



Quoi de neuf, Doc ?

Mai-juin-juillet / May-June-July 2012, n° 3

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

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

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, doc ?
Mai-juin-juillet 2012, n° 3

Table of contents (in English).....5

Présentation ----- 2

Comment lire une notice7

Index des auteurs.....73

Carnet d'adresses des éditeurs.....81

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 11

Histoire11
Psychiatrie11
Réseaux de santé.....12
Santé mentale12

► PROTECTION SOCIALE 13

Assurance maladie13
Financement.....14
Régime social des indépendants14
Retraite.....14

► PREVENTION 16

Education thérapeutique.....16
Enfants et adolescents.....16

► ECONOMIE DE LA SANTE 18

Dépenses de santé.....18

► ETAT DE SANTE 20

Accidents vasculaires cérébraux.....20
Dépression.....21
Handicap21
Maladies circulatoires.....21
Suicide.....22
Travail et santé.....23

► PERSONNES AGEES 25

Assurance dépendance 25
Emploi des seniors 25
Migrants..... 26
Pauvreté 26
Soins de longue durée 26
Soutien informel 27

► INEGALITES DE SANTE 28

Accès aux soins 28
Effets contextuels..... 28
Immigrés..... 29
Pauvreté 30

► GEOGRAPHIE DE LA SANTE 32

Collectivités territoriales 32
Disparités régionales 32
Hôpital psychiatrique 33
Planification sanitaire 33
Territoires de santé..... 33

► SOINS DE SANTE PRIMAIRES 35

Centres de santé..... 35
Densité médicale..... 35
Exercice médical 37
Formation médicale continue 38
Maisons de santé..... 38
Médecine de groupe..... 38
Prescription 39

Relation médecin-malade.....	40		
Rémunération.....	41		
Réseaux.....	44		
▮ HOPITAL.....	45		
Coopération sanitaire.....	45		
Court séjour.....	45		
Financement.....	46		
Performance.....	47		
Planification.....	47		
Soins de suite et de réadaptation.....	48		
Tarification hospitalière.....	48		
▮ PROFESSIONS DE SANTE.....	50		
Biologie médicale.....	50		
Coopération interprofessionnelle.....	50		
▮ MEDICAMENTS.....	52		
Innovation médicale.....	52		
Médicaments antipsychotiques.....	52		
Médicaments génériques.....	53		
Pharmacovigilance.....	53		
Politique du médicament.....	54		
Remboursement.....	54		
▮ TECHNOLOGIES MEDICALES.....	55		
Dossier médical personnel.....	55		
		▮ SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS.....	56
		Australie.....	56
		Danemark.....	56
		Etats-Unis.....	57
		Pays-Bas.....	58
		Pays industrialisés.....	59
		▮ PREVISION - EVALUATION.....	60
		Analyse coût-efficacité.....	60
		Bibliométrie.....	60
		Politique publique.....	61
		▮ METHODOLOGIE-STATISTIQUE.....	62
		Enquêtes.....	62
		Indicateurs de santé.....	63
		Statistique publique.....	63
		▮ DEMOGRAPHIE-MODES DE VIE.....	64
		Logement.....	64
		Pauvreté.....	64
		▮ ECONOMIE GENERALE.....	66
		Travail.....	66
		▮ DOCUMENTATION.....	67
		Pubmed.....	67
		▮ REGLEMENTATION.....	68
		Dons d'organes.....	68
		Droit de la Sécurité sociale.....	68
		Pharmacovigilance.....	69

Prochain numéro : fin octobre 2012

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?
May-June-July 2012, n°3

Presentation	2
Reading a notice	7
Author index	73
Publishers address book.....	81

Bibliographical references

HEALTH POLICY.....	11	ELDERLY	25
History	11	Dependency allowances	25
Psychiatry	11	Labor market for older workers.....	25
First contact networks.....	12	Migrants.....	26
Mental health.....	12	Poverty.....	26
SOCIAL PROTECTION	13	Long-term care	27
Health insurance.....	13	Informal care.....	27
Financing	14	HEALTH INEQUALITIES.....	28
National fund for self-employed workers.....	14	Health care accessibility	28
Retirement.....	14	Neighbourhood effects	28
PREVENTION	16	Immigrants	29
Disease management.....	16	Poverty.....	30
Children and young adults	16	GEOGRAPHY OF HEALTH.....	32
HEALTH ECONOMICS.....	18	Local authorities	32
Health expenditures	18	Regional disparities	32
HEALTH STATUS.....	20	Psychiatric hospital	33
Stroke	20	Health planning	33
Depressive disorders	21	Health area.....	33
Disability.....	21	PRIMARY HEALTH CARE	35
Circulatory diseases.....	21	Community health centers.....	35
Suicide.....	22	Medical density.....	35
Occupational health	23	Medical practice	37
		Continuing medical education.....	38
		Pluridisciplinary primary care group practices	38
		Group practice.....	38
		Prescription	39

Physician-patient relationships	40		
Payment	41		
Networks	44		
▶ HOSPITAL.....	45	▶ PREVISION - EVALUATION	60
Health cooperation	45	Cost-benefit analysis	60
Short stay	45	Bibliometrics.....	60
Financing	46	Public policy	61
Performance.....	47	▶ METHODOLOGY-STATISTICS.....	62
Planning	47	Surveys.....	62
Follow-up and rehabilitation care	48	Health indicators	63
Hospital payment system	48	Public statistic.....	63
▶ HEALTH PROFESSIONS	50	▶ DEMOGRAPHY-LIVING CONDITIONS	64
Medical biology	50	
Interprofessional cooperation	50	Housing.....	64
▶ PHARMACEUTICALS	52	Poverty.....	64
Medical innovation.....	52	▶ ECONOMY	66
Antipsychotic drugs	52	Labor.....	66
Generic drugs.....	53	▶ DOCUMENTATION.....	67
Drug safety	53	Pubmed	67
Drug policy.....	54	▶ LAW.....	68
Reimbursement.....	54	Organ donations.....	68
▶ MEDICAL TECHNOLOGIES	55	Social security law	68
Electronic record.....	55	Drug safety.....	69
▶ FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS .	56		
Australia	56		
Denmark.....	56		
United States.....	57		
The Netherlands	58		
Developed countries	59		

Next issue: End of October 2012

Reading a notice

Comment lire une notice ?

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

Meaning of abbreviations

Signification des abréviations

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

Références bibliographiques

Bibliographic notices

Politique de santé/Health policy

Histoire

History

49305

FASCICULE

JORLAND (G.), BARLES (S.), MARZANO (M.), et al.

Santé et histoire.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 33 : Pages : 25-89

Cote Irdes : P168

Au moment où le système de santé est confronté à de nombreux bouleversements liés aux transformations épidémiologiques, scientifiques, sociales et économiques du XXI^e siècle, ce dossier est consacré à " Santé et Histoire ". Des contributions permettent de s'interroger sur l'histoire de l'institution hospitalière, la médecine sociale dans les années 1930 ou la transformation des villes par la santé du XVIII^e au XX^e siècle. D'autres s'intéressent à l'histoire de grandes pathologies : l'influence de la variole sur la guerre de 1870, le développement d'une épidémie iatrogène en Afrique centrale et l'histoire du sida à travers les écrits des malades. Enfin, un article est consacré à la place de la santé publique dans l'oeuvre de Michel Foucault (4^eme de couverture).

Psychiatrie

Psychiatry

49861

FASCICULE

FALISSARD (B.), HALLEY DES FONTAINES (V.), MENARD (C.), et al.

Psychiatrie et santé mentale : dynamique et renouveau.

SANTE PUBLIQUE

2011/11-12 ; n° 6 : Pages : 199p.

Cote Irdes : C, P143

En ouverture, ce numéro spécial expose la complexité des classifications en santé mentale et les controverses qu'elles ont soulevées. La santé publique, quand elle s'intéresse à la santé mentale, soulève des questions qui sont souvent refoulées dans le domaine de la santé somatique. Ce n'est pas tant les mutations du paradigme de la santé mentale, mais les différentes approches institutionnelles et médicales, les pratiques sociales, éducatives, et citoyennes contradictoires, les compétences actives des patients qui continuent d'interroger, voire de bousculer la progression scientifique d'aujourd'hui. Il y a donc là encore matière à débat, à réflexion méthodologique ou politique.

49460

FASCICULE

HARDY-BAYLE (M.C.), REBOUL (G.), MILLERET (G.), et al.

Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?

PLURIELS

2011/11 ; n° 92-93 : Pages : 15p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-548.pdf>

L'objectif de ce numéro est de faire un état des lieux sur la coopération entre médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie. Le premier article est une synthèse du rapport du Pr Hardy-Baylé (CH André Mignot à Versailles) comportant un panorama national et international ainsi que des recommandations de bonnes pratiques. Figurent également une enquête d'un médecin généraliste à Marseille, sur les relations entre médecine générale et psychiatrie au sein du dixième arrondissement de Marseille, ainsi qu'un article sur santé mentale et médecine générale en Côte d'Or. Suivent des témoignages illustrant des pratiques de terrain.

49400
ARTICLE

DEMBINSKI (O.), BELART (T.)

**Les outils de gestion en psychiatrie :
la mise en oeuvre du RIM-P.**

Les politiques de psychiatrie et santé mentale en
Europe. Incertitudes et perspectives.
SOCIOLOGIE SANTE
2011 ; n° 34 : Pages : 89-116
Cote Irdes : c, A4304

Cet article examine le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé à travers la création d'agences sanitaires et la mise en oeuvre d'un système d'information en psychiatrie (le RIM-P). En reconstituant la genèse d'une expertise médico-économique en santé, il montre comment la psychiatrie est peu à peu investie par cette nouvelle régulation ainsi que les conditions de sa mise en oeuvre. Il montre comment une hybridation entre connaissance médicale et gestionnaire constitue un préalable indispensable à la mise en oeuvre du RIM-MP. Puis, à partir d'une observation participante réalisée dans trois établissements publics de santé mentale, il rend compte des usages de ce système d'information standardisé. Il révèle des situations très diversifiées selon les établissements et liées notamment à leur capacité à mettre en place une technostrucure dont la légitimité repose sur la maîtrise de dispositifs de gestion complexes dédiés à la coordination et au contrôle.

Réseaux de santé
First contact networks

50523
ARTICLE

CHAUX (C.), FREMY (M.), JANIN (G.)

**Le réseau de santé du Val-de-Saône,
une activité polyvalente.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2012 ; vol. 8 : n° 4 : Pages : 182-185
Cote Irdes : P198

La multiplication des spécialités et des technologies, celle des intervenants qui en est résultée, aboutissent souvent à de véritables méconnaissances et cloisonnements entre l'hôpital et la ville, entre généralistes et spécialistes, entre médecins et autres professionnels de santé. Cela se fait au détriment du patient, du suivi et de la coordination des diverses interventions, de plus en plus centrées sur la seule maladie, et même sur un moment de cette maladie, en oubliant la nécessaire continuité de soins centrés sur le malade. Ce problème est particulièrement important pour les maladies chroniques, surtout quand apparaît une diversité de besoins, tant sur le plan des soins médicaux que celui des soins d'accompagnement ou de support. Ces constats ont conduit à la création des réseaux de soins. Mais à ce niveau de nouveaux cloisonnements sont survenus également, les réseaux concernant le plus souvent une maladie précise.

Santé mentale
Mental health

49863
ARTICLE

CHAN CHEE (C.), GOURIER-FRERY (C.),
GUIGNARD (R.), et al.

**État des lieux de la surveillance de la
santé mentale en France.**

SANTE PUBLIQUE
2011/11-12 ; n° 6 : Pages : 15-29
Cote Irdes : C, P143

L'objectif de la surveillance est d'aider à la planification, à l'information et à la prévention. Elle est basée sur la collecte répétée de données au travers d'enquêtes épidémiologiques et sur le suivi de données issues des bases médico-administratives. Cet article présente un état des lieux de la surveillance de la santé mentale en France, examine la pertinence et les limites des données recueillies.

Protection sociale/Social protection

Assurance maladie Health insurance

50518
ARTICLE

HASSENTEUFEL (P.)

Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne.

REVUE DE L'IRES (LA)
2011/3 ; Pages : 3-32
Cote Irdes : P178

Dans les débats publics, tout comme dans ceux plus confinés au sein de forums institutionnels, la comparaison entre la France et l'Allemagne dans le domaine de la santé est le plus souvent menée d'un point de vue économique et financier à partir de l'évolution des dépenses. Si le niveau de celles-ci dans les deux pays est aujourd'hui proche (en 2009, 11,8 % du PIB en France, 11,6 % en Allemagne, leur évolution présente des différences plus marquées puisque entre 1997 et 2007, le taux de croissance annuel des dépenses de santé en termes réels était de 2,5 % en France contre 1,7 % en Allemagne. Ces différences se reflètent plus fortement encore au niveau de la situation financière de l'assurance maladie qui est excédentaire en Allemagne depuis 2004, ce qui contraste avec le déficit structurel du système français. Toutefois, une forme de convergence est à l'oeuvre, au-delà des proclamations politiques, tant dans les instruments de maîtrise que dans l'effectivité de leur usage, comme le montre le respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en France depuis 2010. Pour éclairer les débats actuels sur la convergence franco-allemande, il apparaît toutefois nécessaire de ne pas se limiter à la dimension économique et financière en s'intéressant aussi aux dimensions

institutionnelles et politiques de l'organisation de ces deux systèmes d'assurance maladie.

49955
ARTICLE
TURQUET (P.)

Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution?

Les réformes du financement du système d'assurance maladie aux Pays-Bas, en Allemagne et en France : y-a-t-il des répercussions sur les niveaux de couverture et de redistribution ?

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY REVIEW
2012/01-03 ; vol. 65 : n° 1 : Pages : 29-51
Cote Irdes : en ligne
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-246X.2011.01418.x/pdf>

For a number of years, the Dutch, German and French health insurance systems have been attempting to contain costs and diversify their sources of finance, which traditionally have come mainly from social contributions. Diversification may involve broader-based public finance, as well as greater recourse to private resources and operators. In the case of the Netherlands and Germany, the reforms go hand in hand with efforts to introduce competition between health insurance bodies. In France, private complementary insurance has become indispensable for adequate access to health care. However, these measures have repercussions for redistribution, which social assistance programmes have difficulty in addressing.

Financement Financing

50459

FASCICULE, INTERNET

MOSSUTI (G.), ASERO (G.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

In 2009 a 6.5 % rise in per capita social protection expenditure matched a 6.1 % drop in EU-27 GDP.

En 2009, les dépenses de protection sociale par habitant ont augmenté de 6,5 % alors que le PIB de l'UE27 a reculé de 6,1 %.

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND SOCIAL CONDITIONS

2012/03 ; n° 14/2012 ; Pages : 11p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPU/B/KS-SF-12-014/EN/KS-SF-12-014-EN.PDF

Sur la base de données administratives, le présent document actualise l'analyse des dépenses de protection sociale de l'Union européenne en tenant compte des chiffres de 2009. Le rapport présente plusieurs indicateurs pour la mesure du coût de la protection sociale dans l'UE27 et dans la ZE17. Il comprend également une analyse longitudinale du rythme des changements en matière de dépenses de protection sociale, qui met en évidence les effets de la crise économique sur lesdites dépenses.

Régime social des indépendants National fund for self-employed workers

49937

FASCICULE

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

Données 2010.

L'ESSENTIEL DU RSI EN CHIFFRES (RSI)

2011 ; Pages : 253p., tabl., fig.

Cote Irdes : S2/2

http://www.rsi.fr/fileadmin/mediatheque/A_propos_du_RSI/Etudes_statistiques/PDF/20120103_essentielle_rsi_en_chiffres.pdf

La cinquième édition du recueil annuel d'analyses démographiques et financières du Régime social des indépendants propose une analyse des principales caractéristiques des assurés du régime (démographie, revenus, cotisations, prestations). Cette publication replace également ces chiffres annuels dans l'actualité immédiate du régime, celle de la première partie de l'année 2011. La récente accélération des cotisations mais aussi l'impact de la crise financière sur les réserves des régimes complémentaires sont ainsi abordés. À plus long terme, des réformes déterminantes pour l'avenir du RSI, le dispositif de l'auto-entreprise, la réforme des retraites de base et la fusion des régimes complémentaires sont analysés dans leurs conséquences immédiates ou plus éloignées.

Retraite Retirement

49915

ARTICLE

Retraite anticipée pour pénibilité : un accès restreint.

REVUE PRESCRIRE

2012/03 ; n° 341 ; Pages : 222-224

Cote Irdes : P80

En France, plusieurs études ont montré que les inégalités socioprofessionnelles réduisent pour certains les chances de connaître des années de bonne santé après de départ à la retraite, d'atteindre l'âge légal de la retraite en étant en bonne santé, voire même d'atteindre l'âge de la retraite en étant en emploi. La loi de réforme des retraites de 2010 comprend un volet de compensation de la pénibilité liée à une exposition professionnelle à certains travaux. Cet article fait le point sur le dispositif des incapacités permanentes, qui permettent de partir à la retraite à taux plein à 60 ans.

49820

FASCICULE

STERDYNYIAK (H.), VEIL (M.), LANQUETIN (M.T.), MARC (C.), PUCCI (M.), BELAND (D.), PALIER (B.), BAC (C.), DI PORTO (A.), CHASLOT-ROBINET (S.), KESTEMAN (N.), VANLIERDE (S.), DESMARTIN (C.)
BRIDENNE (I.) / coord., CHAUFFAUT (D.) / coord.

Cohérence entre politique familiale et système de retraite.

RETRAITE ET SOCIÉTÉ

2011/08 ; n° 61 ; Pages : 282p., fig., tabl.

Cote Irdes : C, P63

La protection sociale se divise en différents "risques" : santé, vieillesse, famille et chômage. La revue s'intéresse ici à l'articulation entre le risque famille et le risque vieillesse ou, autrement dit, entre la politique familiale et le système de retraite. Ces deux pans de la protection sociale sont liés à différents titres. Leur articulation peut contribuer à la pérennité du système de retraite par répartition et influencer le déroulement des trajectoires de vie, de même que le niveau de retraite disponible des individus (4e de couverture).

Prévention/Prévention

Education thérapeutique Disease management

50382
ARTICLE

FOURNIER (C.), ATTALI (C.)

Education thérapeutique du patient en médecine générale.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2012 ; vol. 8 : n° 3 : Pages : 123-128
Cote Irdes : P198

Ce texte résume les éléments présentés dans une keynote au 5e Congrès de médecine générale de Nice, le 25 juin 2011, en introduction de la session « Réaliser l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale » co-organisée par Éric Drahi et Yves le Noc (SFDRMG) et Isabelle Cibois-Honorat (MG-Form). Il s'agissait dans un premier temps de décrire à partir de données quantitatives et qualitatives récentes les pratiques et souhaits des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique patient (ETP), ainsi que les attentes des patients. Le second objectif était de présenter les recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour développer une ETP intégrée aux soins de premier recours, afin d'ouvrir la discussion sur la compatibilité de ces recommandations avec les fonctions de la médecine générale et avec les tâches que les médecins généralistes doivent effectuer pour remplir le rôle que la société attend d'eux.

49938
ARTICLE

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

Education thérapeutique du patient.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2012 ; vol. 8 : n° 1 : Pages : 24-30
Cote Irdes : P198

Que vient faire « l'éducation » dans le champ de la santé ? Selon les propositions de ses promoteurs (depuis largement plus d'une décennie...), « éduquer », c'est rendre le patient plus autonome à propos de sa maladie, plus acteur qu'observateur, plus « participant » aux décisions qui le concernent directement. Avec deux limites a priori : qu'il le souhaite et que son état de santé le lui permette... Construire avec lui une démarche originale et nouvelle suppose lui reconnaître une expertise propre, et par conséquent d'admettre qu'il est « aussi » au moins dans certains cas formateur de ses professionnels, bien loin d'une simple recherche d'amélioration de l'observance. Les enjeux sont nombreux et compliqués, d'où ce deuxième dossier consacré à ce sujet, après une première approche en 2009. S'il faut se donner, comme nous le disions alors, les moyens d'un réel transfert de compétences des soignants vers les patients, peut-être faut-il aujourd'hui aller plus loin et essayer de faire de ce transfert un échange à double courant.

Enfants et adolescents Children and young adults

50021
ARTICLE

DA CRUZ (N.)

Enfants et adolescents, les oubliés des plans de santé publique : dossier.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE
L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2012/03-04 ; vol. : n° 22 : Pages : 22-27
Cote Irdes : P69

La prise en charge des enfants et des adolescents reste aujourd'hui principalement orientée vers les périodes dites de vulnérabilité : grossesse, naissance et petite enfance. Entre six et seize ans, il n'y a pas de visite médicale obligatoire. Or plusieurs

indicateurs pointent un mal-être croissant des enfants et des adolescents. Pourquoi ce constat ? Comment agir ?

Economie de la santé/Health economics

Dépenses de santé Health expenditures

50248
ARTICLE

CANTARERO PRIETO (D.), LAGO-PENAS (S.)

Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain.

Décomposer les déterminants des dépenses de santé : le cas de l'Espagne.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2012/04 ; vol. 13 : n° 1 : Pages : 19-27, 5 tabl.
Cote Irdes : P151

The aim of this paper is to analyze the determinants of regional health-care expenditure in Spain. The coexistence of several models concerning the degree of spending power decentralization and financing systems makes Spain a singular case. It also allows us to draw conclusions relevant to other countries in decentralizing their health-care systems, and to understand cross-country differences with estimated parameters. Using data from the Spanish regions for the period 1992-2005, we show that the estimated health public expenditure income elasticity does change depending on the omission of relevant variables, econometric specifications and techniques, and institutional arrangements. Moreover, while demographic structure is a very relevant factor when explaining health-care expenditure dynamics, multicollinearity biases econometric parameter estimates.

50244
ARTICLE

REICH (O.), WEINS (C.), SCHUSTERSCHITZ (C.), THONI (M.)

Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence.

Explorer les disparités régionales des dépenses de santé en Suisse : quelques évidences empiriques.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2012/04 ; vol. 13 : n° 2 : Pages : 193-202, 3 tabl., 2 fig.
Cote Irdes : P151

This study investigates the determinants of regional variations in health care expenditures (HCE) in Switzerland, since there are significant differences between cantons per capita HCE. The empirical analysis contributes to the discussion on the outcome of federalism in the Swiss health care system by improving the understanding of the determinants of the differences in HCE. Our econometric estimations indicate that HCE are significantly related to the density of specialist physicians, density of dispensing doctors, per capita income, proportion of managed care, medical and technological progress and socio-economic factors. Due to the presumptive importance of the organisation of ambulatory care, we suggest policy makers should particularly concentrate on promoting the supply of managed care models in Switzerland. Supporting the development of managed care may help to countervail some of the influences which tend to lead to higher cantonal health expenditures.

49771

ARTICLE

PRIEUR (C.)

Les dépenses de santé : Qui va payer ?

CONCOURS MEDICAL

2011/12 ; vol. 133 : n° 10 : Pages : 836-837

Cote Irdes : C, P19

Les dépenses de santé, en partie financées par l'Assurance Maladie et par les assurances complémentaires santé, augmentent plus vite que le PIB de la France. Pour continuer à financer ces dépenses, il est nécessaire de les réguler et de trouver de nouvelles ressources. Ce sont ces deux aspects que l'auteur traite dans cet article.

Etat de santé/Health status

Accidents vasculaires cérébraux Stroke

50532
ARTICLE

DE PERETTI (C.), WOIMANT (F.),
SCHNITZLER (A.), GIROUD (M.), BEJOT (Y.),
TUPPIN (P.), CHIN (F.)

Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France. Tendances 2002-2008.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMA-
DAIRE
2012/03/06 ; n°10-11 : Pages : 125-130
Cote Irdes : P140
[http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-
Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-
numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-10-11-
2012](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-10-11-2012)

Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral (AVC) entre 2002 et 2008. Les données ont été extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour. Les événements ont été sélectionnés à partir du diagnostic principal et seuls les premiers séjours annuels de chaque patient ont été conservés. Les taux ont été standardisés (population française de 1999), et les tendances analysées par régression de Poisson. Il y a eu une légère diminution des taux de personnes hospitalisées pour AVC entre 2002 et 2008 (-2,6 %). Cette tendance globale recouvre toutefois des évolutions différenciées selon l'âge : après 65 ans, les taux standardisés ont diminué de 674,6 à 630,3 pour 100 000 habitants (-6,6 %), mais ils ont augmenté avant 65 ans de 37,1 à 41,1 pour 100 000 (+10,8 %). Sur la période considérée, il y a eu augmentation des taux de personnes hospitalisées pour AVC dans la population de moins de 65 ans et réduction des taux pour les plus âgés (Résumé d'auteurs).

49740
ARTICLE

DE PERETTI (C.), GRIMAUD (O.), TUPPIN
(P.), CHIN (F.), WOIMANT (F.)

Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap - santé – ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE
2012/01/10 ; n° 1 : Pages : 1-6
Cote Irdes : C, P140
[http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-
Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-
numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-1-2012](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-1-2012)

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de leurs séquelles dans la population française résidant en ménage ordinaire ou en institution, et de décrire les limitations de déplacement et les difficultés pour les activités de la vie quotidienne (ADL) des personnes avec séquelles d'AVC. L'étude se base sur l'enquête « Handicap santé », système d'enquêtes déclaratives par entretien en face à face comprenant un volet « ménages » (HSM, réalisée en 2008) et un volet « institution » (HSI, en 2009) ; 29 931 personnes ont été interrogées pour HSM et 9 104 pour HSI. Les résultats – HSM et HSI - ont permis d'estimer la prévalence des antécédents d'AVC à 1,2 % et celle des séquelles à 0,8 %. Les séquelles les plus fréquentes étaient des troubles de l'équilibre et de la mémoire. Parmi les personnes avec séquelles, 51 % ont déclaré avoir beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir marcher 500 mètres, et 45,3 % des difficultés pour au moins une ADL. Les personnes avec séquelles d'AVC étaient 11,1 % à résider en institution, dont 86,8 % avec des difficultés pour au moins une ADL. La prévalence des séquelles d'AVC dans la population française a

été estimée à 0,8 %. L'impact sur les ADL est fréquent : il concerne près de la moitié des personnes avec séquelles, cette proportion s'élevant à 9 sur 10 pour celles qui étaient en institution.

Dépression

Depressive disorders

49933
ARTICLE

BOUSSAGEON (R.), GILBERT (D.)

Traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale : les antidépresseurs sont-ils efficaces ? Une revue de la littérature.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2012 ; vol. 8 : n° 1 : Pages : 20-23
Cote Irdes : P198

L'Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments a constaté que les antidépresseurs étaient trop prescrits, souvent hors indication, hors recommandations. Or, le médecin généraliste est à l'origine d'environ 80 % des prescriptions, que ce soit en initiation ou en renouvellement. Pourtant, l'efficacité de ces médicaments a été récemment remise en cause. En 2005, il a été mis en évidence en pédiatrie un risque de comportement suicidaire et/ou hostile associé à l'utilisation des antidépresseurs ISRS (Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et apparentés, ce qui a conduit les autorités de santé à ne plus recommander ces traitements avant 18 ans. En 2008, deux méta-analyses de qualité ont évalué l'efficacité des antidépresseurs en incluant les données non publiées dans la littérature. Elles ont montré des résultats bien inférieurs à ceux trouvés habituellement. C'est dans ce contexte que nous avons tenté de répondre à la question de l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale.

Handicap

Disability

49907
ARTICLE

VANDENBROUCKE (P.), BOGAERTS (K.), DE GRAEVE (D.) et al.

Pièges financiers à l'inactivité chez les personnes atteintes d'un handicap à l'emploi.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE
2011/01-03 ; vol. 53 : n° 1 : Pages : 47-77, 5 fig., 8 tabl.
Cote Irdes : P196

Le faible taux de participation des personnes atteintes d'un handicap à l'emploi sur le marché du travail flamand est dû à différentes causes. Le présent article se focalise sur une possible explication : le faible avantage de revenu (voire la perte) que réalise une personne atteinte d'un handicap à l'emploi en se (re)mettant à travailler.

Maladies circulatoires

Circulatory diseases

49409
FASCICULE, INTERNET

BUCHOW (H.), CAYOTTE (E.), AGAFITEI (L.)
Eurostat. Luxembourg. LUX

Les maladies circulatoires sont les causes principales de mortalité pour les personnes âgées de 65 ans et plus en Europe en 2009.

Circulatory diseases - Main causes of death for persons aged 65 and more in Europe, 2009.

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND SOCIAL CONDITIONS
2012 ; n° 7/2012 : Pages : 12p., tabl., fig., cartes
Cote Irdes : En ligne
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-007/EN/KS-SF-12-007-EN.PDF

For people of 65 years and older (65+), the main causes of death are circulatory diseases, such as ischaemic heart diseases and cerebrovascular diseases, followed by cancers. For those of less than 65 years there is a difference by gender: for men circulatory diseases prevail, while women die almost twice as often from cancers than from circulatory diseases. National and regional distributions of causes of death in people of 65+ indicate the following: - Circulatory diseases – eastern European countries have the highest death rates - Respiratory diseases – there is a heterogeneous distribution for this complex group of causes of death - Lung cancer – this disease has the highest gender difference among the main causes of death, as it accounts for four times as many deaths in men as in women - Colorectal cancer – there are no striking regional or gender differences - Breast and prostate cancer – death rates show a considerable decrease over time.

Suicide Suicide

49582
ARTICLE

CHAN CHEE (C.), JEZEWSKI SERRA (D.)

Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO.

Numéro thématique. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/12/19 ; n° 47-48 : Pages : 492-496

Cote Irdes : C, P140

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-47-48-2011>

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été utilisé pour l'analyse des hospitalisations pour tentatives

de suicide (TS). En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS ont été comptabilisés en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 patients par an. Au cours des quatre années étudiées, 84,1 % des patients ont été hospitalisés une seule fois et 15,9 % des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour TS. **Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65 % de l'ensemble des séjours pour TS. L'absorption de médicaments était le mode opératoire des TS de loin le plus fréquent, concernant 79 % des TS hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Le taux de séjours pour TS était de 16, pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire, avaient des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes. Le taux de réhospitalisation pour TS progressait de 14,0 % à 12 mois jusqu'à 23,5 % à 48 mois sans différence selon le sexe ; il était plus élevé parmi les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique. Cette étude montre l'ampleur du phénomène suicidaire en France, souligne la nécessité de compléter la surveillance des TS et de mettre en place des actions de prévention et de prise en charge de certains groupes de population particulièrement vulnérables.**

49581

ARTICLE

BECK (F.), SAIAS (T.), DU ROSCOAT (E.),
GUIGNARD (R.)

***Tentatives de suicide et pensées
suicidaires en France en 2010.***

Numéro thématique. Suicide et tentatives de suicide
: état des lieux en France.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/12/19 ; vol. : n° 47-48 : Pages : 488-492
Cote Irdes : C, P140

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-47-48-2011>

En 2010, sur une période rétrospective de 12 mois, 3,9 % des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 0,5 % avoir fait une tentative de suicide (TS). Si le taux de TS déclarées au cours de la vie semble stable depuis 2000 (environ 6 %), le taux de TS au cours des 12 derniers mois est supérieur à celui observé en 2005. Globalement, la fréquence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois diminue avec l'âge, tandis que la survenue d'idées suicidaires est maximale entre 45 et 54 ans. Le genre est une variable importante : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et à avoir effectué une TS au cours de l'année. Le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des pensées suicidaires et des TS est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles mais aussi non sexuelles). Les autres facteurs associés aux pensées suicidaires et/ou aux TS sont le fait de vivre seul, la situation de chômage, un faible niveau de revenu, et la consommation de tabac. Quelques facteurs de risque sont spécifiques au sexe ; c'est le cas d'une consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes (Résumé d'auteurs).

Travail et santé

Occupational health

50030

FASCICULE, INTERNET

ARNAUDO (B.), LEONARD (M.), SANDRET (N.), et al.

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

***L'évolution des risques
professionnels dans le secteur privé
entre 1994 et 2010. Premiers résultats
de l'enquête SUMER.***

DARES Analyses

2012/03 ; n° 023 : Pages : 10p., tabl., encadré

Cote Irdes : En ligne

<http://www.travail-emplois.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023.pdf>

De 1994 à 2003, dans le secteur privé, l'intensité du travail a augmenté tout comme les marges de manoeuvre, tandis que les expositions aux contraintes physiques dans le travail ont reculé. Entre 2003 et 2010 en revanche, les rythmes de travail et les contraintes physiques se stabilisent alors que l'autonomie des salariés les plus qualifiés recule. Sur cette dernière période, les salariés se plaignent moins souvent de manquer de moyens pour faire correctement leur travail, mais ils signalent plus fréquemment subir des comportements hostiles ou ressentis comme tels dans le **cadre du travail**. L'exposition aux produits chimiques diminue globalement entre 2003 et 2010. Les salariés sont plus souvent exposés à des agents biologiques dans un contexte marqué notamment par la pandémie grippale en 2009

49980

ARTICLE, INTERNET

VIRTANEN (M.), STANSFELD (S.A.),
FUHRER (R.)

***Overtime Work as a Predictor of
Major Depressive Episode: A 5-Year
Follow-Up of the Whitehall II Study.***

*Les heures supplémentaires de travail
comme prédicteur d'épisode de dépression
majeure : un suivi de 5 ans de la cohorte
Whitehall II.*

PLOS ONE

2012 ; vol. 7 : n° 1 : Pages : 5p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0030719>

The association between overtime work and depression is still unclear. This study examined the association between overtime work and the onset of a major depressive episode (MDE). Methodology/Principal Findings : Prospective cohort study with a baseline examination of working hours, psychological morbidity (an indicator of baseline depression) and

depression risk factors in 1991–1993 and a follow-up of major depressive episode in 1997–1999 (mean follow-up 5.8 years) among British civil servants (the Whitehall II study; 1626 men, 497 women, mean age 47 years at baseline). Onset of 12-month MDE was assessed by the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) at follow-up. In prospective analysis of participants with no psychological morbidity at baseline, the odds ratio for a subsequent major depressive episode was 2.43 (95% confidence interval 1.11 to 5.30) times higher for those working 11+ hours a day compared to employees working 7–8 hours a day, when adjusted for socio-demographic factors at baseline. Further adjustment for chronic physical disease, smoking, alcohol use, job strain and work-related social support had little effect on this association (odds ratio 2.52; 95% confidence interval 1.12 to 5.65). Conclusions/Significance: Data from middle-aged civil servants suggest that working long hours of overtime may predispose to major depressive episodes.

Personnes âgées/Elderly

Assurance dépendance Dependency allowances

50662
ARTICLE

BIEN (F.), CHASSAGNON (A.), PLISSON (M.)

Est-il rationnel de ne pas s'assurer contre la dépendance ?

REVUE FRANCAISE D'ECONOMIE
2012/04 ; vol. 26 : n° 4 : Pages : 161-199
Cote Irdes : A4356

Emploi des seniors Labor market for older workers

50012
ARTICLE

BAILLY (P.), LHERNOULD (J.P.), BAUGARD (D.), JANIN (C.), PETIT (F.)

Actes du colloque : âge et travail. Paris, 2011/12/12

DROIT SOCIAL
2012/03 ; n° 3 : Pages : 223-257
Cote Irdes : P109

Cette série d'articles provient d'interventions effectuées à l'occasion d'une journée des juristes du travail qui s'est tenue le 12 décembre 2011 et qui était organisée conjointement par l'Ecole nationale de la magistrature, l'Association française de droit du travail et l'Institut national de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle. Elle aborde la thématique de l'emploi des seniors sous les deux angles opposés : discrimination due à l'âge ou bonification par l'âge.

49701
ARTICLE
FARVAQUE (N.)

Le bricolage du maintien dans l'emploi des seniors : régulation publique, dialogue social et boîte à outils.

REVUE DE L'IRES (LA)
2011/02 ; n° 69 : Pages : 139-172
Cote Irdes : c, P178

La régulation publique concernant l'emploi des seniors a considérablement évolué au cours des années 2000. Elle est marquée par un changement de cap notable : la fin de l'application du système de préretraites, mode de gestion quantitative des fins de carrière, au profit d'une incitation au maintien dans l'emploi des salariés âgés. L'approche se veut plus qualitative. Elle sollicite le dialogue social d'entreprise et incite à la mise en œuvre d'initiatives de gestion des ressources humaines. Le changement de cap est matérialisé par une forte production législative et conventionnelle. En 2005, un accord national interprofessionnel forme un cadre cohérent permettant d'appréhender la problématique du maintien en emploi des seniors et définit une première série de préceptes concernant la gestion des carrières. **L'accord est relayé par l'Etat dans le cadre d'un plan d'action concerté en 2006. Le bilan mitigé de ce plan conduira l'Etat à revoir l'approche (loi de financement de la sécurité sociale de 2008) essentiellement dans sa forme, avec l'obligation pour les entreprises de définir un plan d'action ou un accord. La substance de la loi, précisée par le décret d'application de 2009, reste imprégnée d'une logique de la « boîte à outils » à destination des services RH (Ressources humaines) des entreprises. Une analyse d'un échantillon d'accords permet d'apprécier la traduction de ce double encadrement du dialogue social : coercition d'un côté, fléchage du contenu de l'autre. Une dizaine d'études de cas réalisées dans des entreprises de différents secteurs montre les**

logiques à l'œuvre dans l'élaboration de l'accord. Le pur formalisme de certains accords sera justifié différemment par les partenaires sociaux. Dans d'autres cas, la volonté des représentants du personnel d'aboutir à un accord volontariste en matière d'amélioration des conditions de travail se heurte à des problèmes de coût, malgré le consensus trouvé avec la direction. Des contextes de restructuration d'entreprises définissent ailleurs la façon de poser le problème. Le matériau empirique donne à voir ce que l'on peut appeler un bricolage du dialogue social. Les négociations, quand il y en a eu, se sont passées dans l'urgence, dans un climat de crise économique et sans réel accompagnement. Les directions des ressources humaines se sont emparées de tel ou tel instrument contenu dans boîte à outils, mais qui ne permettent qu'à la marge d'interroger le contenu même du travail, son intensification et sa pénibilité.

Migrants

Migrants

49778

FASCICULE

WIHTOL DE WENDEN (C.) / coor.,
DORANGE (M.) / collab.

Vieillesse et migrations.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2011/12 ; vol. : n° 139 : Pages : 204p.

Cote Irdes : C, P8

Longtemps associées au développement industriel des pays riches, les migrations humaines ont changé de visages au cours des trois dernières décennies. Tout d'abord les déplacements de population, subis ou désirés par les migrants, ne se font plus seulement dans le sens Sud-Nord, mais aussi Est-Ouest et Sud-Sud. Ils se sont mondialisés. Ensuite, l'allongement de la durée de la vie et le vieillissement démographique des pays développés entraînent un flux migratoire nouveau dont les impacts économiques et

sociaux sont de plus en plus forts dans les pays d'origine des migrants. (Extraits 4e de couverture).

Pauvreté

Poverty

49398

FASCICULE

BULTEZ (J.P.) / coor., GELOT (D.) / coor.

Vieillir dans la pauvreté.

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2010/10 ; n° 977 : Pages : 102p., tabl.

Cote Irdes : c, A4303

L'objectif de ce dossier est de faire le point sur les évolutions du niveau de vie des personnes âgées en France et de s'interroger sur le possible retour de la pauvreté parmi ces populations au regard d'un certain nombre d'évolutions récentes telles que les perspectives de réforme des systèmes de retraite et l'évolution de la protection sociale dans son ensemble. Après une première partie qui fait le point sur le vieillissement de la population et sur les évolutions en matière de pauvreté depuis trente ans, le dossier revient sur les inquiétudes vis-à-vis d'une possible remontée de la pauvreté des personnes âgées. Puis, le dossier examine les conditions de vie des personnes âgées pauvres faisant ressortir plus concrètement les difficultés et les inégalités auxquelles elles sont confrontées : les problèmes de logement, d'isolement, de dépendance ou bien encore de santé. Enfin, le dossier se termine par un regard sur les politiques de réduction de la pauvreté adoptées au niveau national et européen.

Soins de longue durée

Long-term care

49411
ARTICLE

ONDER (G.), CARPENTER (I.), FINNE-SOVERI (H.), et al.

Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study.

Evaluation des résidents des maisons de retraite en Europe : l'étude sur les services et les soins de santé pour les personnes âgées en soins de longue durée.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2012/01 ; vol. 12 : n° 5 : Pages : 21p., fig., tabl.
Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-5.pdf>

The aims of the present study are to describe the rationale and methodology of the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study, a project funded by the European Union, aimed at implementing the interRAI instrument for Long Term Care Facilities (interRAI LTCF) as a tool to assess and gather uniform information about nursing home (NH) residents across different health systems in European countries; to present the results about the test-retest and inter-rater reliability of the interRAI LTCF instrument translated into the languages of participating countries; to illustrate the characteristics of NH residents at study entry.

Soutien informel Informal care

49490
ARTICLE
FONTAINE (R.)

Soutenir ses parents, jusqu'où ?

PROJET
2012/02 ; n° 326 : Pages : 36-42
Cote Irdes : R1867

L'individualisation de la société ne va pas nécessairement de pair avec un effritement des solidarités familiales. Mais accompagner un proche âgé dépendant a un coût, en argent, en temps, pour sa vie sociale et sa santé. Autant d'éléments à prendre en compte pour réformer la prise en charge de la perte d'autonomie.

Inégalités de santé/Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

49419

ARTICLE

RICAN (S.), REY (G.), LUCAS-GABRIELLI (V.), BARD (D.), ZEITLIN (J.), CHARREIRE (H.), JOUGLA (E.), SALEM (G.), VAILLANT (Z.), COMBIER (E.), OPPERT (J.M.), HERCBERG (S.), CASTETBON (K.), MEJEAN (C.), PAMPALON (R.)
GRIMFELD (A.) / éd.
Société Française de Santé et Environnement. (S.F.S.E.). Paris. FRA

Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé en France et leurs évolutions.

Premier congrès national de la Société française de santé et environnement. Rennes,
ENVIRONNEMENT RISQUES & SANTE
2011/05-06 : vol. 10 : n° 3 : Pages : 211-215
Cote Irdes : C, R1858, B7097

L'analyse des inégalités face à la santé, après avoir longtemps mis l'accent sur les situations sociales, économiques et culturelles de chaque individu, insiste aujourd'hui sur la nécessaire prise en compte des contextes sociaux, environnementaux et politiques dans lesquels évoluent ces individus. Ces analyses passent par la construction d'indicateurs permettant de repérer des situations locales en faveur ou en défaveur de l'état de santé d'un individu ou de la population dans son ensemble. Ces indicateurs synthétiques, outre leur intérêt pour la surveillance des inégalités face à la santé et l'analyse des déterminants associés à ces inégalités, peuvent également constituer des outils d'aide à la décision en matière d'allocations de ressources et de politiques ciblées de prévention ou de prise en charge de certaines populations. Largement utilisé dans les études anglo-saxonnes depuis la fin des années 1980, leur universalité et la pertinence de leurs composantes sont toutefois

aujourd'hui discutées. Il n'existe pas à ce jour d'indicateur localisé faisant consensus et suffisamment standardisé pour permettre des comparaisons entre les différentes études menées dans le champ des inégalités face à la santé. L'objectif de ce projet, regroupant différentes équipes de recherche travaillant sur l'influence du contexte de résidence dans le domaine sanitaire, est de chercher à dégager un consensus concernant la définition, la construction et les conditions d'utilisation d'indicateurs localisés de désavantage en lien avec les inégalités de santé en France. On s'interrogera également sur la capacité de tels indicateurs à rendre compte des vulnérabilités sanitaires en cours ou à venir, et sur leur potentiel d'utilisation dans la gestion des ressources sanitaires (Résumé d'auteurs).

Effets contextuels

Neighbourhood effects

49712

ARTICLE

DEBRAND (T.), PIERRE (A.), LUCAS-GABRIELLI (V.)

Critical urban areas, deprived areas and neighbourhood effects on health in France.

Zones urbaines critiques, zones défavorisées et effets contextuels sur la santé en France.

HEALTH POLICY

2012/04; vol. 105 : n° 1 : Pages : 92-101, 5 tabl., 2 fig.

Cote Irdes : R1869

Since the 1980s, different French governments have formulated public policies aimed at taking into account the specific problems of deprived neighbourhoods. The aim of this paper is to determinate the existence of a neighbourhood effect on health and to discuss the

implementation of a geographical index of deprived areas in France. Using the National Health Survey of 2002–2003 and 1999 French census data, we attempt to measure the individual and collective determinants of SelfReported Health Status (SRH). By using a principal component analysis of aggregated census data, we obtain three synthetic factors: “**economic and social condition**”, “**residential stability**” and “**generational**”, and show that these contextual factors are correlated with individual SRH. Our research shows that health inequalities cannot be tackled by using only the Critical Urban Area criterion (the fact of living in a CUA or not) because some inequalities remain ignored and thus, hidden. We suggest a methodology to build a new health deprivation index allowing to better target health inequalities.

Immigrés Immigrants

49744
ARTICLE
HAMEL (C.), MOISY (M.)

Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008.

Numéro thématique. Santé et recours aux soins des migrants en France.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE
2012/01/17 ; n° 2-3-4 : Pages : 21-24
Cote Irdes : C, P140
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>

Les immigrants âgés de 18-60 ans se déclarent globalement en plus mauvaise santé que les personnes sans ascendance migratoire depuis au moins deux générations. Toutefois, la catégorie " immigrants " revêt des réalités différentes en fonction de l'origine, des

parcours migratoires et des conditions de vie passées et actuelles sur le territoire métropolitain. Les immigrants originaires de Turquie et du Portugal sont ceux qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Pour les premiers, un cumul de précarité sur le territoire métropolitain explique cette sur-déclaration d'une mauvaise santé malgré une structure de population très jeune ; pour les seconds, les facteurs explicatifs relèvent davantage d'événements vécus pendant l'enfance et de faibles niveaux de qualification, qui, s'ils ne les empêchent pas d'être sur le marché du travail, les exposent à des conditions de travail pénibles (Résumé d'auteurs).

49428
ARTICLE
BERCHET (C.), JUSOT (F.)

Etat de santé et recours aux soins des immigrants en France : une revue de la littérature.

Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE
2012/01/17 ; n° 2-3-4 : Pages : 17-20
Cote Irdes : C, R1864, P140
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7829

Ce bilan des études françaises sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrants suggère l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon le pays d'origine. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés d'accès à la médecine de ville. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrants, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Pauvreté
Poverty

50548

ARTICLE

BONTOUT (O.), DELAUTRE (G.)

Une cible européenne de réduction de la pauvreté et de l'exclusion et les évolutions récentes de la pauvreté.

Dossier "Les cibles européennes quantifiées pour réduire la pauvreté et l'exclusion".

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2012 ; n° 26 ; Pages : 5-28, graph.

Cote Irdes : C, S19

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-cibles-europeennes-quantifiees-pour-reduire-la-pauvrete-et-l-exclusion,10873.html>

Le Conseil européen de juin 2010 a adopté, dans le cadre de la nouvelle stratégie UE 2020, une cible de réduction de la pauvreté et de l'exclusion en Europe, qui consiste en une réduction de 20 millions du nombre de personnes pauvres ou exclues d'ici 2020. Cette cible européenne doit faire l'objet d'une déclinaison en 27 cibles nationales. Cet accord repose sur un indicateur nouveau, qui intègre trois indicateurs établis dans le cadre de la méthode ouverte de coordination. Ce nouvel indicateur prend en compte en plus de la pauvreté monétaire définie au sens usuel, d'une part la pauvreté en conditions de vie et d'autre part la faible intensité de l'emploi des ménages.

49713

ARTICLE

AFRITE (A.), BOURGUEIL (Y.), DUFURNET (M.), MOUSQUES (J.)

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

Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?

Spécial centres de santé.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/09 ; Supplément ; Pages : 61-65

Cote Irdes : B7099, R1872

Le projet exploratoire Epidaure-CDS vise à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, principalement **municipaux, dans l'offre de soins et à évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment dans l'accès aux soins primaires.** Les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. **Le niveau de précarité est évalué à l'aide du score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés.** Ce score montre que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale. Cette précarité est associée à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé **ainsi qu'à un recours à la médecine générale plus fréquent.** De plus, cette précarité se **concentre sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C.** Si ces résultats montrent que ces CDS prennent en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

49906

ARTICLE

MARX (I.), VERBIST (G.), VANHILLE (J.) et al.

Prévenir la pauvreté chez les travailleurs belges : réflexions sur les options politiques.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2011/01-03 ; vol. 53 ; n° 1 ; Pages : 3-45, 13 tabl., 11 graph.

Cote Irdes : P196

Au cours de ces dernières années, l'on est devenu de plus en plus conscient que la pauvreté financière était également présente chez les travailleurs, y compris chez certains travailleurs à temps plein et qui, dès lors, **s'engagent au maximum pour acquérir une indépendance financière.** En Belgique, environ

une **personne sur cinq d'âge actif subissant une** situation de précarité financière a un emploi. Il existe également un chevauchement important avec la pauvreté enfantine – en effet, environ 60 % des enfants qui grandissent dans un milieu frappé de pauvreté financière vivent dans un ménage ayant au moins un **gagne-pain**. Ceci va à l'encontre des notions largement admises de justice sociale. Cet article commence par esquisser succinctement la problématique des travailleurs pauvres en Belgique, et ceci tout particulièrement en **fonction d'une conceptualisation politique** adéquate. Ensuite, il passe systématiquement **en revue un certain nombre d'options** politiques. A cette occasion, il recourt à la technique de microsimulation pour obtenir **une indication de l'éventuel impact** sur la pauvreté.

49149

FASCICULE

OLM (C.)

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.). Paris. FRA

Contribution de l'ONPES au regard du troisième rapport du gouvernement au Parlement sur le suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans.

LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (LA)

2011/12 ; n° 6 : Pages : 1-8, tab.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/111205_Lettre_ONPES_no6_contribution_avis.pdf

Réagissant au troisième rapport gouvernemental sur le suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans, transmis au Parlement en octobre dernier, le Conseil national de lutte contre l'exclusion et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale expriment en commun leur inquiétude sur l'efficacité des mesures mises en place et appellent à une réévaluation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le constat est sévère car " même sans la crise, l'objectif de baisse de 33 % de la pauvreté n'aurait pu être atteint ". Les deux organismes mettent en avant les évolutions défavorables de

la grande majorité des indicateurs constitutifs du tableau de bord gouvernemental excepté le taux de pauvreté ancré dans le temps qui ne traduit pas la réalité sociale et doit être supprimé. Dans le même temps, ils s'inquiètent des impasses et des limites de certains dispositifs (RSA, DALO, accès aux soins...). Le CNLE et l'ONPES font part, dans leur avis respectifs, de leurs recommandations qui ont été transmises aux membres du gouvernement et seront envoyées aux différents partis politiques en vue de la campagne présidentielle. Parmi leurs préconisations, les deux organismes plaident pour la réactivation du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE), prévu par la loi du 29 juillet 1998, afin de " relancer la mobilisation de tous les acteurs publics concernés par cet objectif et de mener une politique transversale pour agir de façon concertée ". Ils recommandent également une revalorisation de 25 % du RSA socle, le plus rapidement possible et au plus tard durant le prochain quinquennat, et un accès sans condition au RSA jeunes, ainsi qu'une mobilisation sans précédent en faveur de l'emploi des jeunes. Estimant que plus que jamais, le système de protection sociale se doit de garantir les droits de tous, et en particulier des personnes les plus fragiles et les plus exclues, le CNLE et l'ONPES soulignent le besoin urgent d'élaborer un plan d'actions quinquennales, coordonné et multi partenarial. Ce fascicule présente les préconisations de l'ONPES.

Géographie de santé/Geography of health

Collectivités territoriales Local authorities

49699

ARTICLE

MARIE (R.)

Quel avenir pour les conseils régionaux en matière de politique de santé ?

DROIT SOCIAL

2012/02 ; n° 2 : Pages : 190-195

Cote Irdes : P109

Bien que l'inscription des conseils régionaux dans le champ de la santé soit indéniable, particulièrement depuis 2005, rien ne permet aujourd'hui d'affirmer qu'il en sera de même dans les années à venir. Si la création des agences régionales de santé (ARS) a été un facteur de simplification dans l'échec institutionnel, le nombre des acteurs impliqués reste encore suffisamment élevé pour avoir des doutes sur l'opportunité de voir les assemblées régionales investir ce domaine. En introduisant les conseillers territoriaux, la loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales risque de déplacer l'équilibre des régions vers les départements. Cet article analyse l'évolution des compétences régionales dans le champ de la santé.

Disparités régionales Regional disparities

50423

ARTICLE

KEYHANI (S.), FALK (R.), BISHOP (T.) et al.

The relationship between geographic variations and overuse of healthcare services : a systematic review.

La relation entre les disparités régionales et la sur-utilisation des services de santé : une revue systématique.

MEDICAL CARE

2012/03 ; vol. 50 : n° 3 : Pages : 257-269, tabl.

Cote Irdes : c, P45

To examine the relationship between overuse of healthcare services and geographic variations in medical care. Systematic Review of Articles published in Medline between 1978, the year of publication of the first framework to measure quality, and January 1, 2009. Four investigators screened 114,830 titles and 2 investigators screened all selected abstracts and articles for possible inclusion and extracted all data. We extracted data on rates of overuse in different geographic areas. We also extracted data on underuse, if available, for the same population in which overuse was measured. Five papers examined the relationship between geographic variations and overuse of healthcare services. One study in 2008 compared the appropriateness of coronary angiography (CA) for acute myocardial infarction in high-cost areas versus low cost areas in the Medicare population and found largely similar rates of inappropriateness (12.2% vs. 16.2%). A study in 2000 using national data concluded that overuse of CA explained little of the geographic variations in the use of this procedure in the Medicare program. An older study of Medicare patients found similar rates of inappropriate use of CA (15% to 17% vs. 18%), endoscopy (15% vs. 18% 19%), and carotid endarterectomy (29% vs. 30%) in low-use and high-use regions. A small area reanalysis of data from this study of 3 procedures found no evidence of a relationship between inappropriate use of procedures and volume in 23 adjacent counties of California. Another 2008 study found that inappropriate chemotherapy for stage I cancer was less common in low-cost areas compared with high-cost areas (3.1% vs. 6.3%). The limited available evidence does not lend support to the hypothesis that inappropriate

use of procedures is a major source of geographic variations in intensity and/or costs. More research is needed to improve our understanding of the relationship between geographic variations and the quality of care.

Hôpital psychiatrique Psychiatric hospital

49420

ARTICLE

COLDEFY (M.)

BURGEL (G.) / dir., MACE (J.M.) / dir.

La géographie asilaire française : éléments d'analyse spatio-temporelle.

Les territoires de la santé.

VILLES EN PARALLELE

2010/12 ; n° 44 : Pages : 21-47

Cote Irdes : R1859, A4298

<http://lgu.u-paris10.fr/>

Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIXe siècle à la politique de sectorisation, qui a inscrit la désinstitutionnalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial.

Planification sanitaire Health planning

49911

ARTICLE

DEGAIN (J.)

SROS ambulatoire et zonages : la solution pour peupler les " déserts " ?

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2012/01-02 ; n° 42 : Pages : 13-15

Cote Irdes : P204

La démographie médicale et l'offre de soins dans les territoires feront nécessairement débat lors de l'élection présidentielle. Mais dans ce domaine très sensible, ces polémiques ne sont-elles pas vaines alors que la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoire) a prévu la mise en place de schémas régionaux d'organisation des soins, avec l'ambition d'organiser ou de réorganiser l'offre de soins ambulatoires ? Une priorité reste à respecter cependant : la détermination des zones, par les Agences régionales de santé, où l'offre est insuffisante. Reste à savoir si la recette permettra de trouver un début de solution à cette quadrature du cercle que sont les déserts médicaux.

Territoires de santé Health area

49422

ARTICLE

COLDEFY (M.), LUCAS-GABRIELLI (V.)

BURGEL (G.) / dir., MACE (J.M.) / dir.

Territoires de santé : comment les régions ont-elles organisé ce nouvel espace ?

Les territoires de la santé.

VILLES EN PARALLELE

2010/12 ; n° 44 : Pages : 131-147

Cote Irdes : R1860, A4298

<http://lgu.u-paris10.fr/>

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2011 ont pour leur part été profondément renouvelés. Ils sont dorénavant l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. De simple contenant il devient un élément structurant de l'offre. Ce changement sémantique correspond à une

évolution importante de la place et la **conception de l'espace dans la planification** sanitaire.

49354

FASCICULE

GIBLIN (B.), AMAT-ROZE (J.M.), LACOSTE (O.), et al.

Santé publique et territoires.

HERODOTE : REVUE DE GEOGRAPHIE ET DE GEOPOLITIQUE

2011 ; n° 143 : Pages : 220p., tabl., graph., carte

Cote Irdes : A4299

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=HER_143_0003

Douze ans après le numéro Santé publique et géopolitique, Hérodote a décidé de reprendre la question de la santé publique. Un double **constat s'impose** : la santé publique est encore **à améliorer, et l'approche territoriale de la** santé publique est actée. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) et la création des agences régionales de santé marquent en effet un très grand changement. Pourtant, **voilà plus de quinze ans que l'utilité de l'approche géographique pour identifier les** réels besoins de soins et de santé était démontrée. Mais les résistances étaient **extrêmes. Seule l'aggravation des déficits de plus en plus abyssaux de l'assurance maladie a fini par légitimer l'approche géographique. Si** celle-ci est loin de suffire à résoudre les inégalités territoriales de santé, elle peut au moins aider à les identifier. Les choix des priorités et des actions à mener restent de la responsabilité des politiques. La comparaison avec le Royaume-Uni et les États-Unis permet **de relativiser la prétention française d'avoir le** meilleur système de santé au monde.

Soins de santé primaires/Primary health care

Centres de santé Community health centers

49714

FASCICULE

DURAND (D.), LOPEZ (R.), LIMOUSIN (M.)
et al.

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

Spécial centres de santé.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/09 ; Supplément : Pages : 1-73

Cote Irdes : B7099

Ce numéro spécial s'interroge sur la prospective des centres de santé en France en présentant quelques exemples à Saint-Denis, La Ferté Bernard, Nanterre... Il aborde les aspects réglementaires (notamment les décrets concernant la formation professionnelle continue des professions de santé), ainsi que la participation des usagers aux centres de santé. Il termine sur la réforme du système de santé mise en place par Obama aux Etats-Unis.

Densité médicale Medical density

50384

ARTICLE

MARIE (R.)

La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question.

DROIT SOCIAL

2012/04 ; n° 4 : Pages : 404-410

Cote Irdes : P109

La répartition des médecins sur le territoire national est une question essentielle pour

garantir un égal accès aux soins. Cet article dresse un historique de la politique mise en place depuis la loi d'août 2004 pour réguler l'offre de soins. Les politiques reposent essentiellement sur des mesures financières instaurées dans le cadre des études médicales et dans celui de l'installation professionnelle. Elles refusent les mesures coercitives et seraient à réorienter.

49493

ARTICLE

GUARDIOLA (I.)

Déserts médicaux : quand les médecins ferment la porte.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)

2012/01/21 ; n° 2916 : Pages : 10-11

Cote Irdes : P44

Le texte de loi débattu à l'Assemblée nationale, le 26 janvier 2012, (Projet PPL) et les récentes propositions de la Fédération hospitalière de France visant à limiter l'installation des médecins en zones surdotées sont des mesures qui fâchent pour un sujet qui bloque. Cet article tente une analyse de la situation.

49403

ARTICLE, INTERNET

HANN (M.), GRAVELLE (H.)

The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003.

La mauvaise répartition des médecins généralistes en Angleterre et au Pays de Galles : 1974-2003.

BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PRACTICE
2004/12; vol. 54 : Pages : 894-898, tabl., graph.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1326105/?tool=pubmed>

The geographical distribution of general practitioners (GPs) is a persistent policy

concern within the National Health Service. Maldistribution across family health service authorities in England and Wales fell between 1974 and the mid-1980s but then remained, at best, constant until the mid-1990s. To estimate levels of maldistribution over the period 1994-2003 and to examine the long-term trend in maldistribution from 1974-2003, the study is based on the Annual snapshots from the GP census, in one hundred 2001 'frozen' health authorities in England and Wales for 1994-2003 and 98 family health service authorities for 1974-1995. Ratios of GPs to raw and need-adjusted populations were calculated for each health authority for each year using four methods of need adjustment: age-related capitation payments, national age- and sex-specific consultation rates, national age- and sex-specific limiting long-term illness rates, and health authority-specific mortality. Three summary measures of maldistribution across health authorities in the GP to population ratio--the decile ratio, the Gini coefficient, and the Atkinson index--were calculated for each year. Maldistribution of GPs as measured by the Gini coefficient and Atkinson index increased from the mid-1980s to 2003, but the decile ratio showed little change over the entire 1974-2003 period. Unrestricted GP principals and equivalents were more equitably distributed than other types of GP. The 20% increase in the number of unrestricted GPs between 1985 and 2003 did not lead to a more equal distribution.

49309

INTERNET, ARTICLE

PATHMAN (D.E.), FRYER (G.E.), GREEN (L.A.), PHILIPPS (R.L.)

Changes in age-adjusted mortality rates and disparities for rural physician shortage areas staffed by the National Health Service Corps: 1984-1998.

Variations dans les taux de mortalité ajustés selon l'âge et disparités dans les zones rurales déficitaires en médecins, gérées par le National Health Service Corps : 1984-1998.

JOURNAL OF RURAL HEALTH
2005 ; vol. 21 : n° 3 : Pages : 214-220
Cote Irdes : c, En ligne

This study assesses whether the National Health Service Corps's legislated goals to see health improve and health disparities lessen are being met in rural health professional shortage areas for a key population health indicator: age-adjusted mortality. In a descriptive study using a pre-post design with comparison groups, the authors calculated age-adjusted mortality rates at baseline (1981-1983) and follow-up (1996-1998) for the populations of 448 rural whole-county health professional shortage areas arrayed into 3 groups based on the number of study years they were staffed by National Health Service Corps physicians, physician assistants, and nurse practitioners (terms of 1 to 7, 8 to 11, and 12 to 15 years). The authors compared changes over time in age-adjusted mortality rates in the 3 county groups that had National Health Service Corps staffing with rate changes in 172 whole-county rural health professional shortage areas and 772 non-health professional shortage area rural counties that had no National Health Service Corps. At baseline age-adjusted mortality was higher in all 4 health professional shortage area county groups than in the non-health professional shortage area county group. Age-adjusted mortality rates improved with time in all groups, including health professional shortage area counties both with and without National Health Service Corps support, and non-health professional shortage area counties. Essentially, baseline differences in age-adjusted mortality rates between health professional shortage areas and non-health professional shortage area counties did not diminish with time, whether or not there was National Health Service Corps support. From the early 1980s through the mid-1990s, the National Health Service Corps's goal to see health improve in rural health professional shortage areas was met, but its goal to diminish geographical health disparities was not. Because age-adjusted mortality rates improved in all county groups, the authors conclude that improvement was likely due to a variety of factors, including

decreasing poverty and unemployment rates and increasing primary care physician-to-population ratios, to which the National Health Service Corps may have contributed.

49308

FASCICULE, INTERNET

GROBLER (L.), MARAIS (B.J.), MABUNDA (S.A.), MARINDI (P.N.) et al.

The Cochrane Library. Oxford. GBR

Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas.

Interventions pour augmenter la proportion des professions de santé exerçant en milieu rural et dans les zones déficitaires.

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS

2009 ; n° 2 : Pages : 27p.

Cote Irdes : c, En ligne

The inequitable distribution of health professionals, within and between countries, poses an important obstacle to the achievement of optimal attainable health for all. To assess the effectiveness of interventions aimed at increasing the proportion of health professionals working in rural and other underserved areas. We searched the specialised register of the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (up to July 2007), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) and the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (up to July 2007), MEDLINE (1966 to July 2007), EMBASE (1988 to July 2007), CINAHL (1982 to July 2007) and LILACS (up to July 2007). We also searched reference lists of all papers and relevant reviews identified, and contacted authors of relevant papers regarding any further published or unpublished work. Randomised con-trolled trials, controlled trials (not strictly randomised), controlled before-after studies and interrupted time series studies evaluating the effects of various interventions (e.g. educational, financial or regulatory strategies) on the recruitment and/or retention of health professionals in under-served areas. Two

reviewers independently screened titles and abstracts obtained from the search in order to identify potentially relevant studies. No studies met the inclusion criteria. There are no studies in which bias and confounding are minimised to support any of the interventions that have been implemented to address the inequitable distribution of health care professionals. Well-designed studies are needed to confirm or refute findings of various observational studies regarding educational, financial, regulatory and supportive interventions that may influence health care professionals' choice to practice in underserved areas. Governments and educators should ensure that where interventions are implemented this is done within the context of a well-planned study so that the true effects of these measures on recruitment and long term retention can be determined in various setting.

Exercice médical
Medical practice

50040

ARTICLE

MAURY (S.)

Réhabiliter les soins de proximité ?

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL

2012/01-02 ; n° 1 : Pages : 84-96

Cote Irdes : A4345

Les faiblesses du dispositif de soins de proximité sont connues : faible attractivité de la médecine généraliste, technicisation excessive, refus grandissant des jeunes de **s'installer en libéral, renchérissement** dû aux honoraires libres, répartition inégale des **médecins... Pourtant, depuis quinze ans, du médecin référent** aux dispositions de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), **des signes discrets existent d'une volonté de renouveau.** Pour que les timides réformes engagées ne soient pas des alibis, il faudrait **aujourd'hui favoriser plus énergiquement un autre modèle d'exercice libéral, encore à peine émergent.**

Formation médicale continue
Continuing medical education

50022
ARTICLE

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

**Questions-réponses sur le
développement professionnel continu.**

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE
L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2012/03-04 ; n° 22 : Pages : 18-19
Cote Irdes : P69

Plusieurs décrets concernant le développement professionnel continu (DPC) sont parus au Journal officiel les 1er et 12 janvier 2012. Conformément à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique (article 59 de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires), la démarche du DPC inclut l'analyse, par les médecins, de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Ce cahier jurispratique rapporte les précisions de la Section formation et compétences médicales du conseil national de l'Ordre des médecins, et de son président le Pr R. Nicodème.

Maisons de santé
Pluridisciplinary primary care group practices

49660
ARTICLE

DELANOE (J.Y.), OFFREY (C.)

Maisons de santé pluriprofessionnelle : acteurs et financeurs.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/09-10 ; n° 542 : Pages : 68-71
Cote Irdes : C, P22

Cette réflexion porte sur le développement et la création de maisons de santé pluriprofessionnelles. Face à la désertification

médicale de certaines régions voire de certains quartiers urbains, l'exercice regroupé de professionnels de santé est l'une des réponses proposées pour optimiser l'accès aux soins. En outre, il semble être particulièrement apprécié par les jeunes médecins, demandeurs de partages des contraintes et de travail en collectif. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire rencontre malgré tout de nombreuses difficultés et résistances.

Médecine de groupe
Group practice

49416
ARTICLE

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

Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2011/02 ; n° 2-3 : Pages : 254-275
Cote Irdes : C, R1857, P59

Le regroupement des médecins spécialisés en médecine générale avec d'autres professionnels connaît un intérêt croissant. Cette dynamique, qui jusqu'à récemment a essentiellement été portée par les choix des professionnels et l'évolution de leurs aspirations, fait désormais l'objet d'accompagnements spécifiques de la part des pouvoirs publics. Il n'en reste pas moins que le regroupement en ambulatoire autour du généraliste en France, qui est documenté de façon parcellaire, est moins développé, de moins grande taille et moins pluriprofessionnel que dans d'autres pays. Après une description de la dynamique professionnelle et institutionnelle en faveur de l'exercice regroupé en ambulatoire, cet article se propose de faire, à travers une revue de littérature internationale, un état des lieux économique, théorique et empirique sur le lien

entre regroupement et performance afin de tirer des enseignements tant sur les politiques qui accompagnent en France le développement du regroupement que sur les perspectives de **recherche autour de l'exercice en groupe**. Cette revue de la littérature actualise et étend le **champ d'analyse d'une précédente revue** conduite par Pope et Burge (1996) [Résumé d'auteurs].

Prescription Prescription

50492

ARTICLE

VEGA (A.)

Prescription du médicament en médecine générale. Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2012/04 ; vol. 8 : n° 4 : Pages : 169-173
Cote Irdes : P198

Le médicament a un rôle central et symbolique dans la relation patient-médecin, tant du côté du soigné que du soignant.. L'objectivité en matière de prescription n'est pas plus automatique que la neutralité du médecin n'est réelle : il a des opinions, il fait des choix qui sont en lien avec sa propre histoire, sa perception personnelle des risques et son origine culturelle.. De nombreuses études sociologiques comparant les différents pays européens ont observé une « exception française » caractérisée par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée. S'il existe aux Pays-Bas par exemple, où la consommation et les prescriptions sont les plus basses d'Europe, un certain « scepticisme » à l'égard du médicament, il y a en France des logiques culturelles de « réparation instantanée » via le médicament chez les praticiens et les patients,

qui recourent plus vite qu'ailleurs à eux ; le médicament est « l'outil » central et l'ordonnance répond à d'autres fonctions, notamment celle de valider la légitimité professionnelle en matérialisant la capacité du médecin à poser un diagnostic et « trouver » un traitement. Les publications les plus critiques à l'égard de prescriptions « inadaptées » ou de « dérives médicamenteuses » ont été réalisées à partir du recueil de données qualitatives et quantitatives nord-américaines. Elles concernent surtout les produits psychotropes en médecine générale. Car Outre-Atlantique, mais aussi en France ainsi qu'en Belgique et en Grande-Bretagne (**données de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé - OPEPS 2006**), les généralistes sont devenus les principaux prescripteurs des psychotropes (en dehors des neuroleptiques) ; les plus prescripteurs de ces produits le sont également d'autres médicaments. Les différents travaux sur les prescriptions soulignent tantôt le « déni » de l'influence des industries du médicament, tantôt la méconnaissance par les médecins de l'origine et des conséquences de leurs propres prescriptions.

49415

ARTICLE

GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL (B.),
LIBRERO (J.), SANFELIX-GIMENO (G.), et al.

Are prescribing doctors sensitive to the price that their patients have to pay in the Spanish National Health System?

Les médecins prescripteurs sont-ils sensibles au prix que leurs patients ont à payer dans le système national de santé espagnol ?

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2012/01 ; vol. 11 : n° 33 : Pages : 9p., fig., tabl.
Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-333.pdf>

This study aims to design an empirical test on the sensitivity of the prescribing doctors to the price afforded for the patient, and to apply it to the population data of primary care

dispensations for cardiovascular disease and mental illness in the Spanish National Health System (NHS). Implications for drug policies are discussed. It used population data of 17 therapeutic groups of cardiovascular and mental illness drugs aggregated by health areas to obtain 1424 observations ((8 cardiovascular groups * 70 areas) + (9 psychotropics groups * 96 areas)). All drugs are free for pensioners. For non-pensioner patients 10 of the 17 therapeutic groups have a reduced copayment (RC) status of only 10% of the price with a ceiling of €2.64 per pack, while the remaining 7 groups have a full copayment (FC) rate of 40%. Differences in the average price among dispensations for pensioners and non-pensioners were modelled with multilevel regression models to test the following hypothesis: 1) in FC drugs there is a significant positive difference between the average prices of drugs prescribed to pensioners and non-pensioners; 2) in RC drugs there is no significant price differential between pensioner and non-pensioner patients; 3) the price differential of FC drugs prescribed to pensioners and non-pensioners is greater the higher the price of the drugs. The results show that the average monthly price of dispensations to pensioners and non-pensioners does not differ for RC drugs, but for FC drugs pensioners get more expensive dispensations than non-pensioners (estimated difference of €9.74 by DDD and month). There is a positive and significant effect of the drug price on the differential price between pensioners and non-pensioners. For FC drugs, each additional euro of the drug price increases the differential by nearly half a euro (0.492). We did not find any significant differences in the intensity of the price effect among FC therapeutic groups. Conclusions: Doctors working in the Spanish NHS seem to be sensitive to the price that can be afforded by patients when they fill in prescriptions, although alternative hypothesis could also explain the results found.

Relation médecin-malade Physician-patient relationships

49453

ARTICLE

BEGUE-SIMON (A.M.), HABY (C.),
LOZACHMEUR (G.)

Communication et soins. Première partie : l'évolution de la relation soignant-soigné.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/12 ; vol. 7 : n° 10 : Pages : 473-477
Cote Irdes : P198

La communication dépend des circonstances dans une situation façonnée autant de l'intérieur par les sujets que de l'extérieur par les contraintes du cadre sociétal. La communication médecin-malade a de nombreux facteurs propres au patient et à sa maladie selon des modèles qui interrogent la conception du soin et l'exercice du pouvoir. Elle concerne forme et contenu, insérant l'individu dans une structure sociale (valeurs individuelles et collectives, rôles professionnels, normes). Elle a pour but d'établir une bonne relation interpersonnelle patient-médecin, de permettre un échange d'informations et mettre en place un plan thérapeutique. La première partie de ce travail développe, à propos des soins en cancérologie, le contexte de la relation.

49359

ARTICLE

BISMUTH (S.), STILLMUNKES (A.), BONEL (S.) et al.

Formation initiale à la relation médecin/patient : enquête auprès d'internes en médecine générale.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/10 ; vol. 7 : n° 8 : Pages : 381-385
Cote Irdes : c, P198

La relation médecin/patient nécessite des compétences scientifiques et techniques (savoir et savoir faire), mais aussi des compétences humaines et relationnelles (savoir-être). Une bonne relation est un

élément capital du contrat de soins. Certaines facultés de médecine ont rendu obligatoire la participation aux groupes Balint dans le 3e cycle de médecine générale. Une enquête descriptive rétrospective effectuée en janvier 2008 auprès de 123 internes en DES de **médecine générale à l'université Paul Sabatier de Toulouse** (questionnaire fermé). 76,5 % des internes ont rencontré des difficultés relationnelles et **72 % d'entre eux ont déclaré que l'enseignement universitaire qui leur avait été délivré n'était pas adapté à leurs besoins.** Plus les étudiants progressent dans le cursus et **acquièrent de l'expérience, notamment à travers les stages chez le praticien généraliste et le SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), moins ils sont demandeurs en formation (59 % en 3e année contre 70 % en 1re année).** Ils parlent plus facilement de leurs difficultés avec leurs **collègues internes qu'avec leurs enseignants et sont plus souvent satisfaits des réponses obtenues, au fur et à mesure qu'ils avancent dans leurs études. Seule la moitié d'entre eux connaissent l'existence des groupes Balint.** On constate que plus les étudiants progressent **dans le cursus et acquièrent de l'expérience,** moins ils sont demandeurs en formation à la relation médecin/patient. Toutefois, 59 % souhaitent une formation à la relation médecin/patient en 3e année. Des **enseignements d'inspiration Balint pourraient trouver leur place dans le cursus de médecine générale, en élargissant l'approche de la relation médecin/malade.**

Rémunération Payment

50018
ARTICLE
HOLUE (C.)

Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2012/03-04 ; n° 22 : Pages : 10-12
Cote Irdes : P69

Le paiement à la performance a été instauré par la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les **médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée en juillet 2011 (Journal officiel du 22 septembre).** Ce dispositif remplace et amplifie le contrat **pour l'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui s'adressait aux seuls médecins généralistes. Il s'applique à tous les médecins qui ne l'ont pas refusé par lettre recommandée à leur caisse primaire d'assurance maladie avant le 26 décembre 2011, c'est-à-dire à l'immense majorité d'entre eux.** Le déploiement du P4P se déroule en deux temps. **Il concerne d'abord les médecins traitants avec une rémunération maximale annuelle de 9 100 € sur la base de 800 patients, mais le volet « organisation du cabinet » (1 750 €) s'adresse dès maintenant à toutes les spécialités. Il sera ensuite adapté aux cardiologues, aux endocrinologues, aux pédiatres et aux gastro-entérologues, puis progressivement aux autres spécialités.**

49832
DORMONT (B.), SAMSON (A.L.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes : les enseignements de quelques études économétriques pour la France.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2011/04-09 ; n° 2-3 : Pages : 156-179
Cote Irdes : C, P59

Cet article propose une synthèse des connaissances sur les revenus des médecins en France, issues de travaux économétriques menés à partir d'un panel représentatif de médecins généralistes. Il examine l'influence du paiement à l'acte sur les comportements d'offre de soins et la régulation de la médecine ambulatoire. Les estimations montrent l'impact décisif de la densité médicale : fortes

disparités de rémunération en fonction du département ou de la région d'exercice, comportements de demande induite et influence durable de la démographie médicale au moment de l'installation (liée aux fluctuations du numerus clausus). Du fait de leur exercice libéral, les médecins ont, par ailleurs, une grande liberté dans l'allocation de leur temps de travail au cours de leur vie professionnelle, ce dont témoigne le profil atypique de leurs honoraires au cours de leur carrière ainsi que l'existence de médecins à faibles revenus. Enfin, compte tenu de la longueur des études de médecine, il apparaît que les revenus cumulés des médecins, sur l'ensemble de leur carrière, sont d'un montant comparable à ceux des cadres supérieurs du secteur privé.

49812
ARTICLE

ABECASSIS (P.), DOMIN (J.P.)

Les médecins généralistes face à la contractualisation de leur rémunération. Des motivations contrastées.

Les transformations des professions médicales : organisation, règles et rémunérations.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011 ; vol. 29 : n° 5 : Pages : 231-246
Cote Irdes : C, P85

Considérée comme un instrument efficace de régulation économique, l'offre de contractualisation des rémunérations des médecins se multiplie. Longtemps déclinée, cette forme de rémunération semble maintenant séduire individuellement de nombreux praticiens alors que collectivement, l'Ordre des médecins et les syndicats n'y sont pas favorables. Pour expliquer ce dilemme, cet article émet l'hypothèse selon laquelle ce paradoxe repose sur un quiproquo sur les motivations des médecins à adopter ou s'opposer aux contrats. En s'appuyant sur l'analyse statistique d'un questionnaire réalisé auprès de 596 médecins, il montre que cette hypothèse de quiproquo est plausible.

49811
ARTICLE
BRAS (P.L.)

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise.

Les transformations des professions médicales : organisation, règles et rémunérations.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011 ; vol. 29 : n° 5 : Pages : 216-230
Cote Irdes : C, P85

Des dispositifs de rémunération selon les performances ont été mis en place en Angleterre (Quality Outcome Framework, QOF) et en France (contrat d'amélioration des pratiques, CAPI) pour les médecins de premier recours. La mise en regard de ces deux démarches fait apparaître des divergences fondamentales. Le système français est plus fruste que le dispositif anglais (moindre investissement, indicateurs limités, introduction d'objectifs d'économies immédiates, quasiment pas d'indicateurs de résultats, absence de modulation selon la composition ou le comportement de la patientèle, gestion des données externes au cabinet). La rusticité du système français s'explique notamment par le contexte politique des relations avec le corps médical. Le système anglais a été négocié avec les représentants de médecins et fait l'objet d'un large consensus au sein du corps médical. Le système français a été mis en place malgré l'opposition du corps médical. Par ailleurs, l'essentiel des différences tient non pas au dispositif lui-même mais à ses destinataires. Le QOF s'adresse à des cabinets dotés d'outils informatiques développés et organisés en équipe. Ils peuvent de ce fait gérer les incitations qui leur sont adressées. En France, le dispositif s'adresse à des médecins isolés qui disposent de peu de moyens techniques ou humains. Le contexte d'implantation apparaît comme un élément déterminant des effets que l'on peut attendre de cette forme de rémunération.

49810

ARTICLE

GINON (A.S.)

Prix, marché et liberté tarifaire en médecine.

Les transformations des professions médicales : organisation, règles et rémunérations.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011 ; vol. 29 : n° 5 : Pages : 204-215
Cote Irdes : C, P85

Le développement d'un vaste espace de liberté tarifaire, à partir de la création du double secteur tarifaire en 1980, a réhabilité le rôle du prix dans l'échange médical. Cette évolution significative fait levier aux valeurs libérales de la médecine et modifie la hiérarchie des valeurs à l'oeuvre dans l'éthique médicale. Elle conduit à accélérer les inégalités d'accès aux soins tout en activant des dépenses publiques nouvelles.

49776

FASCICULE

BELLAMY (V.)

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

Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/12 ; n° 786 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-honoraires-des-professionnels-de-sante-liberaux.html>

Entre 2009 et 2010, les honoraires totaux des médecins ont progressé, en moyenne, de 0,5 % en euros courants. Avec une hausse de l'indice des prix à la consommation de 1,5 % en 2010, ils reculent de 1 % en euros constants, après une hausse de 1,1 % en 2009. Entre 2002 et 2010, les honoraires totaux des praticiens ont progressé pour la plupart des spécialités, notamment ceux des ophtalmologues (+2,7 %), des anesthésistes (+2,4 %) et des pneumologues (+1,8 %). Seuls les honoraires des radiologues et dermatologues ont diminué en euros constants de respectivement 0,4 et 0,3 % en rythme annuel.

49414

ARTICLE

SAINT-LARY (O.), PLU (I.), NAIDITCH (M.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il révélateur ?

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2011/02 ; n° 2-3 : Pages : 180-209

Cote Irdes : C, R1856, P59

L'assurance maladie a lancé, début 2009, un programme dit de paiement à la performance pour les médecins généralistes : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Il propose aux médecins adhérents de majorer leur rémunération en échange d'une meilleure qualité de leur pratique, mesurée à partir d'une batterie d'indicateurs. L'article cherche à mettre en évidence les facteurs qui déterminent un médecin à y adhérer ou non, à partir d'entretiens collectifs de type focus group, avec des médecins adhérents, d'une part, et non-adhérents, d'autre part. À partir d'une grille construite par une équipe multidisciplinaire, ce travail montre que c'est d'abord le type de positionnement vis-à-vis de l'assurance maladie qui permet de prédire leur choix, mais qu'un second facteur a aussi un rôle propre : le jugement a priori qu'ils portent sur la capacité des indicateurs du CAPI à donner une image valide de la pratique de médecine générale. Les limites de ces résultats sont discutées tout en montrant comment ils permettent d'envisager de coupler au CAPI des incitations non monétaires susceptibles de permettre à des non-adhérents d'améliorer leur pratique (Résumé d'auteurs).

Réseaux
Networks

49981

ARTICLE, INTERNET

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

***Quelles informations sur les réseaux
formels et informels en santé ?***

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2012/02 : n° 53 : Pages :1-6, tabl., annexes

Cote : en ligne

http://argses.free.fr/textes/53_reseaux_informels_a.pdf

Une part de l'efficacité des soins de généraliste en France repose sur un fonctionnement en réseau dans le système de santé. Ces réseaux, informels, existent toujours et sont parfois complétés par des réseaux institutionnels. **Deux études seulement, d'Aline Sarradon-Eck et de Sibel Bilal, ont porté sur ces réseaux informels et sont présentées ici.** Ces études devraient être reprises et développées pour mieux **connaître les conditions favorables à l'activité des médecins et pour améliorer l'efficacité des réseaux institutionnels de santé.** (Résumé des auteurs).

Hôpital/Hospital

Coopération sanitaire Health cooperation

49913

ARTICLE

VAYSSETTE (P.)

Groupements de coopération sanitaire : de nouveaux objets.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2012/01-02 ; n° 42 : Pages : 28-31

Cote Irdes : P204

Depuis la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), les groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens ont le vent en poupe. Les GCS doivent avoir pour objet de **faciliter, développer ou d'améliorer l'activité de leurs membres. Utilisés à l'origine principalement par les établissements de santé en vue de mutualiser certains services (blanchisserie, restauration), les GCS ont vu leur périmètre s'élargir et s'ouvrir au monde libéral. Des réseaux, des médecins libéraux sont parfois membres de GCS en vue d'organiser les soins sur un territoire donné.**

Court séjour Short stay

49775

FASCICULE

EVAIN (F.)

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

Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/11 ; n° 785 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.drees.sante.gouv.fr/evolution-des-parts-de-marche-dans-le-court-sejour-entre-2005-et-2009,10149.html>

La généralisation de la tarification à l'activité en 2005 a conduit les établissements de santé à repenser leur mode de fonctionnement. Les ressources qui leur sont octroyées sont désormais fondées à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée via un objectif national de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, une certaine forme de concurrence est ainsi mise en place. Sur la période 2005-2009, l'activité de court-séjour produite par les établissements de santé a globalement augmenté, en nombre de séjours comme en montant remboursé aux établissements par l'assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs.

49341

FASCICULE

MOUQUET (M.C.)

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

Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/11 ; n° 783 : Pages : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-motifs-de-recours-a-l-hospitalisation-de-court-sejour-en-2008,10130.html>

En 2008, un homme sur sept et une femme sur cinq, soit 10,8 millions de personnes, ont été hospitalisées au moins une fois dans les unités de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soit 16,3 millions de séjours dans l'année. Les taux d'hospitalisation, tous âges confondus, s'établissent à 268 séjours pour 1 000 femmes et 241 pour 1 000 hommes. Globalement, les

femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes, en raison notamment de la maternité et parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés. Ainsi, à âge égal et en excluant les séjours relatifs à la maternité, les taux d'hospitalisation sont moins élevés pour les femmes que pour les hommes. Le recours le plus important à l'hôpital concerne bien sûr les âges extrêmes.

Financement
Financing

49716

ARTICLE

GIBELIN (J.L.), POLLET (K.), VASLET (J.C.)
Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

***Quelle politique et financement
alternatifs pour l'hôpital public
aujourd'hui et demain ? Actes du
séminaire.***

Spécial centres de santé.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/09 ; Supplément : Pages : 86-96
Cote Irdes : B7099

Ce dossier présente, en trois articles, les actes du séminaire : Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain, que C. Mills anime avec la Fondation Gabriel Péri. Les thèmes abordés sont les suivants : les partenariats public/privé, une mauvaise solution pour les hôpitaux, un cadeau pour le patronat ; loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) : la fin de l'hôpital public ; les restructurations dans la fonction publique hospitalière : le travail au cœur des enjeux.

49367

ARTICLE

O'REILLY (J.), BUSSE (R.), HAKKINEN (U.),
OR (Z.) et al.

***Paying for hospital care : the
experience with implementing
activity-based funding in five
European countries.***

*Payer pour les soins hospitaliers :
l'expérience de la tarification à l'activité
mise en place dans cinq pays européens.*

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2012/01; vol. 7 : n° 1 : Pages : 73-101
Cote Irdes : C, R1862

Following the US experience, activity-based funding has become the most common mechanism for reimbursing hospitals in Europe. Focusing on five European countries (England, Finland, France, Germany and Ireland), this paper reviews the motivation for introducing activity-based funding, together with the empirical evidence available to assess the impact of implementation. Despite differences in the prevailing approaches to reimbursement, the five countries shared several common objectives, albeit with different emphasis, in moving to activity-based funding during the 1990s and 2000s. These include increasing efficiency, improving quality of care and enhancing transparency. There is substantial cross-country variation in how activity-based funding has been implemented and developed. In Finland and Ireland, for instance, activity-based funding is principally used to determine hospital budgets, whereas the models adopted in the other three countries are more similar to the US approach. Assessing the impact of activity-based funding is complicated by a shortage of rigorous empirical evaluations. What evidence is currently available, though, suggests that the introduction of activity-based funding has been associated with an increase in activity, a decline in length of stay and/or a reduction in the rate of growth in hospital expenditure in most of the countries under consideration.

Performance
Performance

48550

FASCICULE

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

**Améliorer la pertinence des actes :
exemples de l'appendicectomie et de
la césarienne programmée.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2011/09/29 : Pages : 12p.

Cote Irdes : c, En ligne

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

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie déploie des programmes d'actions d'ampleur pour favoriser le respect des recommandations sanitaires et un recours approprié aux soins. Avec cette étude, elle a souhaité analyser le recours à deux interventions chirurgicales fréquentes en France, qui représentent chaque année près de 150 000 séjours en établissements de santé. Les données de l'Assurance Maladie montrent, pour chacune d'elles, une importante hétérogénéité dans les pratiques des établissements et des professionnels de santé.

Planification
Planning

49335

ARTICLE

MIZRAHI (Ar.), MIZRAHI (An.)

**La densité répartie : un instrument de
mesure des inégalités géographiques
d'accès aux soins.**

Les territoires de la santé.

VILLES EN PARALLELE

2010/12 ; n° 44 : Pages : 95-113, 2 tabl., graph., carte
Cote Irdes : A4298

La notion de densité hospitalière, variable macroéconomique présente trois inconvénients : uniformité pour un ensemble de communes qu'elles soient bien ou mal desservies, discontinuités aux frontières, non prise en compte de la taille des hôpitaux. De même, la notion de distance à l'hôpital le plus proche présente deux inconvénients : non prise en compte de la taille des hôpitaux ni de la disponibilité de leurs lits. Pour lever ces objections, on réunit ces deux concepts par une extension de la notion de densité intégrant la distance, ce qui lui donne un caractère microéconomique et continu : on crée une nouvelle variable, la densité répartie, nombre de lits pour 1000 habitants, en affectant virtuellement à chaque commune C un nombre de lits proportionnel à son nombre d'habitants et à l'attraction qu'exercent sur elle les différents hôpitaux. On montre que la densité répartie est une densité et qu'elle prend en compte les notions de taille des hôpitaux et de distance à ces hôpitaux. On présente un exemple d'application (800 000 habitants, 480 communes, zone de 85 sur 100 Km, 5 hôpitaux, 8 000 lits, attractions semi-logarithmiques). On calcule la densité répartie pour chaque commune et sa dispersion sur la zone ; on mesure l'effet sur cette dispersion de la fermeture de 250 lits dans chacun des 5 hôpitaux. L'égalité géographique est mesurée par la variance de la densité répartie.

48399

ARTICLE

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

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

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

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

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

49659

ARTICLE

SANCHEZ (N.)

Services de soins de suite et de réadaptation : quelles transformations ?

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/09-10 ; n° 542 : Pages : 66-67
Cote Irdes : C, P22

Après n'avoir suscité qu'un faible intérêt pendant de nombreuses années, le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) connaît aujourd'hui une acuité particulière et d'importantes transformations. Par la nature même de ses prises en charge - il se situe à l'articulation entre le MCO, le médico-social et la ville - le SSR reflète les enjeux du système de santé, qu'il s'agisse de l'organisation de l'offre de soins, des parcours patients ou des coopérations (D'après l'introduction).

Tarification hospitalière
Hospital payment system

49816

ARTICLE

LAUDE (L.), PEYRET (P.)

T2A et contrôle de gestion ou l'art de la mesure.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011 ; vol. 29 : n° 4 : Pages : 141-153
Cote Irdes : C, P85

La mise en place en 2004 d'une tarification à l'activité (T2A) a marqué une nouvelle étape qui interroge le chercheur et les utilisateurs sur au moins 2 points : Comment les politiques publiques construisent-elles des capacités d'actions spécifiques pour les acteurs de terrain ? Comme tous les systèmes de mesure, ceux qui rendent compte de l'activité et du

pilotage financier ne sont pas neutres ; comment dès lors sont-ils mis en oeuvre et divergent-ils par rapport à leurs principes initiaux ? Les auteurs s'appuient pour répondre à ces questions sur la réforme du financement des établissements de santé pour proposer quelques pistes de réflexion sur les outils de mesure et leurs impacts à partir de l'exemple de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et de la comptabilité analytique dans les établissements de santé.

Professions de santé/Health professions

Biologie médicale Medical biology

49634

ARTICLE

FERREOL (D.), BARGNOUX (P.J.),
BALLEREAU (M.)

Restructuration de la biologie.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/07-08 ; n° 541 : Pages : 8-13
Cote Irdes : C, P22

Ce dossier revient sur la réforme de la biologie médicale issue de l'article 69 de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST). Il présente les prémices de la réforme et examine les implications des nouvelles mesures (processus d'accréditation, médicalisation reconnue...).

Coopération interprofessionnelle Interprofessional cooperation

49809

ARTICLE

GINON (A.S.)

Les coopérations entre professionnels de santé.

Les transformations des professions médicales :
organisation, règles et rémunérations.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011 ; vol. 29 : n° 5 : Pages : 196-203
Cote Irdes : C, P85

L'introduction par la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) de protocoles de coopération entre professionnels de santé dans le champ du droit n'est pas une opération neutre. Elle témoigne de la pénétration dans l'ordre du droit de la logique managériale et surtout modifie sensiblement la façon de cons-

truire et de se représenter les professions de santé.

49637

ARTICLE

ANQUETIL (B.)

Coopérations entre professionnels de santé et mise en oeuvre des protocoles : rôle des agences régionales de santé.

Coopération entre professionnels : expérimentations et enjeux.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/07-08 ; n° 541 : Pages : 24-27
Cote Irdes : C, P22

Inscrit dans la loi HPST, (Hôpital Patients Santé et Territoire) le protocole de coopération consiste en la délégation d'un acte ou d'une activité dérogatoire entre un déléguant et des délégués. Elaboré par des professionnels de santé, il doit faire l'objet d'une validation par la Haute Autorité de santé et par l'Agence régionale de santé qui délivre au final un arrêté d'autorisation et enregistre les adhésions des professionnels au protocole autorisé. Cet article présente les aspects techniques et stratégiques de la mise en place d'un protocole de coopération, mise en place qui s'avère lourde voire complexe, et expose le rôle joué par l'Agence régionale de santé.

49635

ARTICLE

MICHAUD (S.)

Coopération entre professionnels de santé : un exercice partagé avant la redéfinition des métiers ?

Coopération entre professionnels : expérimentations et enjeux.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/07-08 ; n° 541 : Pages : 16-20
Cote Irdes : C, P22

Dans une première partie, l'auteur apporte quelques repères sur des notions fréquemment évoquées depuis 2002 : transfert/délégation de

tâches, transfert de compétences, coopération entre professionnels de santé. Puis, il revient sur le contexte législatif favorable à l'évolution des métiers, de l'article 131 de la loi du 9 août 2004 à l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoire) du 21 juillet 2009, s'attardant sur les enjeux de cet article 51 qui affirme le principe général de coopération entre professionnels de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Médicaments/Pharmaceuticals

Innovation médicale Medical innovation

49501
ARTICLE

L'année 2011 du médicament : un sursaut en France en faveur des patients après Mediator dans un contexte de surplace général.

REVUE PRESCRIRE
2012/02 ; vol. 32 ; n° 340 ; Pages : 134-140, tabl.
Cote Irdes : P80

Cet article fait un bilan de la politique du médicament en France pour l'année 2011 : peu d'innovations médicales, évaluation insuffisantes des médicaments par les agences, scandale du Médiator...Le bilan est guère positif.

49494
ARTICLE
PUNGIER (V.)

Nouvelles molécules : 2011, l'année pauvre.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2012/02/04 ; n° 2918 ; Pages : 24-29
Cote Irdes : P44

Cet article dresse un bilan des innovations dans le domaine du médicament en France : quatre nouveaux principes actifs en médecine de ville, huit en pharmacie hospitalière. L'exigence accrue en matière de sécurité explique peut-être ce manque d'innovation.

Médicaments antipsychotiques Antipsychotic drugs

49380
ARTICLE
FALISSARD (B.)

Mieux évaluer l'action des médicaments antipsychotiques.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE
MEDECINE
2010/03 ; vol. 194 ; n° 3 ; Pages : 595-603
Cote Irdes : P76

La méthodologie d'évaluation des produits médicamenteux est aujourd'hui bien établie. Elle repose, d'une part sur des études scientifiques réalisées en vue de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché et, d'autre part sur des études moins rigoureuses méthodologiquement visant à évaluer l'effet des produits en situation réelle de prescription dans un système de soin donné. Des progrès sont à attendre pour réduire le différentiel méthodologique entre les deux perspectives. Dans le domaine des médicaments antipsychotiques, ces progrès devraient porter en premier lieu sur la définition des critères d'efficacité. Des travaux récents montrent en effet que des améliorations symptomatiques peuvent entraîner un meilleur « insight » qui à son tour peut augmenter le niveau d'exigence du patient. Il peut en résulter une stagnation de la qualité de vie perçue. Les essais randomisés ne permettent en outre qu'une médiocre transposabilité de leurs résultats à la pratique clinique quotidienne. Des études d'épidémiologie évaluative, rigoureuses sur un plan méthodologique et réalisées par des organismes indépendants doivent être encouragées.

Médicaments génériques
Generic drugs

49711

ARTICLE

GODMAN (B.), WETTERMARK (B.), SERMET (C.) et al.

European payer initiatives to reduce prescribing costs through use of generics.

Les initiatives des financeurs européens pour réduire le coût des prescriptions par le recours aux médicaments génériques.

GABI JOURNALS : GENERICS AND BIOSIMILARS INITIATIVE JOURNAL

2012 ; vol. 1 : n° 1 : Pages : 22-27, 5 tabl.

Cote Irdes : R1868

<http://gabi-journal.net/european-payer-initiatives-to-reduce-prescribing-costs-through-use-of-generics.html>

Pharmaceutical expenditure is increasingly scrutinised by payers of health care in view of its rapid growth resulting in a variety of reforms to help moderate future growth. This includes measures across Europe to enhance the utilisation of generics at low prices. A narrative review of the extensive number of publications and associated references from the co-authors was conducted, supplemented with known internal health authority or web-based articles. Each European country has instigated different approaches to generic pricing, which can be categorised into three groups, with market forces in Sweden and UK lowering the prices of generics to between 3–13% of pre-patent loss originator prices. Payers have also instigated measures to enhance the utilisation of generics versus originators and patent-protected products in a class or related class. These can be categorised under the 4Es: education, engineering, economics and enforcement, with the measures appearing additive. The combination of low prices for generics coupled with measures to enhance their utilisation has resulted in appreciable cost savings in some European countries with expenditure stable or decreasing alongside increased utilisation of products in a class.

Reforms will increase as resource pressures continue to grow with the pace of implementation being likely to accelerate. Care though with the introduction of prescribing restrictions to maximise savings as outcomes may be different from expectations.

49496

ARTICLE

BADINA (J.)

Risque générique : innover... ou négocier.

PHARMACEUTIQUES

2012/01 ; n° 193 : Pages : 18-21

Cote Irdes : P28

Confrontés à la chute de leurs brevets dans le domaine public, les laboratoires mettent en place deux types de stratégie : offensive, avec de nouvelles innovations en relais de croissance, défensive pour limiter les pertes de chiffres d'affaires.

Pharmacovigilance
Drug safety

49502

ARTICLE

Bilan 2011 des conditionnements : trop de dangers et trop de patients oubliés.

REVUE PRESCRIRE

2012/02 ; vol. 32 : n° 340 : Pages : 141-146, tabl.

Cote Irdes : P80

Cet article fait un bilan du conditionnement des médicaments en France pour l'année 2011 et analyse la balance Bénéfice/Risque pour la santé des patients encore trop souvent négligés.

Politique du médicament
Drug policy

49498

ARTICLE

REQUILLART (H.), MORISSON (J.), ICART (J.) et al.

Dossier les Universités pharmaceutiques : Rebâtir, c'est construire pour demain.

PHARMACEUTIQUES

2012/01 ; n° 193 : Pages : 37-53

Cote Irdes : P28

Ce dossier rend compte des réflexions de la 15^e édition des universités de Pharmaceutiques sur l'évolution de la politique du médicament, et notamment, l'impact de la loi renforçant la sécurité des produits de santé sur l'accès à l'innovation pharmaceutique. Il aborde le volet de l'évaluation médico-économique avec notamment la création possible d'un index thérapeutique, qui remplacerait les concepts SMR (Service médical rendu) et ASMR (Amélioration du service médical rendu). Cet index prendrait en compte : l'évolution du rapport bénéfice/risque, la gravité de la pathologie, l'existence ou non d'alternatives thérapeutiques et l'intérêt du produit pour des sous-groupes de patients.

Remboursement
Reimbursement

50246

ARTICLE

DRUMMOND (M.), TOWSE (A.)

Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe ?

Est-ce le temps de reconsidérer le rôle du co-paiement des médicaments par les patients en Europe ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/04 ; vol. 13 ; n° 1 : Pages : 1-5

Cote Irdes : P151

Technologies médicales/Medical technologies

Dossier médical personnel Electronic record

49643

ARTICLE

BERANGER (J.), LE COZ (P.), SERVY (H.)

DMP et finalité de la conservation des données personnelles de santé : à propos de l'avis n° 104 du CCNE.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2011/07-08 ; n° 541 ; Pages : 50-53

Cote Irdes : P22

Les premiers pas sur le terrain, début 2011, du dossier médical personnel font émerger plusieurs questions concrètes. Quel sera l'impact de cet outil informatique sur les aspects cliniques et la responsabilité de l'exercice médical ? Sur quels équilibres économiques repose-t-il ? La vie privée des patients sera-t-elle totalement respectée ? Quels en sont les usages et bénéfices attendus ? L'information médicale restera-t-elle la même pour tous ? Le comité consultatif national d'éthique a émis un avis sur l'ensemble de ces questions le 29 mai 2008 (avis n° 104). Son rapport propose une réflexion prospective, axée notamment sur le risque de détournement de finalité dans l'utilisation des données personnelles des patients.

Systemes de santé étrangers/ Foreign health care systems

Australie Australia

49306
ARTICLE
PINEAU (C.)

Spécificités de la médecine rurale : l'expérience australienne.

Santé et histoire
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 33 : Pages : 91-97
Cote Irdes : P168

La santé en milieu rural est un enjeu pour de nombreux pays, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. L'Australie est exemplaire à de nombreux points de vue sur ce sujet, tout d'abord parce que le problème y est particulièrement prégnant compte tenu de l'immensité du territoire et de la répartition très inégale de la population, mais surtout parce que des solutions ont été pensées pour résoudre ces problèmes depuis les années 1990. Des programmes attractifs ont été créés (par exemple les Rural Clinical School) afin de former les professionnels de la santé à l'exercice en zone rurale et les encourager à rester dans ces zones en leur offrant des perspectives de carrière.

Danemark Denmark

49515
ARTICLE
SCHIOTZ (M.), PRICE (M.), FROLICH (A.),
SOGAARD (J.), et al.

Something is a miss in Denmark: A comparison of preventable hospitalisations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Healthcare system and Kaiser Permanente.

*Quelque chose ne va pas au Danemark : une
comparaison des hospitalisations évitables
et des réhospitalisation pour des maladies
chroniques dans le système de soins de
santé danois et le Kaiser Permanente.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 ; vol. 11 : n° 347 : Pages : 10p., tabl.
Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/347>

Des recherches antérieures ont indiqué que la coordination des soins aux malades chroniques dans le système de santé du Danemark est un point faible, surtout en comparaison avec les soins de Kaiser Permanente (KP), système de prestation intégrée installé aux États-Unis. **Cette étude étudie les taux d'hospitalisation et les taux de réadmission des malades chroniques au sein des deux systèmes.**

49421
FASCICULE

Centre des Liaisons Européennes et
Internationales de Sécurité Sociale.
(C.L.E.I.S.S.). Paris. FRA

2012 : Septième présidence du Conseil de l'Union Européenne pour le Danemark

DECRYPTAGES
2012/01 ; n° 8 : Pages : 12p., graph., cartes
Cote Irdes : en ligne
[http://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage08/p
rojet/DECRYPTAGE-8.pdf](http://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage08/p
rojet/DECRYPTAGE-8.pdf)

Depuis janvier 2012, le Danemark assure pour six mois la présidence de l'Union européenne. A cette occasion, ce fascicule offre un aperçu du régime danois de protection sociale, une présentation des accords de sécurité sociale

conclus par le Danemark avec d'autres pays et l'évolution des flux en matière des dépenses de santé entre nos deux États.

Etats-Unis
United States

50019

FASCICULE

RESCHOVSKY (J.D.), GHOSH (A.), STEWART (K.), et al.

Paying More for Primary Care: Can It Help Bend the Medicare Cost Curve?

Le fait de payer davantage pour les soins primaires peut-il infléchir le coût du Medicare ?

Issue Brief – COMMONWEALTH FUND

2012 ; Pages : 14p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.commonwealthfund.org>

<http://www.commonwealthfund.org2>

The health reform law boosted Medicare fees for primary care ambulatory visits by 10 percent for five years starting in 2011. Using a simulation model with realworld parameters, we evaluate the effects of a permanent 10 percent increase in these fees. Our analysis shows the fee increase would increase primary care visits by 8.8 percent, and raise the overall cost of primary care visits by 17 percent. However, these increases would yield more than a sixfold annual return in lower Medicare costs for other services—mostly inpatient and postacute care—once the full effects on treatment patterns are realized. The net result would be a drop in Medicare costs of nearly 2 percent. These findings suggest that, under reasonable assumptions, promoting primary care can help bend the Medicare cost curve.

49715

ARTICLE

RAUCH (F.)

La réforme du système de santé d'Obama.

Spécial centres de santé.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/09 ; Supplément : Pages : 66-71

Cote Irdes : B7099

Après une présentation du système de santé aux Etats-Unis, cet article analyse la réforme mise en place par Obama le 21 mars 2010, ses forces, ses faiblesses et les résistances des Conservateurs... Il comprend un historique des différentes réformes entreprises à ce jour.

49497

ARTICLE

CASALONGA (S.)

La réforme ObamaCare menacée (Etats-Unis).

PHARMACEUTIQUES

2012/01 ; n°193 : Pages : 26-28

Cote Irdes : P28

Signée par le Président Obama en mars 2010, la loi de réforme de l'assurance maladie marque un tournant dans la politique de santé américaines. De lourdes menaces politiques, budgétaires et judiciaires pèsent néanmoins sur sa mise en oeuvre. Cet article fait une analyse de la situation.

Pays-Bas
The Netherlands

50250

ARTICLE

ROOS (A.F.), SCHUT (F.T.)

Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands.

Effets de débordement de l'assurance complémentaire sur l'assurance maladie de base : évidences issues des Pays-Bas.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/04 ; vol. 13 : n° 1 : Pages : 51-62, 7 tabl.

Cote Irdes : P151

Like many other countries, the Netherlands has a health insurance system that combines mandatory basic insurance with voluntary supplementary insurance. Both types of insurance are founded on different principles. Since basic and supplementary insurance are sold by the same health insurers, both markets may interact. This paper examines to what extent basic and supplementary insurance are linked to each other and whether these links generate spillover effects of supplementary on basic insurance. Our analysis is based on an investigation into supplementary health insurance contracts, underwriting procedures and annual surveys among 1,700-2,100 respondents over the period 2006-2009. We find that health insurers increasingly use a variety of strategies to enforce a joint purchase of basic and supplementary health insurance. Despite incentives for health insurers to use supplementary insurance as a tool for risk selection in basic insurance, we find limited evidence of supplementary insurance being used this way. Only a minority of health insurers uses health questionnaires when people apply for supplementary coverage. Nevertheless, we find that an increasing proportion of high-risk individuals believe that insurers would not be willing to offer them another supplementary insurance contract. We discuss several strategies to prevent or to

counteract the observed negative spillover effects of supplementary insurance.

50245

ARTICLE

WESTERDIJK (M.), ZUURBIER (J.),
LUDWIG (M.), PRINS (S.)

Defining care products to finance health care in the Netherlands.

Définir la production de santé pour financer le système de santé aux Pays-Bas.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/04 ; vol. 13 : n° 2 : Pages : 203-221, 10 fig., 8 tabl.

Cote Irdes : P151

A case-mix project started in the Netherlands with the primary goal to define a complete set of health care products for hospitals. The definition of the product structure was completed 4 years later. The results are currently being used for billing purposes. This paper focuses on the methodology and techniques that were developed and applied in order to define the casemix product structure. The central research question was how to develop a manageable product structure, i.e., a limited set of hospital products, with acceptable cost homogeneity. For this purpose, a data warehouse with approximately 1.5 million patient records from 27 hospitals was built up over a period of 3 years. The data associated with each patient consist of a large number of a priori independent parameters describing the resource utilization in different stages of the treatment process, e.g., activities in the operating theatre, the lab and the radiology department. Because of the complexity of the database, it was necessary to apply advanced data analysis techniques. The full analyses process that starts from the database and ends up with a product definition consists of four basic analyses steps. Each of these steps has revealed interesting insights. This paper describes each step in some detail and presents the major results of each step. The result consists of 687 product groups for 24 medical specialties used for billing purposes.

Pays industrialisés
Developed countries

50247

ARTICLE

LEITER (A.M.), THEURL (E.)

The convergence of health care financing structures: empirical evidence from OECD-countries.

La convergence des structures de financement des soins : évidence empirique à partir des pays de l'OCDE.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/04 ; vol. 13 : n° 1 : Pages : 7-18, 6 fig.

Cote Irdes : P151

The convergence/divergence of health care systems between countries is an interesting facet of the health care system research from a macroeconomic perspective. In this paper, we concentrate on an important dimension of every health care system, namely the convergence/ divergence of health care financing (HCF). Based on data from 22 OECD countries in the time period 1970–2005, we use the public financing ratio (public financing in % of total HCF) and per capita public HCF as indicators for convergence. By applying different concepts of convergence, we find that HCF is converging. This conclusion also holds when we look at smaller subgroups of countries and shorter time periods. However, we find evidence that countries do not move towards a common mean and that the rate of convergence is decreasing over time.

Prévision-Evaluation/Prevision-Evaluation

Analyse coût-efficacité Cost-benefit analysis

50251
ARTICLE

KRUSE (M.), SORENSEN (J.), GYRD-HANSEN (D.)

Future costs in cost-effectiveness analysis: an empirical assessment.

Coûts futurs dans les analyses coût-efficacité: une évaluation empirique.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2012/04 ; vol. 13 : n° 1 : Pages : 63-70, 2 tabl., 2 fig.
Cote Irdes : P151

The aim of this study was to assess the impact on the cost-effectiveness ratio of including measures of production and consumption following a health care or health promotion intervention that improves survival. We defined the net incremental consumption, or future costs, as the change in consumption minus change in production, while differentiating between health care and non-health care consumption. Based on 2005 register-based data for the entire Danish population, we estimated the average value of annual production and consumption for 1-year age groups. We computed the net consumption in the remaining expected lifetime and the net consumption per life year gained for different age groups. Age has a profound effect on the magnitude of net consumption. When including net incremental consumption in the cost-effectiveness ratio of a health care or health promotion intervention, the relative cost-effectiveness changed up to <euro>21,000 across age groups. The largest difference in the cost-effectiveness ratio was observed among the 30-year-olds where costs were reduced significantly due to significant future net contributions to society. This paper contains cost figures for use in cost-

effectiveness analyses, when the societal perspective is adopted and future consumption and production effects are taken into account. The net consumption varies considerably with age. Inclusion of net incremental consumption in the cost-effectiveness analysis will markedly affect the relative cost-effectiveness of interventions targeted at different age groups. Omitting future cost from cost-effectiveness analysis may bias the ranking of health care interventions and favour interventions aimed at older age groups. We used Danish data for this assessment, and our results will therefore not represent true figures for other countries. We do, however, believe that the overall impact of including net production value in CEA will be similar in other countries that have similar transfers of income from the younger age groups to older age groups as well as publicly financed social and health care services.

Bibliométrie Bibliometrics

50006
ARTICLE
BACH (J.F.)

L'utilisation de la bibliométrie dans l'évaluation scientifique des médecins et des chercheurs.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE
2011/06 ; vol. 195 : n° 6 : Pages : 1223-1233
Cote Irdes : P76

L'analyse quantitative des publications et de leurs citations qu'on appelle bibliométrie, a pris une place croissante dans l'évaluation des chercheurs et des médecins hospitaliers. S'agissant de ces derniers, la bibliométrie est utilisée pour le calcul des budgets hospitaliers. Certes la bibliométrie est attrayante parce

qu'elle fournit rapidement des chiffres qui ont un certain lien avec la productivité scientifique, néanmoins elle est très souvent mal utilisée. Les paramètres choisis sont discutables et parfois sans valeur en raison d'erreurs matérielles ou d'inadaptations à la situation dans laquelle on a recours à eux. Plus grave, ramener l'activité d'un chercheur ou d'un médecin au seul nombre de ses publications et de ses citations sans analyser le travail réalisé, son importance et ses retombées, peut conduire à des erreurs graves.

Politique publique
Public policy

49342
ARTICLE
SALAIS (R.)

Indicateurs et conduite des politiques publiques : où sont les problèmes ?

INFORMATIONS SOCIALES
2011/09-10 ; vol. : n° 167 ; Pages : 60-70
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-60.htm>

Pour mesurer la performance, credo unique de la nouvelle gestion de services publics, les résultats sont évalués en fonction de batteries d'indicateurs dont la légitimité se fonde sur " l'objectivité " irréfutable du chiffre. Pourtant, non seulement l'approche quantitative, échouant à capter le réel, est difficilement compatible avec la justice sociale, mais elle crée des distorsions dans l'action publique qui l'écartent des impératifs de la démocratie (Résumé d'auteur).

Méthodologie-Statistique/Methodology-Statistics

Enquêtes Surveys

50525

ARTICLE

GOLDBERG (M.) / coord., ZINS (M.) / coord.

Apport des cohortes à la connaissance de la santé.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2012/03 ; n° 78 ; Pages : 11-52

Cote Irdes : c, P49

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=118&menu=111281>

50427

FASCICULE

EDWARDS (P.), ROBERTS (I.), CLARKE (M.)
et al.

The Cochrane Library. Oxford. GBR

Methods to increase response rates to postal questionnaires.

Méthodes d'amélioration des taux de réponses aux questionnaires postaux

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC
REVIEWS

2007 ; n° 4 ; Pages : 186p., tabl.

Cote Irdes : c, COCH17

Postal questionnaires are widely used for data collection in epidemiological studies but non-response reduces the effective sample size and can introduce bias. Finding ways to increase response rates to postal questionnaires would improve the quality of health research. To identify effective strategies to increase response rates to postal questionnaires, we aimed to find all randomised controlled trials of strategies to increase response rates to postal questionnaires. We searched 14 electronic databases to February 2003 and manually searched the reference lists of relevant trials and reviews, and all issues of two journals. We contacted the

authors of all trials or reviews to ask about unpublished trials. Where necessary, authors were also contacted to confirm methods of allocation used and to clarify results presented. We assessed the eligibility of each trial using pre-defined criteria : Randomised controlled trials of methods to increase response rates to postal questionnaires. We extracted data on the trial participants, the intervention, the number randomised to intervention and comparison groups and allocation concealment.

50388

FASCICULE

EDWARDS (P.), ROBERTS (I.), CLARKE (M.)
et al.

The Cochrane Library. Oxford. GBR

Methods to increase response to postal and electronic questionnaires.

Méthodes d'amélioration des taux de réponses aux questionnaires postaux et électroniques

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC
REVIEWS

2009 ; n° 3 ; Pages : 468p., tabl.

Cote Irdes : c, COCH18/1-2

Postal and electronic questionnaires are widely used for data collection in epidemiological studies but non-response reduces the effective sample size and can introduce bias. Finding ways to increase response to postal and electronic questionnaires would improve the quality of health research. To identify effective strategies to increase response to postal and electronic questionnaires, We searched 14 electronic databases to February 2008 and manually searched the reference lists of relevant trials and reviews, and all issues of two journals. We contacted the authors of all trials or reviews to ask about unpublished trials. Where necessary, we also contacted authors to confirm methods of allocation used and to clarify results presented. We assessed the eligibility of each trial using pre-defined

criteria : Randomised controlled trials of methods to increase response to postal or electronic questionnaires. We extracted data on the trial participants, the intervention, the number randomised to intervention and comparison groups and allocation concealment.

Indicateurs de santé Health indicators

49330

ARTICLE, INTERNET

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

Score ASA et mesure médicale de l'état de santé dans les enquêtes ménages.

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2012/01 ; n° 52 : Pages : 1-6, tabl., annexes

Cote Irdes : En ligne

http://argses.free.fr/textes/52_Score_ASA_et_indicateur_medical_de_morbidite.pdf

On observe une grande similitude entre le score ASA (Physical Status Score) des anesthésistes et l'IMM (indicateur médical de morbidité) du CREDES (Centre de Recherche en Economie de la Santé, devenu Irdes en 2004). L'IMM est plus détaillé dans les états de santé peu graves, car il concerne la population générale alors que le score ASA concerne les seuls patients en attente d'une intervention chirurgicale. A partir de l'IMM, on peut donc, par regroupement, estimer la distribution du score ASA en population générale. Cette proximité entre le score ASA et l'IMM conforte la validité de ce dernier et des efforts pour le perfectionner. On montre que l'IMM apporte une information originale sur l'état de santé qu'aucune autre information obtenue dans les enquêtes auprès des ménages ne fournit.

Statistique publique Public statistic

50048

ARTICLE

LE GLEAU (J.P.), ROYER (J.F.)
Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

Le centre d'accès sécurisé aux données de la statistique publique française : un nouvel outil pour les chercheurs.

COURRIER DES STATISTIQUES

2011/05 ; n° 130 : Pages : 1-5

Cote Irdes : S15

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs130e.pdf

En 2010, l'Insee a mis en place un nouveau dispositif d'accès aux fichiers individuels de la statistique publique, essentiellement à destination des chercheurs : le CASD, « centre d'accès sécurisé distant ». Rendu possible par l'évolution récente de la loi de 1951 sur le secret en matière de statistiques, il permet d'accéder à des données individuelles selon une procédure très réglementée. Cet article en donne une présentation générale.

Démographie-Modes de vie/ Demography-Living conditions

Logement Housing

49934

FASCICULE

BUISSON (G.), DAGUET (F.)

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

Qui vit seul dans son logement ? Qui vit en couple ?

INSEE PREMIERE

2012/02 ; n° 1392 : Pages : 4p., tabl., fig.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1392/ip1392.pdf>

Entre 1990 et 2008, la part des personnes qui vivent seules dans leur logement a augmenté. Cet accroissement est particulièrement marqué entre 30 et 59 ans, surtout pour les hommes. Parmi les hommes actifs, ceux qui habitent le plus souvent seuls sont les employés et les ouvriers. Les agriculteurs sont les hommes qui résident le moins souvent seuls, en 1990 comme en 2008. Mais ce ne sont pas eux qui habitent le plus souvent en couple : ils partagent fréquemment leur logement avec au moins un de leurs deux parents. Les hommes habitant le plus souvent avec une conjointe sont les artisans et les cadres. La situation est très différente pour les femmes : en 2008 comme en 1990, celles qui résident le plus souvent seules sont les cadres. C'est toutefois l'unique catégorie sociale pour laquelle la part de femmes seules n'a pas augmenté. Avant 40 ans, les femmes cadres résident davantage en couple qu'en 1990 et ce sont désormais les ouvrières qui vivent le moins souvent en couple, notamment parce qu'elles sont plus fréquemment qu'avant mères de famille monoparentale. Après 40 ans, ce sont les femmes cadres qui habitent le moins souvent en couple ; à partir de cet âge, elles

sont presque aussi souvent mères de famille monoparentale que les ouvrières.

Pauvreté Poverty

50057

FASCICULE, INTERNET

ANTUOFERMO (M.), DI MEGLIO (E.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

23 % des citoyens européens étaient menacés de pauvreté en 2010

23 % of EU citizens were at risk of poverty or social exclusion in 2010.

STATISTICS IN FOCUS : POPULATION AND SOCIAL CONDITIONS

2012/02 ; n° 9/2012 : Pages : 7p., tabl., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-009/EN/KS-SF-12-009-EN.PDF

En 2010, 115 millions de personnes, soit 23,4 % de la population, étaient menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale dans l'Union européenne des 27 pays membres. Cela signifie que ces personnes étaient confrontées à au moins une des trois formes d'exclusion suivantes : à risque de pauvreté, en situation de privation matérielle grave ou vivant dans des ménages à très faible intensité de travail. La réduction du nombre de personnes confrontées dans l'UE au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est un objectif clé de la stratégie Europe 2020. En 2010, les plus fortes proportions de personnes menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale se situaient en Bulgarie (42 %), en Roumanie (41 %), en Lettonie (38 %), en Lituanie (33 %) et en Hongrie (30 %), et les plus faibles en République tchèque (14 %), en Suède et aux Pays-Bas (15 %)

chacun) ainsi qu'en Autriche, en Finlande et au Luxembourg (17 % chacun).

Economie générale/Economy

Travail

Labor

49932

FASCICULE

MANSUY (A.), WOLFF (L.)

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

Une photographie du marché du travail en 2010. Depuis 2008, chômage et sous-emploi progressent.

INSEE PREMIERE

2012/02 ; n° 1391 : Pages : 4p.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1391/ip1391.pdf>

En 2010, 25,7 millions de personnes ont un travail et 2,7 millions sont au chômage au sens du BIT Bureau international du travail). Sur dix personnes qui travaillent, on compte un non-salarié, cinq ouvriers ou employés et quatre cadres ou professions intermédiaires. Une large majorité de salariés travaillent avec un contrat à durée indéterminée, mais les autres formes de contrat (Intérim, apprentissage, contrats à durée déterminée) progressent sensiblement, surtout chez les plus jeunes. De plus, 6 % des personnes ayant un emploi sont en situation de sous-emploi. Cette situation est plus courante parmi les jeunes, les employés et les femmes. Depuis 2008, le chômage gagne les cadres et les plus qualifiés, catégories jusqu'alors les plus préservées. C'est parmi les plus de 50 ans, que le chômage a le plus progressé, même si les plus jeunes et les moins qualifiés restent les plus touchés.

Documentation/Documentation

Pubmed

Pubmed

49523

ARTICLE

SHARIFF (S.Z.), SONTROP (J.M.), HAYNES
(R.B.)

***Impact of PubMed search filters on
the retrieval of evidence by physi-
cians.***

*L'impact des filtres de recherche PubMed
sur la récupération d'éléments de preuve
par les médecins.*

CMAJ : Canadian Medical Association Journal

2011 : Pages : : 8p.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.cmaj.ca/content/184/3/E184.full>

Retrieving health information is a cornerstone of evidence-based practice. This paper published in the Canadian Medical Association Journal (CMAJ) reviews the challenges physicians face when searching the PubMed Internet database for research evidence and investigates whether the use of search filters in PubMed improves searching.

Réglementation/Law

Dons d'organes Organ donations

50249
ARTICLE
BILGEL (F.)

The impact of presumed consent laws and institutions on deceased organ donation.

L'impact des lois sur le consentement présumé et des institutions sur la donation d'organes.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2012/04 ; vol. 13 ; n° 1 : Pages : 29-38, 4 tabl.
Cote Irdes : P151

This article purports to advance the literature on the impact of presumed consent laws on deceased donation rates by examining the interactions between a presumed consent legal regime and other customs and institutions, using data on health expenditure, death rates caused by cerebro vascular diseases, motor vehicle accidents and homicides, legislation, legal systems, family consent, civil rights and liberties and donor registry systems, for 24 countries over a 14-year period. Countries in which presumed consent is enacted exhibit significantly higher donation rates only if family consent is routinely sought and a combined registry is maintained or neither practice is administered. Otherwise, presumed consent legislation does not have a sizeable impact on deceased donation rates.

Droit de la Sécurité sociale Social security law

50013
ARTICLE

FOUCHARD-TESSIER (B.), MARTINEL (A.)

Indemnités journalières de l'assurance maladie.

DROIT SOCIAL
2012/03 ; n° 3 : Pages : 291-301
Cote Irdes : P109

Dans un contexte de crise économique, les indemnités journalières versées lors des arrêts de travail ont été sous les feux de l'actualité lors de la préparation de la loi de financement de sécurité sociale pour 2012. Devant le levier de bouclier de nombreux parlementaires, la réforme envisagée par le gouvernement a avorté. Seul un abaissement du plafond des indemnités journalières a été retenu (décret n° 2011-1957 du 26 décembre 2011).

49698
ARTICLE

CHAUCHARD (J.P.)

Les nécessaires mutations de l'Etat Providence : du risque social à l'émergence d'un droit-besoin.

DROIT SOCIAL
2012/02 ; n° 2 : Pages : 135-139
Cote Irdes : P109

Si les assurances sociales sont apparues comme liées au salaire et au risque, la Sécurité sociale a mis davantage l'accent sur le besoin et le revenu. Œuvre de solidarité nationale, elle s'est élargie à l'ensemble de la population, le droit régissant les rapports des citoyens avec les institutions chargées de la distribution des prestations, elles-mêmes liées à l'état de besoin. A partir d'un historique sur l'évolution de la Sécurité sociale depuis son avènement en 1945, cet article démontre comment le

fondement de la protection sociale est passé du concept de risque social à la notion de besoin.

49506
ARTICLE
FROUIN (J.Y.)

La rupture pour inaptitude.

DROIT SOCIAL
2012/01 ; n° 1 : Pages : 22-28
Cote Irdes : P109

L'inaptitude au travail peut être due à une insuffisance physique mais aussi à une insuffisance professionnelle. Après un **historique sur l'évolution du droit** relativement à ces deux concepts très distincts, cet article **l'aborde dans le sens juridique strict du Code du travail, c'est-à-dire l'inaptitude physique.**

Pharmacovigilance

Drug safety

50376
ARTICLE

Politique du médicament : une loi de " sécurité du médicament " trop faible.

REVUE PRESCRIRE
2012/04 ; vol. 32 : n° 342 : Pages : 292-304
Cote Irdes : P80

Cet article analyse les principales mesures de la réforme du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (JO du 30 décembre 2011). Elle est issue des **réflexions nées de l'affaire Mediator**. Son objectif est de concilier sécurité sanitaire et progrès thérapeutique, en assurant la transparence des décisions des autorités de santé et des liens d'intérêts.

50008
FASCICULE

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

La loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

CAHIERS DE L'ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS (LES)
2012 ; n° 2 : Pages : 28p.
Cote Irdes : A4338
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales>

Ce cahier thématique élaboré par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens apporte des éclaircissements sur la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicaments et des produits de santé.

49373
ARTICLE
GUARDIOLA (I.)

Timide réforme du médicament.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
2012/01/07 ; n° 2913-2914 : Pages : 10-11
Cote Irdes : P44

La loi relative à la réforme du médicament en France est paru au Journal officiel du 30 décembre 2012 et les décrets d'application devraient paraître dans les prochains mois. Elle réforme les règles déontologiques entre le monde de la santé et l'industrie ; la surveillance du médicament et l'information aux patients et aux professionnels de santé. La profession est en attente de précisions : rôle du pharmacien dans la chaîne de vigilance, vente sur internet, logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation.

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS/AUTHOR INDEX

A

ABECASSIS (P.)	42
AFRITE (A.)	30
AGAFITEI (L.)	21
AMAT-ROZE (J.M.)	34
ANQUETIL (B.)	50
ANTUOFERMO (M.)	64
Arguments Socio-Economiques pour la Santé. (A.R.G.S.E.S.)	44, 48, 63
ARNAUDO (B.)	23
ASERO (G.)	14
ATTALI (C.)	16

BERANGER (J.)	55
BERCHET (C.)	29
BIEN (F.)	25
BILGEL (F.)	68
BISHOP (T.)	32
BISMUTH (S.)	40
BOGAERTS (K.)	21
BONEL (S.)	40
BONTOUT (O.)	30
BOURGUEIL (Y.)	30
BOUSSAGEON (R.)	21
BRAS (P.L.)	42
BRIDENNE (I.)	15
BUCHOW (H.)	21
BUISSON (G.)	64
BULTEZ (J.P.)	26
BURGEL (G.)	33
BUSSE (R.)	46

B

BAC (C.)	15
BACH (J.F.)	60
BADINA (J.)	53
BAILLY (P.)	25
BALLEREAU (M.)	50
BARD (D.)	28
BARGNOUX (P.J.)	50
BARLES (S.)	11
BAUGARD (D.)	25
BECK (F.)	23
BEGUE-SIMON (A.M.)	40
BEJOT (Y.)	20
BELAND (D.)	15
BELART (T.)	12
BELLAMY (V.)	43

C

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	47
CANTARERO PRIETO (D.)	18
CARPENTER (I.)	27
CASALONGA (S.)	57
CASTETBON (K.)	28
CAYOTTE (E.)	21

Index des auteurs
Author index

Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. (C.L.E.I.S.S.)	56
CHAN CHEE (C.)	12, 22
CHARREIRE (H.)	28
CHASLOT-ROBINET (S.)	15
CHASSAGNON (A.)	25
CHAUCHARD (J.P.)	68
CHAUFFAUT (D.)	15
CHAUX (C.)	12
CHIN (F.)	20
CLARKE (M.)	62
COLDEFY (M.)	33
COMBIER (E.)	28
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.)	38
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.)	69

DU ROSCOAT (E.)	23
DUFOURNET (M.)	30
DURAND (D.)	35

E

EDWARDS (P.)	62
Eurostat	14, 21, 64
EVAIN (F.)	45

D

DA CRUZ (N.)	16
DAGUET (F.)	64
DE GRAEVE (D.)	21
DE PERETTI (C.)	20
DEBRAND (T.)	28
DEGAIN (J.)	33
DELANOE (J.Y.)	38
DELAUTRE (G.)	30
DEMBINSKI (O.)	12
DESMARTIN (C.)	15
DI MEGLIO (E.)	64
DI PORTO (A.)	15
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	38, 41, 43, 45
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	23
DOMIN (J.P.)	42
DORANGE (M.)	26
DORMONT (B.)	41
DRUMMOND (M.)	54

F

FALISSARD (B.)	11, 52
FALK (R.)	32
FERREOL (D.)	50
FINNE-SOVERI (H.)	27
FONTAINE (R.)	27
FOUCHARD-TESSIER (B.)	68
FOURNIER (C.)	16
FREMY (M.)	12
FROLICH (A.)	56
FROUIN (J.Y.)	69
FRYER (G.E.)	36
FUHRER (R.)	24

G

GALLOIS (P.).....	16
GELOT (D.)	26
GHOSH (A.)	57
GIBELIN (J.L.).....	46
GIBLIN (B.)	34
GILBERT (D.).....	21
GINON (A.S.)	43, 50
GIROUD (M.).....	20
GODMAN (B.)	53
GOLDBERG (M.).....	62
GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL (B.)	39
GOURIER-FRERY (C.)	12
GRAVELLE (H.).....	35
GREEN (L.A.)	36
GRIMAUD (O.)	20
GRIMFELD (A.)	28
GROBLER (L.).....	37
GUARDIOLA (I.).....	35, 69
GUIGNARD (R.)	12, 23
GYRD-HANSEN (D.)	60

H

HABY (C.)	40
HAKKINEN (U.).....	46
HALLEY DES FONTAINES (V.).....	11
HAMEL (C.).....	29
HANN (M.)	35
HARDY-BAYLE (M.C.)	11
HASSENTEUFEL (P.).....	13
HAYNES (R.B.)	67
HERCBERG (S.)	28
HOLUE (C.)	41

I

ICART (J.).....	54
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).....	30, 35, 46
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.).....	63, 64, 66

J

JANIN (C.)	25
JANIN (G.).....	12
JEZEWSKI SERRA (D.).....	22
JORLAND (G.)	11
JOUGLA (E.)	28
JUSOT (F.).....	29

K

KESTEMAN (N.)	15
KEYHANI (S.).....	32
KRUSE (M.).....	60

L

LACOSTE (O.)	34
LAGO-PENAS (S.).....	18
LANQUETIN (M.T.).....	15
LAUDE (L.).....	48
LE COZ (P.)	55
LE GLEAU (J.P.).....	63
LE NOC (Y.).....	16
LEITER (A.M.)	59
LEONARD (M.)	23
LHERNOULD (J.P.).....	25
LIBRERO (J.)	39
LIMOUSIN (M.)	35
LOPEZ (R.)	35
LOZACHMEUR (G.).....	40
LUCAS-GABRIELLI (V.)	28, 33
LUDWIG (M.)	58

M

MABUNDA (S.A.).....	37
MACE (J.M.)	33
MANSUY (A.).....	66
MARAIS (B.J.)	37
MARC (C.)	15
MARIE (R.).....	32, 35
MARINDI (P.N.)	37
MARTINEL (A.)	68
MARX (I.).....	30
MARZANO (M.).....	11
MAURY (S.)	37
MEJEAN (C.)	28
MENARD (C.).....	11
MICHAUD (S.)	50
MILLERET (G.)	11
Ministère chargé de la Santé.....	38, 41, 43, 45

Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.).....	23
MIZRAHI (An.)	44, 47, 48, 63
MIZRAHI (Ar.)	44, 47, 48, 63
MOISY (M.).....	29
MORISSON (J.)	54
MOSSUTI (G.)	14
MOUQUET (M.C.).....	45
MOUSQUES (J.)	30, 38

N

NAIDITCH (M.).....	43
--------------------	----

O

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (O.N.P.E.S.).....	31
OFFREY (C.)	38
OLM (C.)	31
ONDER (G.).....	27
OPPERT (J.M.)	28
OR (Z.)	46
O'REILLY (J.).....	46

P

PALIER (B.)	15
PAMPALON (R.)	28
PATHMAN (D.E.)	36
PETIT (F.)	25
PEYRET (P.)	48
PHILIPPS (R.L.)	36
PIERRE (A.)	28
PINEAU (C.)	56
PLISSON (M.)	25
POLLET (K.)	46
PRICE (M.)	56
PRIEUR (C.)	19
PRINS (S.)	58
PUNGIER (V.)	52

R

RAUCH (F.)	57
REBOUL (G.)	11
Régime social des indépendants. (R.S.I.)	14
REICH (O.)	18
REQUILLART (H.)	54
RESCHOVSKY (J.D.)	57
REY (G.)	28
RICAN (S.)	28
ROBERTS (I.)	62
ROOS (A.F.)	58
ROYER (J.F.)	63

S

SAIAS (T.)	23
SAINT-LARY (O.)	43
SALAIS (R.)	61
SALEM (G.)	28
SAMSON (A.L.)	41
SANCHEZ (N.)	48
SANDRET (N.)	23
SANFELIX-GIMENO (G.)	39
SCHIOTZ (M.)	56
SCHNITZLER (A.)	20
SCHUSTERSCHITZ (C.)	18
SCHUT (F.T.)	58
SERMET (C.)	53
SERVY (H.)	55
SHARIFF (S.Z.)	67
Société Française de Santé et Environnement. (S.F.S.E.)	28
SOGAARD (J.)	56
SONTROP (J.M.)	67
SORENSEN (J.)	60
STANSFELD (S.A.)	24
STERDYNIAK (H.)	15
STEWART (K.)	57
STILLMUNKES (A.)	40

T

The Cochrane Library	37, 62
THEURL (E.)	59
THONI (M.)	18
TOWSE (A.)	54
TUPPIN (P.)	20
TURQUET (P.)	13

V

VAILLANT (Z.).....	28
VALLEE (J.P.)	16
VANDENBROUCKE (P.).....	21
VANHILLE (J.)	30
VANLIERDE (S.)	15
VASLET (J.C.)	46
VAYSSETTE (P.)	45
VEGA (A.)	39
VEIL (M.)	15
VERBIST (G.).....	30
VIRTANEN (M.)	24

W

WEINS (C.).....	18
WESTERDIJK (M.)	58
WETTERMARK (B.)	53
WIHTOL DE WENDEN (C.)	26
WOIMANT (F.).....	20
WOLFF (L.).....	66

Z

ZEITLIN (J.).....	28
ZINS (M.)	62
ZUURBIER (J.)	58

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

CARNET D'ADRESSE DES ÉDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

Rédaction: HCSP (Haut Comité Santé
Publique)
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49

Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/303335300009/index.shtml>
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992,
certains articles sont en ligne)

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

Rédaction et diffusion : ARGSES
(ARGuments Socio-Economiques pour la
Santé)
☎ 01 46 63 46 37
<http://argses.free.fr/>

BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PRACTICE

Rédaction :
Royal College of General Practitioners

Diffusion :
World Wide Subscription Service Ltd
Unit 4, Gibbs Reed Farm
Ticehurst, East Sussex, TN5 7HE
Royaume-Uni
Email: info@worldwidesubscriptions.com
<http://www.rcgp.org.uk/brjgenpract.aspx>

B

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

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

BULLETIN DE L'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
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
☎ 01 41 79 68 89
Fax : 01 41 79 68 40
Email : abobeh@invs.sante.fr

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

C

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

Rédaction et diffusion :
Fondation Gabriel Péri
11 rue Etienne Marcel
93500 Pantin

<http://www.gabrielperi.fr/Les-Cahiers-de-Sante-Publique-et.1156>

CAHIERS DE L'ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS (LES)

Rédaction et diffusion : Conseil National
de l'Ordre des Pharmaciens
4, avenue Ruysdaël
75008 Paris

☎ 01 56 21 34 34

Fax : 01 56 21 34 99

<http://www.ordre.pharmacien.fr/>

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

1867, prom. Alta Vista
Ottawa (ON) K1G 5W8
Canada

<http://www.cmaj.ca/jamc/>

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS

Update Software Ltd
Summertown Pavilion
Middle Way
Oxford OX2 7LG
Royaume-Uni

☎ 00 44 1865 51 3902

Fax : 44 1865 516918

Email : info@update.co.uk

<http://www.cochrane.org/index.htm>

CONCOURS MEDICAL

Rédaction et diffusion :
Global Media Sante
Service abonnement
314 Bureaux de la Colline
1 rue Royale
92213 - Saint-Cloud Cedex
Email : abo@gmsante.fr

COURRIER DES STATISTIQUES

Rédaction :
INSEE (Institut National de la Statistique
et des Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ 01 41 17 66 11
Fax : 01 53 17 88 09

<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>

D

DARES Analyses - DARES Indicateurs

Diffusion et rédaction :
Ministère chargé du travail
Direction de l'animation de la recherche,
des études et des statistiques (Dares)
39-43, quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

<http://travail-emploi.gouv.fr/>

DECRYPTAGES

Centre des Liaisons Européennes et In-
ternationales de Sécurité Sociale
11 rue de la tour des Dames
75436 Paris cedex 09
☎:01 45 26 33 41

<http://www.cleiss.fr/>

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

Rédaction :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

DREES
Centre d'information et de diffusion de la
DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buf-
fon
75694 Paris Cedex 14
☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
En ligne :
[http://www.drees.sante.gouv.fr/dossiers-solidarite-
et-sante,748.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/dossiers-solidarite-et-sante,748.html)

DROIT SOCIAL

Rédaction :
Jean-Jacques Dupeyroux
Diffusion :
Editions techniques et économiques
3, rue Soufflot
75005 Paris
☎ 01 55 42 61 30
Fax : 01 55 42 61 39
Email : editecom@starnet.fr
<http://www.editecom.com>

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

Rédaction et diffusion :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Centre d'information et de diffusion de la
DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75694 Paris Cedex 14
☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
[http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-
resultats.678.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats.678.html)

**EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS**

Diffusion : Springer Customer Service
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ 00 49 6221 345 247
Fax : 00 49 6221 345 200
Email : orders@springer.de
<http://www.springerlink.com/home/main.mpx>

E

G

ENVIRONNEMENT RISQUES & SANTE

Diffusion : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Email : john-libbey.abo@npai.fr
<http://www.revue-ers.fr/index.phtml>

**GaBI JOURNALS : GENERIC AND
BIOSIMILARS INITIATIVE JOURNAL**

Pro Pharma Communications International
Postbus 10001
2400 Mol
Belgique
<http://gabi-journal.net/>

**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

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

Rédaction et diffusion : FNG (Fondation
Nationale de Gérontologie)
49, rue Mirabeau
75016 Paris
☎ 01 55 74 67 02
Fax : 01 55 74 67 01
Email : fondation@fng.fr
[http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_socie
te/index.htm](http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_societe/index.htm)

H

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?id=HEP>

HEALTH POLICY

Diffusion : Elsevier Science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 37 57
Fax : 00 31 20 485 34 32
Email : nlinfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505962/description

HERODOTE : REVUE DE GEOGRAPHIE ET DE GEOPOLITIQUE

Diffusé par les Editions La Découverte
9 bis, rue Abel-Hovelacque
75013 Paris
☎ : 01 44 08 84 01
<http://www.editions-ladecouverte.fr/index.php>

I

INFORMATIONS SOCIALES

Diffusion : CNAF
(Caisse nationale des allocations familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
☎ 01 45 65 52 52
<http://www3.caf.fr/etudes-et-statistiques/informations-sociales>

INSEE PREMIERE

Rédaction : INSEE
(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Gamma A
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ : 01 41 17 66 11
Fax : 01 53 17 88 09
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>
(téléchargement possible des numéros depuis 1996)

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY REVIEW

Journals Customer Services
John Wiley & Sons, Ltd.
The Atrium
Southern Gate
Chichester PO19 8QG
Royaume-Uni
Email: cs-journals@wiley.co
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291468-246X>

ISSUE BRIEF (COMMONWEALTH FUND)

The Commonwealth Fund
One East 75th Street
New York, NY 10021
Etats-Unis
<http://www.commonwealthfund.org/>

J

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

Diffusion : Diffusion ESKA
12, rue du quatre septembre
75002 Paris
☎ 01 40 94 22 22
<http://www.eska.fr/>

JOURNAL OF RURAL HEALTH

Journals Customer Services
John Wiley & Sons, Ltd.
The Atrium
Southern Gate
Chichester PO19 8QG
Royaume-Uni
Email: cs-journals@wiley.co
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291748-0361>

LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (LA)

DREES - ONPES
14, avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
Adresse physique :
11, place des Cinq martyrs du Lycée
Buffon
75 014 Paris
Tél. 01 40 56 82 29
Email : drees-onpes@sante.gouv.fr
<http://www.onpes.gouv.fr/La-Lettre-de-l-ONPES.html>

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

Ordre des médecins
180, bd Haussmann,
75389 Paris Cedex 08
☎ 01 53 89 32 00
<http://www.conseil-national.medecin.fr/bulletin/liste/2012>

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unaformec
(Union nationale des associations de
formation médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex
☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unafornec@wanadoo.fr
<http://www.unafornec.org>
Diffusion : [Editions John Libbey Eurotext](http://www.editions-john-libbey-eurotext.com)
<http://www.revue-medecine.com/>

MEDICAL CARE

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>

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

Rédaction et diffusion :
Wolters Kluwer France
Service Abonnement Santé
Case postale 815
1, rue Eugène et Armand Peugeot
TSA 84001
92856 Rueil Malmaison cedex
Librairie
☎ 01 41 29 77 42
Fax : 01 41 29 77 35
http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html (recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

P

PHARMACEUTIQUES

Rédaction et diffusion : PR Editions
Service abonnement : Vanessa Mauret
91, rue Jean Jaurès
92807 Puteaux Cedex
Tél. : 01.43.34.73.00
Email : abonnement@pharmaceutiques.com
<http://www.pharmaceutiques.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

POUVOIRS LOCAUX : LES CAHIERS DE LA DECENTRALISATION

Rédaction : Institut de la décentralisation
Square d'Orléans, 80 rue Taitbout
75009 Paris
<http://www.idecentralisation.asso.fr/revue.php>

Diffusion : la Documentation française
29 quai Voltaire
75007 Paris
☎ 01 40 58 75 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

PLOS ONE

U.K./European Office
Public Library of Science
Carlyle House
Carlyle Road
Cambridge CB4 3DN
Royaume-Uni
☎ : +44(0)1223 463 330
<http://www.plosone.org/home.action>

PLURIELS

Rédaction et diffusion :
Mission Nationale d'Appui à la Santé
Mentale
5 avenue d'Italie,
75013 Paris
☎ 01 53 94 56 90
Fax : 01 53 94 56 99
Email : mission@mnasm.com
<http://www.mnasm.com/>

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)

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

Diffusion : La Documentation Française
29-31, Quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
☎ 01 40 15 71 10
Fax : 01 40 15 67 83
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

PROJET

Rédaction: CERAS
(Centre de Recherche et d'Action Sociale)
Diffusion : Assas Editions
14, rue d'Assas
75006 Paris
☎ 01 44 39 48 48
Email : contactweb@ceras-projet.com
<http://www.ceras-projet.com/kiosque/>

R

RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Rédaction et diffusion : Editions de santé
28, avenue de Messine
75381 Paris Cedex 8
☎ : 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14
Email : editions.de.sante@wanadoo.fr

RETRAITE & SOCIETE

Rédaction: CNAV
(Caisse Nationale de l'Assurance
Vieillesse)
Diffusion : la Documentation française
☎ : 01 40 15 70 01
Email : [commandes.vel@ladocumentation
francaise.fr](mailto:commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr)

<https://www.lassuranceretraite.fr>
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

SPF Sécurité sociale DG Appui stratégique
Service Publications
Centre Administratif Botanique
Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte
135
1000 Bruxelles
Belgique

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL

Diffusion : Editions Dalloz
31-35, rue Froidevaux
75685 Paris Cedex 14
☎ 01 40 64 54 54
Fax : 01 40 64 54 60
Email : ventes@dalloz.fr
<http://www.dalloz.fr/>

REVUE DE L'IRES

Rédaction et diffusion : IRES
(Institut de Recherches Economiques et
Sociales)
16, bd du Mont d'Est

93192 Noisy le Grand cedex

☎ 01 48 15 18 90
Fax : 01 48 15 19 18
Email : info@ires-fr.org
<http://www.ires-fr.org/publications/la-revue-de-lires>

REVUE FRANCAISE D'ECONOMIE

5, rue de Constantinople
75008 Paris
☎/Fax : 01 42 94 14 88
<http://www.revuefrancaisedeconomie.fr/>

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

Rédaction :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 82 31
Diffusé par : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Auverville cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
[http://www.drees.sante.gouv.fr/revue-francaise-des-
affaires,2055.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/revue-francaise-des-affaires,2055.html)

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

Rédaction et diffusion : FHF
(Fédération Hospitalière de France)
1bis rue Cabanis - CS41402
75993 Paris cedex 14
☎ 01 44 06 84 35
Email : fhf@fhf.fr
<http://www.revue-hospitaliere.fr/>

S

SANTE PUBLIQUE

Rédaction et diffusion :
Société Française de Santé Publique
1 rue de La Forêt
54520 Laxou
Tel : (+33) 3 83 44 39 17
Fax : (+33) 3 83 44 37 76
Email : pn@sfsp.info
<http://www.sfsp.fr/santepublique/accueil.php>

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé
28, avenue de Messine
75381 Paris Cedex 8
☎ : 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14
Email : editions.de.sante@wanadoo.fr

http://www.editionsdesante.fr/category.php?id_category=18

SOCIOLOGIE SANTE

8 rue du Général Bordas
33400 Talence
Email : Sociologie_sante_commandes@yahoo.fr
<http://revuesociologiesante.free.fr/spip.php?rubrique9>

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

Rédaction : EUROSTAT
OSCE (Office Statistique des
Communautés Européennes)

2, rue Mercier
2985 Luxembourg
Luxembourg
☎ 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
☎ 01 53 17 88 44
Fax : 01 53 17 88 22
Email : datashop@insee.fr
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/recently_published

V

VILLES EN PARALLELE

Diffusion : Guy Burgel - Villes en Parallèle
5 avenue du Général Balfourier
75016 Paris
Fax : 01 40 71 52 58
Email : guy.burgel@u-paris10.fr
<http://lgu.u-paris10.fr/>

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:

Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15
am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé

Contacter la documentation de l'Irdes

- **Consultation sur place, *uniquement sur rendez-vous* :**

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Courriel :** documentation@irdes.fr

- **Site Internet :** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

Contact Irdes Documentation center

- **On-site consultation, *on appointment only*:**

Tél.: + 33 (0)1 53 93 43 56 or 01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

- **By post:**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Email:** documentation@irdes.fr

- **Website:** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>