modeling analysis.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2010/04 ; vol. 11 : n°2 : Pages : 119-126;
1 fig., 5 tabl.

Cote Irdes : P151

Length of stay (LOS) in hospital for inpatient treatment is a measure of crucial recovery time. Using nationwide data on inpatient healthcare in India, a threecomponent finite mixture negative binomial model was found to provide a reasonable fit to the heterogeneous LOS distribution. Associated risk factors for short-stay, mediumstay and long-stay subgroups were identified from the respective negative binomial components. In addition, significant heterogeneities within each group were also found.

► Systèmes d'information

43945

ARTICLE
DE ROQUEFEUIL (L.), STUDER (A.),
NEUMANN (A.), et al.

L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES
SOINS

2009/07-09 ; n°3 : Pages : 213-223, tabl.

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Echantillon_generaliste_de_beneficiaires.pdf

Cet échantillon, représentatif de la population protégée par l'assurance maladie, qu'elle ait ou non perçu des remboursements de soins, permet de réaliser des études et de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, en ville ou à l'hôpital, notamment grâce aux données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Il permet également d'estimer la population protégée, en particulier sa répartition par

âge et sexe. Il constitue un outil pour étudier le recours aux soins et les dépenses de santé par personne protégée et par poste, ainsi que leurs évolutions au cours du temps.

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

D Apprentissage cognitif

43636

ARTICLE

GUERIN-PACE (F.)

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

Illétrismes et parcours individuels.

Mesurer les compétences des adultes.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2010/02 ; n°424-425 : Pages : 49-62

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES424-425C.pdf

La présence de données relatives aux parcours de vie, aux lieux de scolarisation mais aussi de données plus subjectives sur le « ressenti » vient éclairer la mesure des compétences évaluée dans l'enquête Information et Vie Quotidienne (IVQ) 2004. Sur l'ensemble des personnes ayant effectué leur scolarisation en langue française (9 773), que ce soit en France ou à l'étranger, 5 % connaissent de graves difficultés dans un des trois domaines fondamentaux de l'écrit (lecture, compréhension, production d'écrit), 5 % des difficultés importantes et 7 % des difficultés modérées. Dans la diversité des facteurs des parcours individuels des personnes en plus ou moins grande difficulté, l'absence de pratique de la lecture dans le contexte familial de l'enfance apparaît très nettement. En outre, les personnes interrogées et qui sont conscientes de leurs difficultés, ont ressenti celles-ci le plus souvent dès le début de leur scolarité, confirmant l'hypothèse d'une faille dans l'apprentissage, la scolarité se poursuivant tant bien que mal par un parcours ponctué de redoublements et de changements d'établissements scolaires. Les événements vécus dans l'enfance sont aussi des facteurs explicatifs importants. En particulier, un décès dans la fratrie, des violences subies dans le contexte scolaire ne favorisent pas les apprentissages scolaires élémentaires. De manière inattendue, avoir vécu durant son enfance

une longue période de chômage d'un de ses parents, diminue de manière significative la probabilité d'être en grande difficulté face à l'écrit. Par ailleurs, il n'existe pas un profil type des personnes en grande difficulté face à l'écrit mais un ensemble de configurations associant des éléments du parcours à des conditions sociales et économiques contemporaines. Même pour les personnes les plus en difficulté face à l'écrit, considérées en situation d'illettrisme, les difficultés rencontrées au quotidien et les éléments de sociabilité se conjuguent différemment selon les éléments déterminants des parcours.

43637

ARTICLE

MEGHERBI (H.), ROCHER (T.), GYSELINCK (V.), TROSSEILLE (B.), TARDIEU (H.)

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

Evaluation de la compréhension de l'écrit chez l'adulte.

Mesurer les compétences des adultes.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2010/02 ; n°424-425 : Pages : 63-86

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES424-425D.pdf

Mesurer la compréhension de l'écrit nécessite la définition d'un certain nombre de concepts situés dans un cadre théorique provenant des travaux de la psychologie du langage. Comprendre un texte ou un document est une activité complexe dont le but ultime est l'élaboration d'une représentation mentale cohérente du contenu (Gernsbacher, 1994, Kintsch, 1994 et 1998). Au-delà de la lecture des mots qui composent le document, la compréhension sollicite des processus de haut niveau qui assurent l'analyse syntaxico-sémantique de la phrase et la prise en charge de l'ensemble du document. La cohérence est recherchée par le lecteur pour des documents composés d'informations exclusivement verbales, et pour des documents associant des informations verbales et visuo-spatiales. L'analyse des dimensions sous-jacentes du module Haut de l'enquête IVQ 2004, à partir des données recueillies sur 7 389 individus qui y ont participé, si elle doit être interprétée avec beaucoup de prudence en raison du faible nombre d'items composant le module, distinguerait en fin de compte deux seuls facteurs : l'un visuel et spatial (cartes spatiales et graphiques), l'autre strictement verbal. La pertinence de ces deux dimensions serait en faveur d'une spécialisation du traite-

ment des informations selon leur nature, verbale ou visuo-spatiale.

43638

ARTICLE
FISCHER (J.P.), CHARRON (C.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

Une étude de la dyscalculie à l'âge adulte.

Mesurer les compétences des adultes.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2010/02 ; n°424-425 : Pages : 87-101

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES424-425E.pdf

La dyscalculie est une notion introduite pour souligner des difficultés dans le traitement des informations numériques, notamment le calcul. Elle peut être acquise (c'est le cas de sujets qui savaient calculer mais qui ont perdu en grande partie cette capacité, par exemple à la suite d'un accident neurologique), ou développementale, si elle concerne des sujets incapables d'apprendre à calculer à un niveau normal. Si cette dernière peut concerner aussi bien les enfants que les adultes, la dyscalculie acquise doit concerner quasi-exclusivement les adultes. Or il n'existe guère d'études des occurrences de la dyscalculie à l'âge adulte en France, alors qu'il en existe de nombreuses sur des enfants ou adolescents. Cet article tente donc d'estimer la proportion de personnes adultes dont les performances sont compatibles avec une dyscalculie, à partir des résultats de l'enquête Information et Vie Quotidienne (IVQ) 2004.

43640

ARTICLE
PLACE (D.), VINCENT (B.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

L'influence des caractéristiques sociodémographiques sur les diplômes et les compétences.

Mesurer les compétences des adultes.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2010/02 ; n°424-425 : Pages : 125-147

Cote Irdes : S18

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES424-425G.pdf

Jusqu'à maintenant, peu de données permettaient d'appréhender les savoirs des adultes en lien avec leur niveau d'éducation. L'enquête

Information et Vie Quotidienne donne la possibilité de mieux connaître et de comparer les facteurs agissant d'une part sur le niveau d'études atteint et d'autre part sur l'acquisition de compétences.

► Bilan démographique

43307

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

Bilan démographique 2009. Deux pacs pour trois mariages.

INSEE PREMIERE

2010/01 ; n°1276 : Pages : 4p., 2 graph., 5 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1276/ip1276.pdf>

Au 1er janvier 2010, 64,7 millions de personnes vivent en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Au cours de l'année 2009, la population française augmente de 346 000 habitants. 821 000 bébés nés en 2009, le nombre de naissances baisse légèrement, mais reste supérieur à la moyenne des dix dernières années. Le nombre de décès augmente peu. Les couples choisissent de plus en plus fréquemment le pacs pour officialiser leur union. Ainsi, en 2009, pour trois mariages célébrés, deux pacs sont conclus. L'âge au premier mariage et l'âge à l'accouchement continuent d'augmenter, côtoyant les 30 ans. La fécondité se maintient à un niveau élevé en 2009 et figure toujours parmi les plus hautes d'Europe. En France, la moitié des bébés naissent hors mariage. Après une pause en 2008, l'espérance de vie des femmes repart à la hausse. Elle est la plus élevée d'Europe, après l'Espagne ; celle des hommes continue sa progression régulière (Résumé d'auteur).

43644

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

**La situation démographique en France :
estimations définitives de population et des
indicateurs démographiques de 1999 à 2006.**

INSEE RESULTATS : SOCIETE

2010/02 ; n°106 : Pages : 216p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd19992006/dd/pdf/sd19992006_brochure.pdf

Au 1er janvier 2006, 63,2 millions de personnes habitent en France : 61,4 millions en métropole et 1,8 dans les départements d'outre-mer. En sept ans, la population a augmenté de 5 % (3 millions d'habitants), soit une croissance moyenne de 0,7 % par an. Le nombre de naissances, plus élevé que celui des décès (solde naturel), explique l'augmentation de la population. Le solde migratoire n'intervient qu'en marge de cette croissance, c'est une des spécificités de la démographie française au sein de l'Europe. Dans la plupart des autres grands pays européens, la croissance de la population tient essentiellement à l'immigration. En 2000, le nombre de naissances a atteint un pic historique (plus de 807 000 naissances en France), soit le niveau le plus élevé depuis 1982. Celui-ci s'est maintenu à un haut niveau jusqu'en 2006 alors même que le nombre de femmes en âge de procréer diminue régulièrement. Le nombre moyen d'enfants par femme (taux de fécondité) progresse depuis 1999, à presque tous les âges et surtout après 27 ans. L'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 1,94 enfant en 2005, contre 1,81 en 1999. Cette hausse de la fécondité s'accompagne d'une hausse de l'âge moyen à la maternité : en 2005, les femmes ont en moyenne 29,6 ans à la naissance de leur enfant contre 29,3 ans en 1999. L'espérance de vie progresse aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les hommes nés en 2005 peuvent espérer vivre en moyenne jusqu'à 76 ans, soit 21 mois de plus par rapport à ceux nés en 1999. L'espérance de vie des femmes atteint 84 ans en 2005, contre 82 ans et demi en 1999. Elle progresse un peu moins vite que celle des hommes entre 1999 et 2005, comme pour les années précédentes. En 2003, année de la canicule, l'espérance de vie a stagné pour l'ensemble de la population et baissé pour les femmes. Un rattrapage important a eu lieu l'année suivante : un an de gain d'espérance de vie en

2004. Entre 1999 et 2005, le taux de mortalité infantile baisse régulièrement, passant de 4,4 à 3,8 pour 1 000 enfants nés vivants. Après un pic en 2000 avec 305 000 mariages, leur nombre décroît petit à petit pour atteindre 283 000 en 2005. L'âge moyen au premier mariage a fortement augmenté entre 1999 et 2005, aussi bien pour les hommes que pour les femmes : + 14 mois pour les hommes (31,1 ans) et + 15 mois pour les femmes (29,1 ans). Les deux années d'écart entre l'âge de l'épouse et celui de l'époux se maintiennent.

► État matrimonial

43628

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

**Vivre en couple : la proportion des jeunes en
couple se stabilise.**

INSEE PREMIERE

2010/02 ; n°1281 : Pages : 4p., 1carte, 5
graph., 1 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1281/ip1281.pdf>

Entre 1999 et 2006 en France métropolitaine, la proportion de jeunes de 20 à 24 ans vivant en couple, marié ou non, est stable. La tendance à la baisse observée depuis 1982 s'interrompt. Conséquence de la hausse de l'espérance de vie aux âges élevés, les femmes de plus de 65 ans et les hommes de plus de 80 ans sont plus souvent en couple que les générations précédentes aux mêmes âges. En revanche, vivre en couple est de moins en moins fréquent pour les 30 à 60 ans. En 2006, parmi les femmes trentenaires, les diplômées de l'enseignement supérieur vivent plus souvent en couple que les peu diplômées ; c'était l'inverse en 1999. À 40 ans, la proportion de femmes diplômées du supérieur, seules et sans enfant, est deux fois plus importante que pour les femmes non diplômées, en 2006 comme en 1999. Pour les hommes, entre 30 et 50 ans, ce sont les plus diplômés qui vivent le plus souvent à deux (Résumé d'auteur).

Immigrés

44121

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

Etre né en France d'un parent immigré.

INSEE PREMIERE

2010/03 ; n°1287 : Pages : 4p., 3 graph., 1 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1287/ip1287.pdf>

En 2008, 3,1 millions de personnes âgées de 18 à 50 ans, nées en France métropolitaine, sont enfants d'immigrés. La moitié d'entre elles ont moins de 30 ans. 50 % ont deux parents immigrés, 20 % sont descendants d'immigrés uniquement par leur mère et 30 % uniquement par leur père. La moitié des descendants directs ont un parent immigré né en Europe et quatre sur dix sur le continent africain, essentiellement au Maghreb. Les descendants les plus jeunes ont des parents d'origines plus variées et plus lointaines. Les enfants d'immigrés de 18 à 30 ans ont une fois sur deux une ascendance africaine. La répartition régionale des descendants s'écarte peu de celle des immigrés. Ainsi, un tiers des descendants âgés de 18 à 50 ans sont franciliens. Près du quart des descendants ayant la nationalité française ont au moins une autre nationalité. Pour la grande majorité des descendants, la langue française a été transmise dans leur enfance par au moins un de leurs parents. À la génération suivante, les descendants devenus eux-mêmes parents parlent français avec leurs enfants vivant en France, dans 99 % des cas (Résumé d'auteur).

Mortalité

43314

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

Statistiques d'état civil sur les décès en 2008.

INSEE RESULTATS : SOCIETE

2009/12 ; n°103 : Pages : 138p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=sd20083>

Ce numéro présente uniquement les données sur les décès extraites de l'exploitation des fichiers d'état civil. En 2008, 532 100 personnes sont décédées en France métropolitaine et 10 400 dans les départements d'outre-mer. Le nombre de décès progresse ainsi de 2,1 % par rapport à l'année précédente. L'augmentation concerne aussi bien les femmes que les hommes mais est un peu plus importante chez les femmes (3 %) que chez les hommes (1,4 %).

42137

FASCICULE, INTERNET
CAYOTTE (E.), BUCHOW (H.)
Eurostat. Luxembourg. LUX

Qui meurt de quoi avant l'âge de 65 ans en Europe ?

Who dies of what in Europe before the age of 65 ?

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND SOCIAL CONDITIONS

2009 ; n°67/2009 : Pages : 11p., cartes

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-067/EN/KS-SF-09-067-EN.PDF

An Atlas on Mortality in the European Union has just been published. This Statistics in Focus highlights important causes of avoidable mortality below age 65, namely ischaemic heart disease, lung cancer, alcohol-related mortality, suicide, transport accidents, cervical cancer and AIDS. These causes of death are described at NUTS 2 level in 2002-2004. In the EU, men lost twice as many life years before age 65 as women. In the Baltic regions, men lost more than twice the number of years as compared to the EU-27 average. The lowest mortality in women before age 65 was found in the Mediterranean regions of Italy, Spain, Cyprus and Greece.

► Comptes de la nation

44191

FASCICULE

HOURIEZ (G.), PASSERON (V.), PERRET (A.)

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

FRA

**Les comptes de la Nation en 2009 : une
récession sans précédent depuis l'après-
guerre.**

INSEE PREMIERE

2010/05 ; n°1294 : Pages : 1-4, 2 tabl.,
1 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1294/ip1294.pdf>

En 2009, le produit intérieur brut recule de 2,6 % en moyenne annuelle, après + 0,2 % en 2008 et + 2,4 % en 2007. Corrigée du nombre de jours ouvrables, la baisse est un peu moindre (- 2,5 %). Entamée au printemps 2008, la contraction de l'activité s'est accentuée en fin d'année 2008 et au premier trimestre 2009. La demande des entreprises chute du fait à la fois d'un décrochage de leurs investissements et d'un déstockage massif. Les flux d'échanges extérieurs se contractent fortement. En revanche, la consommation des ménages résiste et celle des administrations publiques accélère sous l'effet du plan de relance. Le pouvoir d'achat des ménages progresse, notamment grâce à la baisse de l'inflation ; leur taux d'épargne augmente. Le taux de marge des sociétés non financières se replie. La valeur ajoutée des sociétés financières rebondit (Résumé d'auteur).

44192

FASCICULE

BOURGEOIS (A.), POIBLANC (B.),
HENGY (N.), PILARSKI (C.), UTEZA (A.),
BOISNAULT (D.)

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

FRA

**Les comptes des administrations publiques en
2009.**

INSEE PREMIERE

2010/05 ; n°1293 : Pages : 1-4, 5 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1293/ip1293.pdf>

En 2009, le déficit public s'élève à 143,8 milliards d'euros, soit 7,5 % du PIB. Au cours de

cette année marquée par la récession, il augmente de 79,1 milliards d'euros, sous l'effet de la forte baisse des recettes publiques et de la progression maintenue des dépenses publiques. Ce sont, en fait, les déficits de l'État et des administrations de sécurité sociale qui s'aggravent. Le taux de prélèvements obligatoires diminue de 1,3 point (41,6 % du PIB après 42,9 % en 2008) du fait de la forte contraction des impôts. En revanche, la part des dépenses publiques dans le PIB augmente de 3,2 points (56,0 % après 52,8 %). La dette publique progresse de 10,6 points pour s'établir à 78,1 % du PIB (Résumé d'auteur).

► Conjoncture économique

44233

FASCICULE

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

**Va-t-on sortir de la crise ? Perspectives 2010-
2011 pour l'économie mondiale.**

LETTRE DE L'OFCE (LA)

2010/04/22 ; n°317 : Pages : 8p., tabl.,
graph., fig.

Cote Irdes : Bulletin français

La crise financière, déclenchée par la faillite de la banque Lehman Brothers fin 2008 est derrière nous, comme l'indique l'apaisement des marchés financiers. Pour autant, la crise n'est pas encore terminée. La croissance prévue en 2010-2011 ne permettra pas de retrouver le niveau d'activité de 2008. Le chômage a atteint des niveaux élevés : la décrue n'interviendra qu'en 2011 et sera lente. L'ajustement du marché du travail et la résorption des surcapacités productives entraveront une reprise franche de l'activité et induiront un ralentissement du revenu des ménages à partir de 2010. L'un des défis en 2010-2011 est la hausse des dettes publiques qui confronte tous les pays développés au même dilemme. La première option est celle d'une stimulation supplémentaire, que légitiment le niveau élevé du chômage, les capacités inutilisées et le risque déflationniste. La seconde option est celle de la rigueur, donnant la priorité à la réduction des déficits, avec la contrepartie de fragiliser la croissance, dans la crainte d'un durcissement des taux d'intérêts publics. Autant les stratégies nationales divergent pour 2010, autant le second scénario dominerait en 2011, avec des impulsions négatives généralisées dans les pays développés.

44278

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

**Les conséquences de la crise sur l'emploi
dans les régions.**

INSEE PREMIERE
2010/05 ; n°1295 : Pages : 1-4
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1295/ip1295.pdf>

La crise économique a davantage touché les régions du Nord-Est en termes d'emploi, et principalement les régions industrielles. Les régions du Sud, dont l'activité est orientée vers le tertiaire, ont été les plus préservées. Le Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, la Bretagne et les Pays-de-la-Loire, jusque-là dans une dynamique positive, n'ont pas pour autant été épargnés par la crise. A contrario, l'emploi en Île-de-France a mieux résisté que ce que l'on aurait pu envisager. À la suite de la crise, le chômage a augmenté dans l'ensemble des départements. Les plus touchés sont ceux pour lesquels le taux de chômage était déjà très élevé sur la période précédente. Cependant d'autres départements épargnés jusqu'alors ont également subi une augmentation élevée (Résumé d'auteur).

► Consommation

42316

FASCICULE
CONSALES (G.), FESSEAU (M.),
PASSERON (V.), ACCARDO (J.), BUGEJA
(F.), CAVAILLET (F.), LECOQNE (C.),
NICHELE (V.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)Paris. FRA

**Cinquante ans de consommation en France -
Édition 2009.**

Paris : INSEE
2009/09 ; Pages : 233p., tabl., graph.
Cote Irdes : A3925
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/CONSO09a.PDF
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/CONSO09b.PDF
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/CONSO09c.PDF
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/CONSO09d.PDF
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/CONSO09e.PDF

Que consomme-t-on en France ? Comment la consommation a-t-elle évolué chez nous depuis 50 ans ? Diffère-t-elle de celle des

autres pays européens ? Tirées des données de la Comptabilité nationale, une trentaine de fiches traitent des principaux postes de dépenses et des facteurs influençant la consommation du pays. Cette approche « macro-économique » est complétée par des données qui précisent les différences entre les ménages, selon leur niveau de vie, leur revenu, leur âge...L'ouvrage propose aussi trois dossiers. L'un offre une perspective historique de la consommation des ménages depuis cinquante ans, le deuxième traite des dépenses de logement depuis vingt ans et le troisième porte sur la fracture alimentaire que révèle le budget des ménages.

► Marché du travail

43066

FASCICULE
CHEVALIER (F.), MANSUY (A.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

**Une photographie du marché du travail en
2008 : Résultats de l'enquête Emploi.**

INSEE PREMIERE
2008/08 ; n°1272 : Pages : 4p., 5 tabl.
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1272/ip1272.pdf>

En moyenne en 2008, 25,9 millions de personnes ont un travail et 2,1 millions sont au chômage au sens du BIT. Neuf personnes sur dix qui travaillent sont salariées. 20 % des personnes travaillant dans le secteur des services aux particuliers ont moins d'un an d'ancienneté et les deux tiers sont des femmes. Parmi les personnes ayant un emploi, 5 % sont en situation de sous-emploi. Entre 15 et 24 ans, les femmes sont un peu moins touchées par le chômage que les hommes. Au-delà de 50 ans, plus de la moitié des chômeurs recherchent un emploi depuis plus d'un an.

43309

FASCICULE
BOUVIER (G.), DIALLO (F.)
Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.
FRA

**Soixante ans de réduction du temps de travail
dans le monde.**

INSEE PREMIERE
2010/01 ; n°1273 : Pages : 4p., 2 graph., 3 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1273/ip1273.pdf>

Depuis 1950, la durée annuelle du travail a baissé dans tous les pays développés. Tout d'abord sous l'effet de la salarisation de l'emploi, puis par la réduction de la durée annuelle du travail des salariés à temps complet. Depuis une trentaine d'années, elle résulte également du développement du temps partiel. Ce dernier facteur a un peu moins joué en France depuis la mise en place des 35 heures (Résumé d'auteur).

43316

FASCICULE, INTERNET
CRECHAUD (P.)

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

**Marché du travail - Séries longues - Mise à jour
2009.**

INSEE RESULTATS : SOCIETE

2010/01 ; n°105 :Pages : 299p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/
irweb.asp?id=martra09](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=martra09)

Les séries longues sur le marché du travail regroupent un ensemble de données historiques sur la population active, l'emploi et le chômage en France métropolitaine, ainsi que sur les caractéristiques des personnes dans ces situations. Les données les plus anciennes remontent à 1955. Ces séries proviennent de sources statistiques très diverses : enquêtes, sources administratives, recensement, synthèses de sources..., l'enquête Emploi et les estimations d'emploi étant les deux sources principales. Des explications résumées sont données pour comprendre le cadre d'utilisation et la finalité de chacune. Cet Insee Résultats fournit enfin une liste de liens vers les données les plus récentes, où des mises à jours des « séries longues » sont disponibles, ainsi que vers les autres sites de la statistique publique où des séries longues sur le marché du travail peuvent être téléchargées.

► Professions libérales

43685

ARTICLE

FLACHERÉ (M.)

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

Les professions libérales en 2007.

INSEE PREMIERE

2010/02 ; n°1282 : Pages : 1-4

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1282/ip1282.pdf>

Les professions libérales, hors professions de santé, relèvent de trois grands domaines d'activité : le droit, le conseil - cadre de vie, la finance - assurances. En 2007, le revenu d'activité libérale de ces professionnels s'élève en moyenne à 74 800 €. Le droit est le domaine qui procure les revenus d'activité les plus élevés et c'est aussi le plus féminisé. Quel que soit leur domaine, ces professionnels sont âgés, ont un niveau de qualification élevé, et leur rémunération augmente avec l'ancienneté.

RÉGLEMENTATION

► Médicaments

41774

FASCICULE

**Centrale d'achat : un nouvel instrument de
distribution.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2009/07/02 ; n°664 : Pages : 9p., tab.

Cote Irdes : P72

Le décret n° 2009-741 du 21 juin 2009 vient de créer un douzième opérateur pharmaceutique chargé de la distribution en gros de médicaments, la Centrale d'achat pharmaceutique (CAP). Après avoir défini le cadre juridique de ce nouvel opérateur pharmaceutique, cet article analyse les conditions de sa création ainsi que les conséquences au moins administrative de cette structure particulière

► Droits des malades

43585

ARTICLE

Dossier médical hospitalier et Commission d'accès aux documents administratifs : droit.

REVUE PRESCRIRE

2010/02 ; vol. 30 : n°316 :Pages : 149-150

Cote Irdes : P80

Depuis la loi du 4 mars 2004, les patients ont le droit d'accéder à leur dossier médical hospitalier. Les conditions d'accès au dossier médical par les ayants droit d'un défunt sont encore très encadrées par la loi. En cas de refus exprès ou tacite de communication du dossier médical détenu par un établissement public de santé, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) peut être saisie.

► **Index des auteurs**

A

ABECASSIS (P.).....	72	BOISNAULT (D.)	92
ABELSON (J.)	18	BOMMIER (A.).....	78
Académie nationale de médecine	51	BORGIA (P.)	63
ACCARDO (J.)	93	BORREL (C.).....	91
AFRITE (A.).....	66	BOURGEOIS (A.).....	92
AGHION (P.).....	38	BOURGUEIL (Y.).....	21, 58
AKRICH (M.).....	64	BOUVIER (A.M.).....	41
ALBEROLA (E.).....	19	BOUVIER (G.).....	93
ALBOUY (V.).....	65	BRACKE (P.)	79
ALEXANDRE (P.)	35	BRADY (D. W.).....	82
ANDRIEU (V.).....	77	BRAS (P.L.)	19, 84
ANTONOPOULOU (L.).....	84	BRAZIER (J.E.)	86
AOUBA (A.)	43	BREMOND (A.)	63
ARUNDEL (A.).....	71	BRIDENNE (I.).....	29
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.).....	31	BRINGER (J.).....	51
ATTAL-TOUBERT (K.).....	56	BRUCKER (G.).....	19
AUTES (M.).....	20	BUCHOW (H.).....	91
		BUGEJA (F.)	93
		BUISSON (J.R.).....	24
		BULERYS (S.).....	61
		BUSSE (R.)	69, 79

B

BAC (C.).....	30
BACH (P. B.).....	54
BAETEN (R.)	54
BAHU (M.)	45
BARANGE (C.).....	30
BARDEY (D.).....	78
BARNAY (T.).....	46
BARTHELEMY (J.).....	28
BATES (D. W.).....	78
BATIFOULIER (P.).....	64
BAUDIER (F.)	20
BEAN (K.).....	51
BEAUMEL (C.)	89, 90, 91
BEEMSTERBOER (W.G.M.)	46
BELL (J.).....	51
BEN ABDALLAH (A.).....	36
BENAINOUS (O.)	78
BENNION (A.E.).....	83
BERARD (E.).....	67
BIENVENU (J.).....	35
BITTON (A.).....	78
BLANC (M.E.).....	46
BLOY (G.).....	60
BOERMA (W.G.W.).....	57
BOINI (S.).....	35

C

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.)	29
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)	29, 49
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	31, 32, 34, 36, 55, 64, 65, 72, 75
CAMELIN (L.)	43
CAMERON (J.I.).....	49
CAMERON (R.)	33
CANIARD (E.).....	17
CARDIS (E.)	44
CARIS (P.)	86
CARMICHAEL (F.).....	49
CARRERRE (M.O.)	63
CASES (C.)	85
CASHIN (C.).....	83
CASTEL (P.)	60
CAULIN (C.)	76
CAVAILLET (F.).....	93
CAYOTTE (E.).....	91
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).....	39
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. (C.R.E.D.O.C.).....	19

Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.).....	20
CHAIX (B.).....	52
CHALEIX (M.).....	66
CHAMBAUD (L.).....	18, 33
CHAN (B.C.).....	56
CHANTRY (M.).....	36
CHARLES (S.).....	49
CHARRON (C.).....	89
CHAUVENET (M.).....	41
CHAUVIN (P.).....	50
CHAVIGNE (J.J.).....	29
CHEVALIER (F.).....	93
CHEVREUL (K.).....	40
CHINI (F.).....	63
CHRISTIANENS (W.).....	79
CHUNG (S.).....	65
CIVAN (A.).....	73
CLARKE (K.).....	35
CLARK (S.).....	84
CLEMENT (M.C.).....	21
CLERC (P.).....	62
COLLET (M.).....	70
COM-RUELLE (L.).....	37
CONCEICAO (C.).....	22
CONSALES (G.).....	93
Conseil Economique - Social et Environnemental. (C.E.S.E.).....	24
CONTANDRIOPOULOS (D.).....	17
COOK (K.).....	38
CORVOL (P.).....	19
COTTLER (L.).....	36
COURALET (P.E.).....	21
COUTINET (N.).....	72
COUTROT (T.).....	45
CRAMPTON (P.).....	55
CRECHAUD (P.).....	94
CUSTERS (K.).....	58

D

DAGUET (F.).....	90
DANET (S.).....	41
DANG HA DOAN (B.).....	57
DANIEL (C.).....	56
DA POIAN (M.T.).....	37
DE (G D.).....	28
DEJEAN (J.P.).....	74
DELL (F.).....	87

DELPIERRE (C.).....	53
DE NORRE (B.).....	44
DEPREZ (M.).....	65
DE ROQUEFEUIL (L.).....	87
DESAUNAY (C.).....	26
DETOURNAY (B.).....	36
DEVICTOR (B.).....	54
D'HAULTFOEUILLE (X.).....	87
DIALLO (F.).....	93
DICK (A. W.).....	68
DI PORTO (A.).....	29
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.).....	45
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).....	27, 34, 43, 48, 66, 67, 70
Direction des Risques Professionnels. (D.R.P.) ...	31, 34
DOMIN (J.P.).....	27
DONCEEL (P.).....	61
DOONAN (M. T.).....	81
DOS SANTOS (S.).....	47
DRANOVE (D.).....	38
DREVS (F.).....	85
DROOMERS (M.).....	83
DUBE (G.).....	86
DUCIMETIERE (P.).....	40
DUEE (M.).....	34
DUFRESNE (C.).....	32
DUHAMEL (G.).....	84
DUMONTAUX (N.).....	77
DUSMENIL (H.).....	45
D'YVOIRE (A.).....	29

E

EATON (H.W.).....	35
ELBAUM (M.).....	40
ELKIN (E. B.).....	54
European Commission.....	50
Eurostat.....	26, 44, 91
EVANS (D.).....	52

F

FAIVRE (J.).....	41
FALCOFF (Hector).....	78

FAOU (A.M.).....	43
FATTORE (G.).....	62
FAURE (C.).....	63
FELDMAN (D.).....	32
FENG (Z.).....	25
FENINA (A.).....	34
FESSEAU (M.).....	93
FIHOL (P.).....	65
FILOCHE (G.).....	29
FISCHER (J.P.).....	89
FLACHERE (M.).....	94
Fondation Copernic.....	29
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.....	27
FOREST (P.G.).....	18
FOURCADE (A.).....	41
FRAEMAN (K.).....	37
FRANC (C.).....	28
FRATTINI (M.O.).....	42
FRIEDBERG (M. W.).....	59
FROMENTIN (R.).....	57
Futuribles International.....	21

G

GADREAU (M.).....	64
GAGNE (J.).....	80
GALVIS-NARINO (F.).....	81
GARNERO (M.).....	27
GARROS (B.).....	20
GASKINS (M.).....	79
GAUDEMER (C.).....	30
GAULD (R.).....	83
GAUVIN (F.P.).....	18
GAY DEL SANTO (J.).....	21
GEISLER (A.).....	69
GERBER (S.L.).....	39
GERICKE (C.).....	82
GHADI (V.).....	17, 18
GILLAIZEAU (F.).....	78
GILMOUR (S. J.).....	68
GINON (A.S.).....	56
GIORGI (R. P.).....	63
GIUDICELLI (C.).....	51
GLANCE (L. G.).....	68
GLENAT (M.).....	29
GLINOS (I. A.).....	54
GLOANEC (M.).....	67

GODARD (J.).....	62
GODMAN (B.).....	77
GOLD (E.R.).....	73
GOODRIDGE (D.).....	25
GOULD (D. A.).....	50
GOUWY (A.).....	79
GOUYON (M.).....	63
GREEN (M.).....	66
GREER (S. L.).....	22
GREMY (I.).....	85
GRIMALDI (A.).....	70, 71
GROENEWEGEN (P.P.).....	57
GROOTHOFF (J.W.).....	46
GUENIOT (M.).....	51
GUERIN-PACE (F.).....	88
GUIZE (L.).....	51
GUSMANO (M.K.).....	81
GYSELINCK (V.).....	88

H

HALPER (D.).....	50
HANUSAIK (N.).....	33
HARLAND-LOGAN (S.).....	73
HARRINGTON (C.).....	25
HARRIS (M.F.).....	56
HAURY (B.).....	41
HAVARD (S.).....	52
HAYCOX (A.).....	77
HELEN (S.).....	65
HENGY (N.).....	92
HERBET (J.B.).....	45
HOLENDRO SINGH (C.).....	87
HOUREZ (G.).....	92
HOUZARD (S.).....	42
HOWELL (J. D.).....	58
HOWITT (P.).....	38
HULME (C.).....	49
HUMBERT (F.).....	66
HUSSEY (P. S.).....	59
HUTCHINSON (A.).....	57

I

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)	28, 37
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	88, 89, 90, 91, 92, 93, 94
Institut National de Recherche et Sécurité. (I.N.R.S.)	35
ISHILL (N. M.)	54
ISSERLIS (C.)	23

J

JACOBSON (P. D.)	22
JACQUINOT (O.)	74
JAFFIOL (C.)	51
JAKAB (M.)	83
JAKOUBOVITCH (S.)	70
JANUEL (J.M.)	67
JATRANA (S.)	55
JEGO (B.)	51
JOINVILLE (O.)	36
JOOSTE (V.)	41
JOUBERT (P.)	33
JOUGLA (E.)	43
JULLIEN (B.)	78
JUSOT (F.)	53

K

KANAVOS (P.)	75
KAPLAN (W.)	73
KAYE (H. S.)	25
KELLY-IRVING (M.)	53
KERMADEC (C.D.)	70
KESSLER (D. P.)	82
KISHCHUK (N.)	33
KOETSENUIJTER (J.)	33
KOKSAL (B.)	73
KREISZ (F. P.)	82
KRINGOS (D.S.)	57
KUSNIK	36
KUTZIN (J.)	83

L

LABORIE (J.L.)	23
LACROIX (S.)	93
LADUSINGH (L.)	87
LAHAYE (D.)	61
LANG (T.)	53
LAPLANTE (M. P.)	25
LASSAGNE (M.)	35
LAUNAY (G.)	65
LAUNAY (M.)	43
LAURENT (F.)	43
LEAL (C.)	52
LEANDRO (A.)	22
LE BIHAN YOUINOU (B.)	48
LE BRETON (J.)	62
LECLUYSE (A.)	28
LECOGNE (C.)	93
LE CORRE (P.)	74
LE GARREC (M.)	34
LE GUEN (N.)	37
LEMIRE (M.)	79
LE MOIGNE (P.)	24
LEUNG (M C.)	59
LEVESQUE (J.F.)	32
LEVINE (C.)	50
LHOMMEAU (B.)	91
LIBERMAN (L.)	54
LISSOVOY (G.)	37
LI (Y.)	68
LLUCH (M.)	75
LOONES (A.)	19
LOPEZ (A.)	17
LUFT (H.)	65
LYONNARD (J.)	81

M

MAARSE (H.)	54
MAKDESSI (Y.)	47
MANSUY (A.)	93
MARANDI (S.N.)	73
MARCHAND (A.)	46
MAREK (A.)	58
MARETTE (J.J.)	29
MARTELMANS (A.K.)	61
MARTIN (E.)	18
MARTINS (S.S.)	35

MASLIN-PROTHERO (S.E.)	83
MASOTTI (P.)	66
MATTONETTI (M.L.)	26
MCCARTHY (M.)	22
MCCOLL (M.A.)	66
MCNAMARA (B.)	50
MEADEL (C.)	64
MEGHERBI (H.)	88
MERLO (J.)	52
MERMILLIOD (C.)	45
MERMILLOD (C.)	45
MEUNIER (A.)	63
MICHEL (P.)	84
MIGNOTTE (H.)	63
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)	27, 34, 43, 48, 56, 63, 66, 67, 70, 77
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.)	45
MINVIELLE (E.)	67
MOITIE (J.J.)	23
MONTAUT (A.)	41
MONTELMARD (A.)	81
MORELLE (M.)	63
MORISSET (J.)	33
MOSSIALOS (E.)	38
MOUMJID FERDJAOUI (N.)	63
MOUSQUES (J.)	21, 58, 61, 62
MUKAMEL (D. B.)	68
MURTIN (P.)	38

N

NAIDITCH (M.)	68
NATHANSON (C.A.)	53
NEILL (G.)	86
NESTADT (G.)	35
NEUMANN (A.)	87
NICHELE (V.)	93
NIEL (X.)	90

O

Observatoire des Retraites	29
Observatoire Français des Conjonctures Economiques. (O.F.C.E.)	92

Observatoire Français des Drogues et des Toxicoma- nies. (O.F.D.T.)	43
Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.)	17, 18, 42, 64, 68, 79, 80, 81, 86
ODEGAARD (K.)	77
OLDENBURG (B.)	59
O'LOUGHLIN (J. L.)	33
ORBINSKI (J.)	73
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	71
OR (Z.)	69
ORZELLA (L.)	63
OSLER (T. M.)	68

P

PALANIAPPAN (L.)	65
PANAGEAS (K. S.)	54
PANNIER (B.)	51
PARADIS (G.)	33
PASSERON (V.)	92, 93
PASSEY (M.)	47
PEIST (A.)	50
PEQUIGNOT (F.)	43
PERETTI-WATEL (P.)	32
PERRET (A.)	92
PERRET (B.)	85
PERRONNIN (M.)	28
PERSSON (U.)	77
PICHETTI (S.)	77
PIERRE (A.)	21, 28
PILARSKI (C.)	92
PIT (S. W.)	47
PLA (A.)	89, 90, 91
PLACE (D.)	89
POIBLANC (B.)	92
POLTON (D.)	52
POMEY (M.P.)	68
POMEY (M.P.)	18
POSTEL-VINAY (N.)	19
POUTIGNAT (N.)	36
POUZAUD (F.)	76
PRAH RUGER (J.)	36
PREVOT (J.)	48
PROTIERE (C.)	63

Q

QUENEAU (P.)	75
--------------------	----

R

RAIMOND (V.)	36
RATTIER (MO.)	27
REEVES (D.)	33
REGI (J.C.)	45
Régime Social des Indépendants. (R.S.I.)	30
RENAUD (T.)	61
REYNIER (J.P.)	77
RICCI (P.)	36
RINAL (S.)	35
ROBELET (M.)	60
ROCHER (T.)	88
ROSENWAX (L.)	50
ROUXEL (C.)	45
RUBIN (H.)	65

S

SAILLOUR-GLENISSON (F.)	84
SALIBA SERRE (B.)	45
SALVATORE (D.)	62
SAUVIAT (C.)	80
SAWAYA (D.)	71
SCEMAMA (O.)	61
SCHAETZEL (F.)	18
SHELLER-KREINSEN (D.)	69
SCHNEIDER (E. C.)	59
SCHOFIELD (D.)	47
SCHOKKAERT (E.)	28
SCHRAG (D.)	54
SERMET (C.)	77
SERMET (I.)	42
SEVILLA-DEDIEU (C.)	43
SFEKAS (A.)	38
SHRESTHA (R.)	47
SMITH (D.B.)	25
SMITH (S.)	82
SNOW (J. G.)	54
SOMMEILLER (E.)	80
SPICA (L.)	32

STEWART (D.E.)	49
STUDER (A.)	87

T

TABUTEAU (D.)	19, 20, 26
TARDIEU (H.)	88
TARGOUTZIDIS (A.)	84
TEERLINK (J.R.)	37
THAMMAVONG (N.)	36
THOMAS (F.)	51
THOMSON (S.)	38
TILLEMENT (J.P.)	75
TOMLISON (G.A.)	49
TOTH (F.)	22
TRAMONI (M.)	51
TRANNOY (A.)	53
TRONTIN (C.)	35
TROSSEILLE (B.)	88
TROUILLET (S.)	74
TSCHEULIN (D.K.)	85
TSUCHIYA (A.)	86
TUBEUF (S.)	53
TULL (K. R.)	81
TURRELL (G.)	59

U

ULMANN (P.)	39
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.)	59
Université de Montréal	46
Université de Toulouse 3	53
UTEZA (A.)	92

V

VALDELIEVRE (H.)	66
VALEANU (I.)	71
VALLANCIEN (G.)	70, 71
VAN DEN BULCK (J.)	58
VANDERSCHULDEN (M.)	56
VAN DER ZEE (J.)	57

VAN (D. V.)	28
VAN GANSE (E.)	77
VAN LIESHOUT (J.)	33
VAN (O. T.)	28
VATAN (M.)	90,91
VERPILLOT (E.)	76
VIETH (H.)	24
VINCENT (B.)	89

W

WANG (F.)	54
WEALE (A.)	84
WEILL (A.)	36
WENSING (M.)	33
WILLIS (M.)	77
WINDI (A.)	42
WONG (E.)	65

Y

YANG (Y.)	86
-----------------	----

Z

ZECH (E.)	51
ZHANG (J.)	59

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

▷ ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

Rédaction: HCSP (Haut Comité Santé Publique)
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49
Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
Tél. : 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11>

▷ ACTUALITES JURISANTE

Rédaction et diffusion : CNEH
Centre de droit JuriSanté
3 rue Danton
92240 Malakoff
Contact : Nadia Hassani
Tél. : 01 41 17 15 43
Fax : 01 41 17 15 31
<http://www.cneh.fr>

▷ ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

Rédaction : ADRES
Diffusion : INSEE
18, Bd Adolphe Pinard
75675 Paris Cedex 14 (paiement par CB)
ou Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12 (autres paiements)
<http://www.adres.polytechnique.fr/>

▷ ANNUAIRE STATISTIQUE : RESULTATS NATIONAUX OU DEPARTEMENTAUX

Rédaction et diffusion : CCMSA
Dépt. Etudes Economiques et Financières
Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
93547 Bagnolet cedex
Tél. : 01 41 63 77 77
<http://www.msa.fr>

▷ APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

Open Mind Journal (OMJ)
86C Bush Road
PO Box 300-729
Albany
Auckland
Nouvelle Zélande
Tél. : 00 64 9 414 6472
Fax : 00 64 9 414 6491
Email : ifo@openmindjournals.com
<http://www.openmindjournals.com>
Ne paraît plus. Archives : <http://pt.wkhealth.com>

▷ ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et diffusion : Scientific Institute of Public Health
Juiliette Wytsmanstreet 14
1050 Bruxelles
Belgique
Tél. : 00 32 2 642 50 29
Fax: 00 32 2 642 54 10
<http://www.iph.fgov.be/aph/>
En ligne au bout d'un an, à partir de 1997

▷ AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Rédaction : Conseil économique et social
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
<http://journal-officiel.gouv.fr>

B

▷ BIOMEDICAL AND HEALTH RESEARCH

IOS Press
Nieuwe Hemweg 6B
1013 BG Amsterdam
Pays-Bas
Tél. : +31 20 688 3355
Fax: +31 20 687 0019
Email: info@iospress.nl

► BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

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

► BMC PUBLIC HEALTH

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

► BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Diffusion : Elsevier-Masson
Service Abonnements
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy Les Moulineaux cedex
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/709580/description#description

► BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH)

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

C

► CADRAGE

Rédaction et diffusion : CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)
110, rue de Flandre
75951 Paris cédex 19
Tél. : 01 55 45 89 29
Fax : 01 55 45 82 63
<http://www.cnav.fr/>

► CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALE (LES)

Rédaction et diffusion : CDSM (Centre de Sociologie et de Démographie Médicales)
15, villa Léandre
75018 Paris

► CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES

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

► CONSOMMATION ET MODES DE VIE

Rédaction et diffusion : CREDOC (Centre de Recherche, d'Etudes sur l'Observation des Conditions de Vie)
142, rue du Chevaleret
75013 Paris
Tél. : 01 40 77 85 01
<http://www.credoc.fr/>

D

► DROIT SOCIAL

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

► DOSSIERS SOLIDARITE 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.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/>

E

► ECONOMIE ET STATISTIQUE

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

Diffusion : Insee Info Service

Tour Gamma A

195, rue de Bercy

75582 Paris cedex 12

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)

► EPIDEMIOLOGIC REVIEWS

Diffusion : Oxford University Press

Journals Customer Service Department

Great Clarendon Street

Oxford OX2 6DP

Royaume-Uni

Tél. : + 44 (0)1865 353907

Fax: + 44 (0)1865 353485

<http://epirev.oxfordjournals.org/>

► L'ESSENTIEL DU RSI EN CHIFFRES (RSI)

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#essentiel

► ETUDES ET RESULTATS (DREES)

Rédaction et diffusion : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Centre d'information et de diffusion de la DREES

11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon

75694 Paris Cedex 14

Tél. : 01 44 56 82 00

Fax : 01 44 56 81 40

<http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html> (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

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

Science

Houghton Street

London WC2A 2AE

Royaume-Uni

<http://www2.lse.ac.uk/>

[LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx](http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx)

► 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

<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

<http://www.springerlink.com/home/main.mpx>

► 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

- ▶ **FONDATION COPERNIC**
BP 32
75921 Paris cedex 19
Tél. : 06 75 25 77 76
<http://www.fondation-copernic.org/>
- ▶ **FUTURIBLES - FUTURIBLES INTERNATIONAL**
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

H

- ▶ **HEALTH AFFAIRS**
Diffusion : Health Affairs
7500 Old Georgetown Road
Suite 600
Bethesda, MD 20814-6133
Etats-Unis
Tél. : 00 1 301 347 3900
Fax : 00 1 301 654 2845
<http://www.healthaffairs.org>
- ▶ **HEALTH ECONOMICS**
Rédaction et diffusion : CHE (Centre for Health Economics)
Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd
Journals Administration Department
1 Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex, PO22 9SA
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1243 779 777
Fax : 00 44 1243 843 232
<http://www.interscience.wiley.com>
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749>
- ▶ **HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW**
Diffusion : Cambridge University Press
The Edinburgh Building
Shaftesbury Road
Cambridge CB2 2RU
Royaume-Uni
<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=HEP>

- ▶ **HEALTH POLICY**
Diffusion : Elsevier Science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
Tél. : 00 31 20 485 37 57
Fax : 00 31 20 485 34 32
Email : nlinfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505962/description
- ▶ **HEALTH SERVICES RESEARCH**
Diffusion : John Wiley & Sons Ltd
Journal Customer Services
PO Box 808
1-7 Oldlands Way
Bognor Regis
PO21 9FF
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 (0)1865 778315
<http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0017-9124>

I

- ▶ **IMPACT SANTE**
(ex : IMPACT MEDECINE / IMPACT PHARMACIEN)
Service Abonnements
152 av Malakoff
75016 Paris
Tél. : 01 53 93 36 45
Fax : 01 53 93 36 99
<http://www.impact-sante.fr/Medecine/accueil/>
<http://www.impact-sante.fr/Pharmacie>
- ▶ **IMPLEMENTATION SCIENCE**
BioMed Central Ltd
Floor 6, 236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HL
Royaume-Uni
<http://www.implementationscience.com/>
- ▶ **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/>

- D INFORMATION PRESSE (CNAMTS)**
 Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
 26-50, avenue du Professeur André Lemierre
 75986 Paris cedex 20
<http://www.ameli.fr/espace-presse/accueil-espace-presse.php>
- D INFORMATION PRESSE (CNAMTS)**
 Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
 26-50, avenue du Professeur André Lemierre
 75986 Paris cedex 20
<http://www.ameli.fr/espace-presse/accueil-espace-presse.php>
- D 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
- D INRS**
 30, rue Olivier Noyer
 75680 Paris Cedex 14
 Tél. : 01 40 44 30 00
 Fax : 01 40 44 30 99
 Email : service.diffusion@inrs.fr
<http://www.inrs.fr>
- D INSEE PREMIERE**
 Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
 Diffusion : Insee Info Service
 Tour Gamma A
 195, rue de Bercy
 75582 Paris cedex 12
 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)
- D INSEE RESULTATS**
 Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
 Diffusion : Insee Info Service
 Tour Gamma A
 195, rue de Bercy
 75582 Paris cedex 12
 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)
- D INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE**
 Oxford University Press
 Journals Customer Service Department
 Great Clarendon Street
 Oxford OX2 6DP
 Royaume-Uni
 Tél. : 44 1865 353907-claim
<http://www.oxfordjournals.org>
- D INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY**
 Diffusion : Oxford University Press
 Great Clarendon Street
 Oxford OX2 6DP
 Royaume-Uni
 Tél. : 00 44 1865 267 907
 Fax : 00 44 1303 850 440
<http://ije.oxfordjournals.org/>
- D INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE**
 Rédaction : Utrecht University Library
 Heidelberglaan 3
 3584 CS
 Utrecht
 PO box 80124
 NL 3508 TC, Utrecht
 Pays-Bas
 Tél. : +31 30 253 65 59
 Fax: +31 30 253 69 59
 Email: ijic@uu.nl
<http://www.ijic.org/index.php/ijic>
- D ISSUES IN INTERNATIONAL HEALTH POLICY**
 Diffusion : Commonwealth Fund
 1 East 75th Street
 New York, NY 10021
 Tél. : 212.606.3800
 Fax: 212.606.3500
 Email: publications@cmwf.org
<http://www.commonwealthfund.org/>

J

- D JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE**
 Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne
 Diffusion : Diffusion ESKA
 12, rue du quatre septembre
 75002 Paris
 Tél. : 01 40 94 22 22
<http://www.eska.fr/>

▶ 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
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

▶ LANCET (THE) : EDITION ANGLAISE
Rédaction : The Lancet Ltd
32 Jamestown Road
London NW1 7BY, UK
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 207 424 4910
<http://www.thelancet.com/>
Customer Services
Elsevier Ltd
The Boulevard
Langford Lane, Kidlington
Oxford OX5 1GB
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 186 584 3077
custserv@lancet.com

▶ LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DES RETRAITES (LA)
Rédaction et diffusion : Observatoire des Retraites
16-18 rue Jules César
75012 Paris
Tél. : 01 71 72 12 00
<http://www.observatoire-retraites.org>

▶ 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>

M

▶ MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
Rédaction : Unaformec (Union nationale des associations de formation médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex
Tél. : 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unformec@wanadoo.fr
<http://www.unaformec.org>
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

▶ MEDICAL CARE
Rédaction : Sue E. Houchin
8848 Winding Ridge Road
Indianapolis, IN 46217
Etats-Unis
Tél. : 00 1 317 796 5752
Email : medical_care@regenstrief.org
Diffusion : Lippincott Williams & Wilkins
Journal orders and Requests
250 Waterloo Rd
London SE18RD
Royaume Uni
Tel : 00 44 20 7981 0535
Fax : 00 44 20 7981 0535
email : orders@lww.com
<http://www.lww-medicalcare.com>

▶ MILBANK QUARTELY (THE)
Rédaction : Milbank Memorial Fund
Diffusion : Blackwell Publishers
9600 Garsington Road
Oxford, OX4 2DQ
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1865 776 868
Fax: 00 44 1865 714 591
Email : subscrip@blackwell.pu.com
<http://www.milbank.org/quarterly.html>

▶ MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
Rédaction et diffusion : Wolters Kluwer France
Service Abonnement Santé
Case postale 815
1, rue Eugène et Armand Peugeot
TSA 84001

92856 Rueil Malmaison cedex
Librairie
Tél. : 01 41 29 77 42
Fax : 01 41 29 77 35
http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html
(recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

N

- ▶ **NOTE DE VEILLE (LA)**
Rédaction et diffusion : Centre d'analyse stratégique
18 rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Tél. : 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=12
- ▶ **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/>

O

- ▶ **OECD JOURNAL : GENERAL PAPER**
Diffusion : Les Editions de l'OCDE
Château de la Muette
2, rue André Pascal
75775 Paris cedex 16
Tél. : 01 45 24 81 67
Fax : 01 45 24 99 30
Email : oced.publishing@oced.org

P

- ▶ **PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE**
Diffusion : AISS
Communication et publications
Case postale 1
CH-1211 Genève 22
Suisse
Email : issa@ilo.org
<http://www.issa.int>
- ▶ **PHARMACEUTIQUES**
Rédaction et diffusion : PR Editions
22, av. d'Eylau
75116 Paris
Tél. : 01 44 05 83 00
Fax : 01 44 05 83 24
Email : redaction@pharmaceutiques.com
<http://www.pharmaceutiques.com>
- ▶ **PLOS MEDICINE**
U.K./European Office
Public Library of Science
7 Portugal Place
Cambridge CB5 8AF
Royaume-Uni
Tél. : +44(0)1223 463 330
<http://medicine.plosjournals.org/>
- ▶ **PLURIELS**
Rédaction et diffusion : Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale
5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Tél. : 01 53 94 56 90
Fax : 01 53 94 56 99
Email : mission@mnasm.com
<http://www.mnasm.com/>
- ▶ **POINT D'INFORMATION (CNAMTS)**
Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20
- ▶ **PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHESSES**
Rédaction et diffusion : DARES
39-43, quai André Citroën
75902 Paris Cedex 15.
Email : dares.communication@dares.travail.gouv.fr
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/etudes-recherche/publications-dares/>

► PRESCRIRE (LA REVUE)

Rédaction et diffusion : Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75558 Paris cedex 11
Fax : 01 49 23 76 48
Email : revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

► PRESSE MEDICALE (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
<http://www.elsevier-masson.fr/>

► PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

Rédaction : DSES / CNAMTS
50 avenue Professeur André Lemierre
75986 Paris Cedex 20
Diffusion : Société française de santé publique
BP 2040
83061 Toulon cedex
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/index.php>

► PRESCRIRE (LA REVUE)

Rédaction et diffusion : Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75558 Paris cedex 11
Fax : 01 49 23 76 48
Email : revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

► PROTECTION SOCIALE INFORMATIONS

Diffusion : Wolters Kluwer France
Service abonnement : Case postale 403
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92856 Rueil-Malmaison Cedex 1
Tél. : 0825 08 08 00
Fax : 01 76 73 48 36

► PUBLIC HEALTH REPORTS

Diffusion : Association of Schools of Public Health
1900 M Street NW, Suite 710
Washington, DC 20036
Etats-Unis
Email: support@publichealthreports.org
Tél. : 877-478-2468 or 202-296-1099
Fax: (202) 296-1252
<http://publichealthreports.org/>

Q

► QUE CHOISIR

Service Abonnement
TSA 50 293
92898 Nanterre cédex 9

► QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

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 : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr/EspacePresse/index.htm>

► QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Rédaction : IREPS (Institut de Recherche en Santé Publique)
Diffusion : EDK
2, rue Troyon
92316 Sèvres cédex
Tél. : 01 55 64 13 93
Email : edk@edk.fr
<http://www.iresp.net/index.php>
=>communication (texte intégral)

R

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

Rédaction et diffusion : Fonds CMU
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris
Tél. : 01 58 10 11 90

Fax : 01 58 10 11 99
email : accueil@fonds-cmu.gouv.fr
<http://www.cmu.fr>

► RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Diffusion : Editions de santé
49 rue Galilée
75116 Paris
Tél. : 01 40 70 16 15
laetitia.dupas@editionsdesante.fr

► RETRAITE & SOCIETE

Rédaction: CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)
Diffusion : la Documentation française
Tél. : 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
Email : commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.cnav.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

► REVUE D'ECONOMIE FINANCIERE

Rédaction et diffusion : Association d'économie financière
26 rue de Lille
75356 Paris 07 SP
01 58 50 95 10
Fax : 01 58 50 05 17
Email : pfe@club-internet.fr
<http://www.aef.asso.fr>
<http://www.aef.asso.fr/allparution.jsp?prm=9> (en ligne)

► REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE

Rédaction et diffusion : Editions Dalloz
31-35, rue Froidevaux
75685 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 64 54 54

► REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
Tél. : 01 71 16 55 99

► REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Tél. : 01 40 56 82 31
Email : francoise.leclerc@sante.gouv.fr
Diffusé par : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Auverville cedex
Tél. : 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc_archive.htm
(résumés et sommaires depuis le n° 3 de 1998)

► REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

Rédaction : Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE)
69, Quai d'Orsay
75340 Paris cedex 07
Tél. : 01 44 18 54 00
Fax : 01 45 56 06 15
Diffusion : Presses de Sciences Po
Service Abonnement :
117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 83 64
Fax : 01 45 49 83 34
Email : info.presses@sciences-po.fr

► REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

Rédaction et diffusion : FHF (Fédération Hospitalière de France)
1bis rue Cabanis - CS41402
75993 Paris cedex 14
Tél. : 01 44 06 84 35
email : fhf@fhf.fr
<http://www.fhf.fr>
Email : fhf@fhf.fr
<http://editions.fhf.fr/>

► REVUE SOCIOLOGIE SANTE

8, rue du Général Bordas
33400 Talence
Tél. : 06 85 53 17 19
<http://revuesociologiesante.free.fr/>

S

► SANTE 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

<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/>
(sommaires et texte intégral de 1998 à 2001,
sommaires depuis 2002)

▶ SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE

Rédaction et diffusion : OFQSS (Observatoire
Franco-Québécois de la Santé et de la
Solidarité)

Diffusion : IRDES (Institut de Recherche et
Documentation en Economie de la Santé)

10, rue Vauvenargues

75018 Paris

Tél. : 01 53 93 43 39

Fax : 01 53 93 43 50

Email : ofqss@irdes.fr

<http://www.irdes.fr/Ofqss/Ofqss.html>

ou

MSSS (Ministère de la Santé et des Services
Sociaux)

1075, chemin Ste Foy - 11e ét.

G1S 2M1 Québec (Québec)

Canada

Tél. : 00 1 418 266 7043

Fax : 00 1 418 646 8186

Email : ofqss@msss.gouv.qc.ca

▶ SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS (Association pour le
Développement des Sciences Sociales de la
Santé)

Diffusé par : John Libbey Eurotext

127, av. de la République

92120 Montrouge

Tél. : 01 46 73 06 60

Fax : 01 40 84 09 99

Email : marketing@jle.com

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm>(résumés en ligne depuis 1997)

▶ SERIE ETUDES ET RECHERCHES-
DOCUMENTS DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la
santé

DREES

11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon

75696 Paris cedex 14

Tél. : 01 40 56 66 00

Fax : 01 40 56 81 30

<http://www.sante-sports.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche.html>

▶ SERIE STATISTIQUES - DOCUMENTS DE
TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la
santé

DREES

11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon

75696 Paris cedex 14

Tél. : 01 40 56 66 00

Fax : 01 40 56 81 30

<http://www.sante-sports.gouv.fr/serie-statistiques,3720.html>

▶ SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé

49, rue Galilée

75116 Paris

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

▶ 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

http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description

▶ STATISTICS IN FOCUS : POPULATION
AND SOCIAL CONDITIONS

Rédaction : EUROSTAT

OSCE (Office Statistique 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.int

Diffusion en France : Insee Info Service

Eurostat Data Shop

Tél. : 01 53 17 88 44

Fax : 01 53 17 88 22

Email : datashop@insee.fr

http://publications.europa.eu/index_fr.htm

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=0,1136184,0_45572592&_dad=portal&_schema=PORTAL

T

▶ TABLEAU DE BORD MENSUEL DES INDICATEURS TABAC

Rédaction et diffusion : OFDT
3 avenue du Stade de France
93218 Saint Denis La Plaine Cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
<http://www.ofdt.fr>

▶ TRESOR-ECO

Rédaction et diffusion : Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
Direction générale du Trésor et de la Politique économique
139, rue de Bercy
75575 Paris Cédex 12
Tél. : 01 44 87 18 51)
Email : tresor-eco@dgtpe.fr
http://www.tresor.bercy.gouv.fr/TRESOR_ECO/tresoreco.htm

Z

▶ 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

■ 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

Directeur de la publication	Yann Bourgueil
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Promotion-diffusion	Sandrine Béquignon - Anne Evans
Mise en page	Mahatouf Charifou - F.-S. Clérembault
