

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Novembre - Décembre 2006

■ Service Documentation

■ Présentation

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

- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'IRDES est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).

- Le bulletin se compose de deux parties :
 - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
 - plusieurs index qui facilitent la recherche :
 - un index des auteurs cités,
 - un index des éditeurs.

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

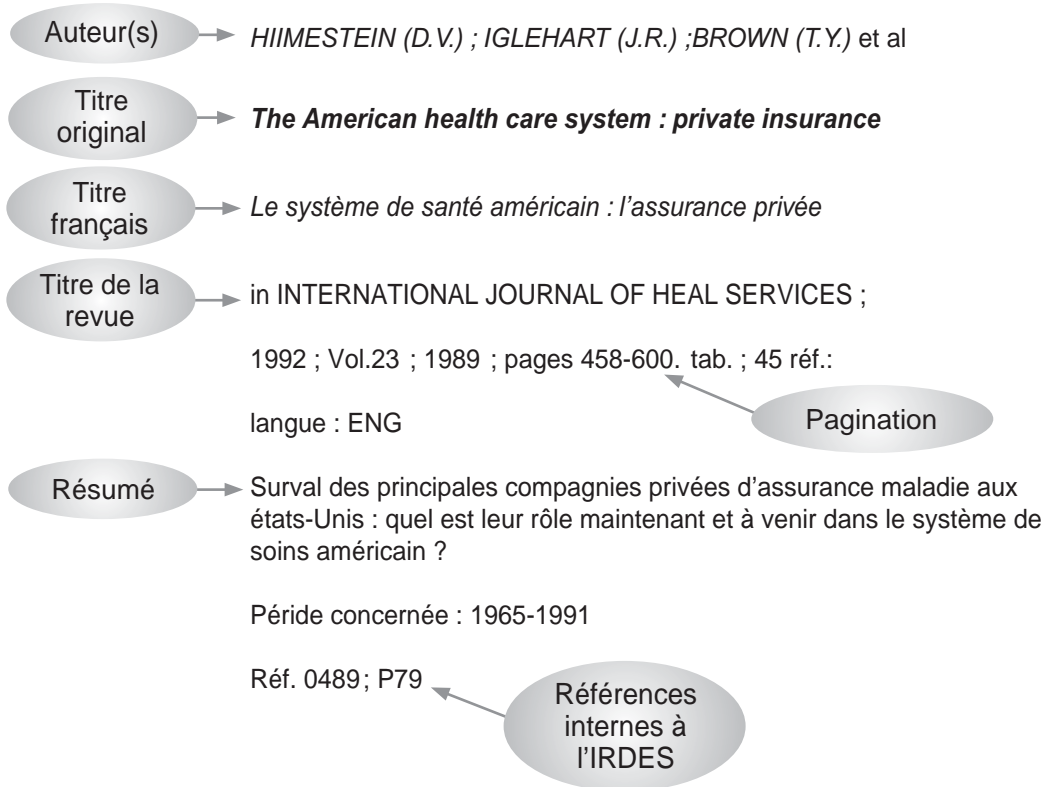
L'IRDES est disponible sur Internet.

Pour contacter le centre de documentation : E-Mail : document@irdes.fr


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

Serveur Web : www.irdes.fr

► Comment lire une notice?



► Signification des abréviations

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

Sommaire



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

Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

15 POLITIQUE DE SANTÉ

Planification.....	15
Maîtrise des dépenses.....	15
Choix des priorités.....	15
Éthique.....	16

16 PROTECTION SOCIALE

Action sociale.....	16
Allocation universelle.....	16
CMU.....	17
Contractualisation.....	17
Couverture complémentaire.....	17
Financement.....	18
Minima sociaux.....	18
Modèle social.....	18
Retraite.....	18
Sondages d'opinion.....	19

20 PRÉVENTION SANTÉ

Comportement à risque.....	20
Infections nosocomiales.....	20
Obésité.....	20

21 DÉPENSES DE SANTÉ

Comptes nationaux de la santé.....	21
Coût de la maladie.....	21
Dépenses pharmaceutiques.....	21
Épisodes de soins.....	22
Modélisation.....	22
Soins de ville.....	22
Tabagisme.....	23
Vieillesse.....	23

24 CONSOMMATION MÉDICALE

Consommateurs de soins.....	24
-----------------------------	----

24 INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme.....	24
Arrêt de travail.....	25
Asthme.....	25
Cancer.....	25
Dépendance toxique.....	26
Facteurs socio-culturels.....	26
Facteurs socio-économiques.....	27
Maladie d'Alzheimer.....	29
Morbidité ressentie.....	29
Mortalité évitable.....	30
Obésité.....	30
Toxicomanie.....	32

33 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance.....	33
Emploi des seniors.....	33
Hébergement social.....	33
Pathologies.....	34
Relations intergénérationnelles.....	34
Travail.....	34

35 GROUPES DE POPULATION

Inégalité d'accès aux soins.....	35
Pauvreté.....	37
Personnes handicapées.....	39
Population défavorisée.....	39

40 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Décentralisation.....	40
-----------------------	----

41 MÉDECINE LIBÉRALE

Activité.....	41
Conditions de travail.....	41
Démographie médicale.....	41
Dossier médical.....	42
Listes d'attente.....	42

Pratique médicale	43
Relation médecin/malade.....	43
Sondage d'opinion	44

44 HÔPITAL

Accès aux soins	44
Chirurgie.....	45
Cliniques privées.....	45
Financement	45
Gestion hospitalière	45
Hospitalisation à domicile.....	46
Listes d'attente	46

47 PROFESSIONS DE SANTÉ

Chirurgiens-dentistes	47
Conditions de travail.....	47
Démographie médicale	48
Formation professionnelle.....	48
Infirmiers	48
Origine sociale	49
Pharmaciens	50
Pratiques médicales.....	50
Ressources humaines.....	50
Sondage d'opinion	51

51 MÉDICAMENTS

Automédication	51
Essais cliniques.....	51
Évaluation	51
Industrie pharmaceutique.....	52
Innovation médicale	52
Médicaments anti-inflammatoires	53
Médicaments génériques	53
Médicaments psychotropes	53
Pharmoéconomie	54
Politique des médicaments	55
Prescription	55
Publicité.....	56
Recherche pharmaceutique.....	56
Régulation.....	57

57 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUES

Théorie économique	57
Enquêtes.....	57
Recommandations	58

Statistiques sociales.....	59
Théorie économique	59

60 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne	60
Belgique	60
Canada.....	61
Chine.....	62
Écosse	62
États-Unis.....	62
Europe.....	64
Norvège.....	65
Pays industrialisés	66
Pays nordiques	67
Royaume-Uni	67
Suède.....	69

69 PRÉVISION-ÉVALUATION

Efficacité.....	69
Effcience.....	69
Haute Autorité de santé	70
Performance.....	70
Recommandations	72
Technologies médicales.....	72

72 DÉMOGRAPHIE - MODES DE VIE

Famille.....	72
--------------	----

72 DOCUMENTATION

Bases de données	72
Internet.....	73
Knowledge-management	73
Veille	74

74 RÉGLEMENTATION

Accidents du travail.....	74
---------------------------	----

AUTRES RUBRIQUES

75 Index des auteurs

33 Carnet d'adresses des éditeurs

93 Calendrier des colloques

► Références bibliographiques

Planification

ARTICLE
BUI (P.), CRAINICH (D.), EECKHOUDT (L.)

***Allocating health care resources under risk :
risk aversion and prudence matter.***

HEALTH ECONOMICS
2005; vol. 14 : n° 10 : 1073-1077
Cote Irdes : P173

In a recent contribution to this journal, M. Hoel correctly shows that under risk aversion the allocation of health resources should be directed to health conditions for which the expected outcomes are below average. In this letter we show that besides risk aversion, the degree of absolute prudence (to be defined in the text) also matters to obtain an optimal allocation.

Maîtrise des dépenses

32683

ARTICLE
GODDARD (M.), HAUCK (K.)

***Priority setting in health :
a political economy perspective.***

*Choix des priorités en santé :
une perspective d'économie politique.*

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2006/01; vol. 1 : n° 1 : 79-90
Cote Irdes : P197

Most countries face high demands on their health care systems and have limited resources with which to meet them. Priority setting seeks to address these problems by proposing rules to decide which groups of patients or disease areas should secure favoured access to limited health care resources. The economic approach towards priority setting, particularly in the form of cost-effectiveness analysis, is commonly advocated. However, despite many decades of refinement of the technical and methodological issues arising from the use of economic evaluation in priority setting, decision makers continue to diverge frequently from the principles of economic evaluation. The approach in this article is to highlight the potential contribution of models of political economy to understanding what constitutes rational behaviour when agents operate within political and institutional constraints. It argues that there may be potentially greater benefits to be gained from exploration and analysis of priority setting using models based on concepts such as median voter and competing

interest groups, than from further efforts to refine the techniques of economic evaluation.

Choix des priorités

ARTICLE
NORD (E.)

***Severity of illness and priority setting :
Worrisome lack of discussion of
surprising finding.***

HEALTH ECONOMICS
2005; vol. 14 : n° 10 : 1073-1077
Cote Irdes : P173

Dolan and Tsuchiya (2005) recently elicited preferences for priority setting in health care from a sample of 100 members of the public (initial sample : 2000). The aim was to study the extent to which preferences are influenced by patients' age, health in the past, life expectancy without treatment and health related quality of life without treatment. The study relates interestingly to a recent debate about the relative importance of concerns for fair innings versus concerns for severity of illness in priority setting (Williams, 2001 ; Nord, 2005). The authors found a clear preference for the young over the old, but very small differences regarding patients with different levels of past health. There is, in other words, support for the original fair innings argument, which says that everyone is entitled to some 'normal' number of life years, but little support for Williams (1997) widening of the argument to include considerations of quality of life. This is in my view as expected (Nord, 2005). On the other hand, the authors found that those with the better future prospects without treatment – be it in terms of life expectancy or functional level/quality of life – were consistently given higher priority than those with poorer prospects (first paragraph of the results section). This is not only counterintuitive but also directly at odds with almost all earlier evidence on public concerns for severity of illness (Nord, 1993; Richardson, 1997; Dolan, 1998; Dolan and Cookson, 1998; Ubel, 1999; with Dolan and Green, 1998 being an exception tentatively explained in Nord, 2001), as well as with reflections offered by ethicists (Rawls, 1971 ; Daniels, 1993 ; Callahan, 1994 ; Brock, 2001) and policy makers (Norwegian Committee for Priority Setting, 1987). The authors themselves refer to some of this literature – and seem to accept the evidence – in the last paragraph of the introduction.

32736

FASCICULE

DREIFUSS-NETTER (F.)

**Malades en fin de vie :
soins, éthique et droit.**

PROBLÈMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2006/07 ; n° 926 : 120 p., ann.

Cote Irdes : A3483

La plupart des pays européens s'interrogent depuis quelques années sur une éthique de la fin de vie, en particulier pour les malades admis en établissements de santé. En France, la récente loi du 22 avril 2005 met en œuvre une éthique fondée sur l'acceptation de la mort et exprimée dans une formule choc : Laisser mourir sans faire mourir. Après l'affaire Humbert, très médiatisée, cette nouvelle loi confirme et codifie des pratiques existantes, comme l'absence d'obstination déraisonnable ou le refus de soins. Elle fait également un pas vers l'autonomisation de la personne, en permettant de prendre en compte les directives anticipées, par lesquelles une personne s'exprime à l'avance sur ses choix ultimes. Sont toutefois explicitement rejetés le suicide assisté, tel qu'il existe par exemple en Suisse, en Belgique, aux Pays-Bas ou dans certains États américains, et l'interruption du processus vital des personnes se trouvant dans un état végétatif persistant. Au-delà des aspects législatifs et juridiques de la question de la fin de vie, ce dossier donne les éléments du débat éthique sur la prise en charge de la souffrance physique et morale des personnes en fin de vie, dont la pierre angulaire est constituée par la démarche d'accompagnement. Il aborde plus largement deux questions d'actualité : d'une part, celle des soins palliatifs, reconnus en France par une loi de 1999, mais dont le déploiement demeure insuffisant ; d'autre part, celle plus controversée de l'euthanasie, revendiquée par certains au nom d'un droit à mourir dans la dignité. Il montre enfin comment, face aux situations extrêmes, les personnels soignants n'ont pas attendu les évolutions du droit pour tenter de dégager des critères permettant de justifier l'abstention ou l'arrêt de traitements à visée curative (4^e de couverture).

Action sociale

33062

FASCICULE

CHASTENET (B.), TRESPEUX (F.)

**Les bénéficiaires de l'aide sociale
départementale en 2005.**

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)

2006/08 ; n° 514 : 8 p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er514/er514.pdf>

Issue des lois de décentralisation de 1984, l'aide sociale départementale (aides aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à l'enfance) concernait, fin 2005, près de 1,6 million de personnes. Depuis 2004, l'aide sociale destinée aux personnes âgées dépasse le million de bénéficiaires, en raison de la mise en œuvre progressive à partir de 2002 de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le nombre de personnes handicapées (236 000 fin 2005) a également progressé en 2005 (+3%); parmi elles, près d'une sur deux bénéficiait de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Enfin, l'aide sociale à l'enfance (ASE) a concerné 272 000 bénéficiaires. Si l'on ajoute les allocataires du RMI (1,1 million), de la compétence des conseils généraux depuis 2004, le nombre total des bénéficiaires de l'aide sociale départementale s'établit à plus de 2,7 millions.

Allocation universelle

31569

ARTICLE

GAMEL (C.), BALSAN (D.), VERO (J.)

**L'incidence de l'allocation universelle sur
la pension à travailler : enjeux théoriques
et résultats micro-économétriques.**

ÉCONOMIES ET SOCIÉTÉS

2005/08 ; vol. 39 : n° 8 : 1411-1441, ann.,

2 graph., 3 tabl.

Cote Irdes : A3439

Dans le débat français sur les « minima sociaux », l'allocation universelle reste perçue comme une proposition trop audacieuse, en raison notamment de l'incitation à l'oisiveté qu'elle provoquerait. Comment anticiper l'usage que les individus pourraient faire de cette allocation inconditionnelle ? Pour des travailleurs à faibles salaires sont d'abord analysées les incertitudes

de la théorie économique sur les modifications de comportement qui pourraient en résulter. Les réponses à l'interrogation en 2000 d'un panel de jeunes adultes peu qualifiés récemment insérés dans l'emploi font ensuite l'objet d'un traitement économétrique. La perception d'une allocation mensuelle de 2000 FF (environ 300 euros) ne provoquerait pas un retrait massif de l'activité. L'insertion par le travail représente plus que la perception d'un simple revenu et la déconnexion entre travail et revenu n'inciterait pas souvent à « expérimenter » d'autres modes d'insertion sociale (Résumé d'auteur).

► CMU

33058

FASCICULE
BOISGUERIN (B.)

Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/08, n° 512 : 4 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er512/er512.pdf>

Au 31 décembre 2005, 1,7 million de personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) de base (+3,5% par rapport à 2004) et 4,7 millions, de la CMU complémentaire (CMUC). L'aide médicale d'État (AME) couvrait quant à elle près de 180000 personnes (+20% en 2005). La répartition géographique des bénéficiaires de la CMUC présente encore des disparités importantes, avec des taux de couverture allant de 3,3% à 12,7% en France métropolitaine et atteignant 37% dans les départements d'outre-mer (DOM).

► Contractualisation

31615

ARTICLE
BIGOT (C.)

La contractualisation en France.

REVUE BELGE DE SÉCURITÉ SOCIALE
2005; vol. 47 : n° 3 : 493-502
Cote Irdes : P196

http://www.socialsecurity.fgov.be/bib/frames/fr/3_2005_fr.pdf

De nombreux acteurs se sont réunis pour participer à une journée d'étude organisée le 14 avril 2005 à l'INAMI (Institut national d'assurance ma-

ladie-invalidité) et intitulée : « La contractualisation en Belgique : état des lieux et perspectives au sein des institutions publiques de Sécurité sociale ». Afin de faciliter le partage de connaissances, trois ateliers ont été mis sur pied : le premier consacré au processus d'élaboration, de consultation, d'exécution et d'évaluation des contrats ; le deuxième aux instruments de gestion et enfin, le dernier à la communication, à la participation et à la motivation des acteurs. Fort de son expérience dans le domaine de la Sécurité sociale, Claude Bigot a quant à lui nourri la discussion sur la contractualisation en partant des conventions d'objectif et de gestion conclues en matière de sécurité sociale entre l'État français et les caisses nationales ou entre ces caisses nationales et les caisses de base. Après un petit historique sur le développement de la contractualisation dans le champs de la Sécurité sociale en France, le contenu des conventions est détaillé pour les branches famille, recouvrement, maladie et retraites. Puis il tire un premier bilan de ces conventions, et souligne quelques limites.

► Couverture complémentaire

32866

ARTICLE
LOEWE (M.)

Réduction d'échelle, mise à niveau ou partenariat ? Modalités de mise en œuvre de la micro-assurance.

REVUE INTERNATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE (AISS)
2006/03-06; vol. 59 : n° 2 : 43-72
Cote Irdes : C, P55

La micro-assurance est considérée par beaucoup comme un outil prometteur pour améliorer la protection sociale des personnes à bas revenus. Ce point de vue est corroboré par l'expérience positive des régimes de micro-assurance existants. Parallèlement, beaucoup de régimes n'ont, toutefois, pas réussi à mettre en place des dispositifs d'assurance viables qui soient accessibles aux pauvres et aux quasi-pauvres. La question est donc de déterminer quelles sont les institutions les plus adaptées pour la mise en œuvre de la micro-assurance. Les institutions traditionnelles comme les organismes publics ou les sociétés commerciales sont généralement trop éloignées sur les plans social et spatial du groupe cible de la micro-assurance et éprouvent de grandes difficultés à changer d'échelle dans leurs activités. Quant aux institutions informelles, comme les groupes d'entraide ou les ONG de base, elles sont en général dépourvues du savoir-faire, de l'expérience et des capacités

nécessaires pour mettre en place et gérer des dispositifs d'assurance. Elles ont besoin de partenaires puissants pour une mise à niveau de leurs activités. Une possibilité serait que les institutions formelles et informelles coopèrent à la fourniture de dispositifs de micro-assurance. Cet article considère que cette approche basée sur la réduction d'échelle ou la mise à niveau.

► Financement

31757

ARTICLE
DUARTE (B.)

La loi organique du 2 août 2005 ou la revalorisation du rôle du Parlement en matière de lois de financement de la Sécurité sociale.

DROIT SOCIAL
2006/05 ; n° 5 : 522-532
Cote Irdes : P109

Tout comme la loi organique de 1996 reprenait des dispositions de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959 relatives aux lois de finances, le projet de loi organique en 2005 sur les LFSS (Lois de financement de la Sécurité sociale) s'inspire nettement des nouveautés prévues par la loi organique du 1er août 2001 (LOLF - Loi Organique relative aux Lois de Finances) qui l'a récemment remplacée. Ainsi, il cherche lui aussi à introduire une dimension pluriannuelle dans les LFSS, à agrandir la capacité d'initiative des parlementaires ou encore à instaurer une démarche de performance en matière de finances sociales. La loi organique du 2 août 2005 ne manque pas d'intérêt dans la mesure où elle permet en particulier de revaloriser le rôle du Parlement en matière de LFSS. Il ne sera pas traité dans cet article des autres aspects de la réforme, et l'objet de cette étude se limitera à montrer que, tout en respectant le cadre constitutionnel actuel organique précité, la réforme tend à renforcer les moyens dont disposent les parlementaires lors de l'examen des LFSS, mais aussi lors du contrôle de l'application de ces lois.

► Minima sociaux

33064

FASCICULE
HENNION (M.), NAUZE-FICHET (E.),
CAZAIN (S.), DONNE (S.)

Le nombre d'allocataires du RMI au 31 mars 2006.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/06 ; n° 495 : 4 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er495/er495.pdf>

En métropole, le nombre d'allocataires effectivement payés au titre du revenu minimum d'insertion (RMI) par les caisses d'allocations familiales (CAF) a diminué de 0,8% au premier trimestre 2006, en données corrigées des variations saisonnières (CVS).

► Modèle social

31731

ARTICLE

Où va le modèle social français ? Dossier.

ALTERNATIVES ÉCONOMIQUES
2006/05 ; n° 247 : 49-58, 1 graph.
Cote Irdes : P104

Le modèle social français fonctionne mal. Le chômage met en cause la cohésion sociale du pays. Mais quel exemple suivre ? La voie américaine ou la voie adoptée par les pays nordiques ? Ces deux modèles permettent effectivement de réduire le chômage, mais avec des effets bien différents en terme d'égalités (introduction de l'auteur).

► Retraite

32525

ARTICLE
BICHOT (J.)

Quelle régulation pour les retraites par répartition ?

DROIT SOCIAL
2006/09-10 ; n° 9-10 : 905-912
Cote Irdes : P109

Les retraites actuelles par répartition, tant complémentaire que de base, vont avoir de plus en plus de mal à équilibrer leurs comptes. Le problème de la régulation - celui des méthodes permettant d'assurer l'égalité entre recettes et dépenses - n'a pas été résolu par la loi de 2003. Faut-il adap-

ter plutôt les ressources aux dépenses, ou plutôt l'inverse? Comment réaliser cette adaptation? Quels seront ses effets sur les prélèvements obligatoires, le niveau de vie des retraités, la durée de la vie active? La présente étude se propose de répondre à ces questions, qui constituent le deuxième volet de la réforme des retraites.

32894

ARTICLE
ROSES (A.)/coord., POUBELLE (V.) / coord.

La réforme des retraites d'août 2003 : bilan et perspectives.

RETRAITE ET SOCIÉTÉ
2006/06 ; n° 48 : 4-142, tabl., graph.
Cote Irdes : C, P63

L'objectif de ce numéro est d'examiner la réforme des retraites de 2003 et d'en dresser un premier bilan afin d'analyser les questions que pose cette politique. Il ouvre le débat dans le but d'éclairer la réflexion sur les prochaines étapes de l'adaptation de notre système d'assurance vieillesse.

32895

ARTICLE
LECONTE (V.), PARISOT (A.)

Les effets de la réforme sur l'âge de départ en retraite au régime général.

RETRAITE ET SOCIÉTÉ
2006/06 ; n° 48 : 10-37, tabl., graph.
Cote Irdes : C, P63

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites n'a pas eu pour objet de modifier l'âge légal de départ mais de « permettre à chacun de construire sa retraite, en donnant davantage de souplesse et de liberté de choix ». Le présent article a pour objet d'examiner chaque mesure du point de vue réglementaire et de donner un aperçu chiffré des effets observés et projetés de chacun des dispositifs.

32898

ARTICLE
BRIDENNE (I.), COUHIN (J.)

Perspectives financières du régime général à l'horizon 2050.

RETRAITE ET SOCIÉTÉ
2006/06 ; n° 48 : 83-106, tabl.
Cote Irdes : C, P63

Des outils d'évaluation et d'analyse ont été élaborés pour répondre aux questions soulevées par l'évolution des systèmes de retraite face au vieillissement démographique. Dans ce contexte, la CNAV s'est dotée d'un nouveau modèle de

projection des retraites « Prisme ». Conçu dans le but d'estimer en projection l'équilibre financier de la branche vieillesse, Prisme est un modèle de microsimulation permettant de projeter les trajectoires des assurés et d'en déduire l'évolution des masses de cotisations et de prestations du régime général. Cet article a pour objectif de présenter les résultats des projections réalisées pour 2050 à l'aide de ce modèle.

► Sondages d'opinion

33065

FASCICULE
BOISSELOT (P.)

L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'Assurance maladie entre 2000 et 2006.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/09 ; n° 516 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er516/er516.pdf>

L'enquête barométrique de la DREES permet d'appréhender les évolutions des opinions des Français sur les questions relatives à la santé et à l'Assurance maladie. 72% des Français se disent de mieux en mieux informés en matière de santé; 94% d'entre eux sont convaincus que « le risque zéro n'existe pas » et sont de moins en moins nombreux à imputer les crises sanitaires aux insuffisances de contrôle des autorités. Une partie croissante d'entre eux se montre sensible à la gestion des dépenses, sans que cela ne remette en cause leur attachement au monopole de la Sécurité sociale. Une large majorité de Français préconise avant tout les mesures de maîtrise des comportements, tant de la part des patients que des médecins. Enfin, elle estime plus souhaitable de diminuer les prescriptions de médicaments (56%) plutôt que d'en réduire le remboursement.

33066

FASCICULE
BOISSELOT (P.)

L'évolution des opinions des Français par rapport aux enjeux sociaux et à la protection sociale entre 2000 et 2006.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/09; n° 517 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er517/er517.pdf>

La vague 2006 de l'enquête barométrique de la DREES montre que, bien qu'en diminution, le chômage demeure le problème que 43% des Français juge prioritaire. Vient ensuite la pauvreté pour 19% d'entre eux, puis l'insécurité et les inégalités sociales (respectivement 12 et 11%). L'enquête montre que les inégalités de logement sont désormais les moins acceptables pour 37% des Français, avant les inégalités de santé et de revenus. Les attentes vis-à-vis de l'État pour la prise en charge des problèmes sociaux restent toujours fortes (46%), l'opinion selon laquelle ce rôle appartient aux individus et aux familles progresse cependant (39%). Pour autant, l'attachement des Français au système public de protection sociale se renforce : 81% d'entre eux estiment que les systèmes d'Assurance maladie ou de retraite doivent rester essentiellement publics (73% en 2000).

PRÉVENTION SANTÉ

► Comportement à risque

32540

FASCICULE
PERETTI-WATEL (P.)

Les comportements à risque.

PROBLÈMES POLITIQUES ET SOCIAUX
2005/12; vol. : n° 919 : 119 p.
Cote Irdes : A3463

Dans cet ouvrage, l'auteur constate l'allongement, depuis une trentaine d'années, de la liste des comportements jugés à risque par les autorités sanitaires. Cette liste ne se limite plus au seul domaine de la santé. Elle inclut aussi des conduites déviantes mettant en danger leurs auteurs, des tiers, ou portant atteinte à l'ordre public. Quelle explication peut-on donner à cette inflation ? Les individus qui adoptent de telles conduites ont-ils conscience du risque encouru ? Si tel est le cas, comment justifient-ils leurs pratiques ? Face à toutes ces ques-

tions et dans une optique clairement sociologique, ce dossier essaie de réhabiliter le point de vue des principaux intéressés. L'étude tente également de cerner les raisons pour lesquelles les messages de prévention diffusés par les pouvoirs publics peinent à modifier les attitudes, sont parfois détournés, voire tout simplement ignorés.

► Infections nosocomiales

32454

ARTICLE
THOMASSON (E. de)

Surveillance des infections nosocomiales : modèles américains et perspectives françaises.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2006; vol. : n° 11 : 93-96
Cote Irdes : P168

Alors que les systèmes de surveillance des infections nosocomiales français dérivent directement de ceux développés depuis les années 1970 aux États-Unis, il apparaît intéressant de faire le point sur les apports et les limites de ces derniers maintenant qu'ils sont parvenus à maturité. Cette analyse révèle la nécessité de mieux définir les objectifs qu'on souhaite atteindre et de les adapter aux moyens disponibles pour améliorer l'efficacité.

► Obésité

ARTICLE
LOBSTEIN (T.), BAUR (L.A.)

Policies to prevent childhood obesity in the European Union.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2006; vol. 15 : n° 6f : 576-579
P167

The increasing prevalence of childhood obesity needs to be addressed. Without clear evidence to show which preventive interventions are most likely to work, a series of precautionary measures can be suggested. At a meeting of scientific experts organised by the International Obesity TaskForce and held at the European Congress on Obesity in May, 2004, a number of measures were proposed which follow the precautionary principle of promoting health while being unlikely to increase the risk of harm. The proposals are reported in the present paper.

► Comptes nationaux de la santé

33050

FASCICULE
FENINA (A.), GEFFROY (Y.)

Les comptes nationaux de la santé en 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/07 ; vol. : n° 505 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er505/er505.pdf>

Le montant total des dépenses de santé atteint 190,5 milliards d'euros en 2005, soit 3038 euros par habitant et 11,14% du produit intérieur brut, contre 11,07% en 2004. En son sein, le montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est de 150,6 milliards d'euros en 2005 (+3,9% en valeur et + 2,7% en volume par rapport à 2004). Cette progression porte la part de la CSBM dans le PIB à 8,81% contre 8,74% en 2004. La croissance des prix des soins et biens médicaux (+ 1,1%) poursuit le ralentissement entamé en 2004 (+ 1,7% après + 3,0% en 2003). Un ralentissement s'amorce également pour les volumes de soins consommés (+ 2,7% contre + 3,4% en 2004). Comme cela s'observe depuis 1997, c'est encore le médicament qui contribue le plus en 2005 à la croissance de la consommation en volume, suivi par le secteur hospitalier et les soins ambulatoires. La part de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé diminue de 0,27 point en 2005, le reste à charge des ménages augmentant à proportion (+ 8,74% contre + 8,47% en 2004). La dépense nationale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, représente 10,6% du PIB en 2005 (+ 0,1 point par rapport à 2004). En 2004, avec un ratio de 10,5%, la France se situait en 4^e position des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (O.C.D.E.) (Résumé d'auteur).

33052

FASCICULE
FENINA (A.), GEFFROY (Y.)

Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/07 ; vol. : n° 504 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er504/er504.pdf>

Réalisée à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002, cette étude présente une estimation de la répartition des dépenses de santé. Ainsi, une première partie propose une réflexion sur les limites entre prévention et soins. Ensuite, une deuxième partie analyse l'allocation des ressources entre soins curatifs et préventifs. Enfin, une troisième partie propose une approche des dépenses par pathologie après exclusion de la prévention.

► Coût de la maladie

32694

ARTICLE
JANSMAN (F.G.A.), POSTMA (M.J.)

Costs of chemotherapy in the treatment of colorectal cancer.

Coûts de la chimiothérapie dans le traitement du cancer du colon.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2006/06 ; vol. 7 : n° 2 : 145-146, 1 tabl.
Cote Irdes : P151

► Dépenses pharmaceutiques

33148

ARTICLE
CHEMTOB-CONCE (M.C.)

Les nouveaux mécanismes de régulation des dépenses pharmaceutiques.

PETITES AFFICHES : LE QUOTIDIEN JURIDIQUE
2006/10 ; n° 198 : 5-9
Cote Irdes : B5636

Les ressources de l'assurance-maladie sont par essence limitées. Afin d'assurer la maîtrise des coûts pharmaceutiques, les pouvoirs publics ont été amenés à adopter certains mécanismes de régulation de ces dépenses. Ces mesures ont visé deux acteurs de la chaîne du médicament :

l'industrie pharmaceutique avec des conditions strictes de remboursement et de fixation du prix des médicaments et la pharmacie d'officine, au stade de la dispensation, avec la fixation d'objectifs de délivrance des spécialités génériques et la conclusion de la convention nationale des pharmaciens d'officine.

► Épisodes de soins

ARTICLE
FOSTER (E.M.)

An Episode-Based Framework for Analyzing Health Care Expenditures : An Application of Reward Renewal Model.

HEALTH SERVICES RESEARCH
2006 : vol. 40 : n° 6 : 1953
Cote Irdes : P33

Objective : To illustrate an episode-based framework for analyzing health care expenditures based on reward renewal models, a stochastic process used in engineering for describing processes that cycle on and off with "rewards" (or costs) occurring at the end of each cycle. Data Sources/Study Setting. Data used in the illustration were collected as part of an evaluation of a national initiative to improve mental health services for children and youth. Participants were enrolled in a longitudinal study at a demonstration site and in a comparison community between 1997 and 1999. The illustration involves analyses of mental health expenditures at the two sites and of the dynamics of service use behind those expenditures. Data : Collection/Extraction Methods. Services data were derived from management information systems as well as patient records at inpatient facilities in the two communities. These data cover services received between 1997 and 2003. The analysis focuses on the year following study entry. Principal Findings. Between-site differences in expenditures reflect complex between-site differences in the timing of service use. In particular, children at the demonstration stayed in treatment longer but were less likely to return for treatment later. In contrast, children at the comparison site experienced substantially less continuity of care. Costs per day of treatment within an episode were comparable at the two sites. Conclusions : Reward renewal models offer a promising means for integrating research on service episodes and the dynamics of service use with that on health care expenditures.

► Modélisation

ARTICLE
CANTONI (E.)

A robust approach for skewed and heavy-tailed outcomes in the analysis of health care expenditures.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2006 : vol. 25 : 198-213
Cote Irdes : P79

In this paper robust statistical procedures are presented for the analysis of skewed and heavy-tailed outcomes as they typically occur in health care data. The new estimators and test statistics are extensions of classical maximum likelihood techniques for generalized linear models. In contrast to their classical counterparts, the new robust techniques show lower variability and excellent efficiency properties in the presence of small deviations from the assumed model, i.e. when the underlying distribution of the data lies in a neighborhood of the model. A simulation study, an analysis on real data, and a sensitivity analysis confirm the good theoretical statistical properties of the new techniques.

► Soins de ville

33056
FASCICULE
AZIZI (Karim)

Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/08, n°511 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er511/er511.pdf>

L'année 2005 a été marquée par un ralentissement de la croissance des volumes de soins de ville remboursés par le régime général (+3.6% contre + 3.8% en 2004), notamment en ce qui concerne les honoraires et les produits inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires. Conjugué à des progressions modestes des prix, ce ralentissement a permis de limiter à + 3.4% l'évolution en valeur des dépenses de soins de ville remboursés.

► Tabagisme

ARTICLE
RASMUSSEN (S.R.)

The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2006 ; vol. 15 : n° 6 : 601-606
Cote Irdes : P167

Smoking cessation has major immediate and long-term health benefits. However, ex-smokers' total lifetime health costs and continuing smokers' costs remain uncomparated, and hence the economic savings of smoking cessation to society have not been determined. Methods : The economic effects of smoking cessation in a lifetime perspective have been examined by comparing the health costs of continuing smokers and ex-smokers by quantity of daily tobacco consumption, age, gender and disease group, while taking differences in life expectancy and the reductions in relative risks after cessation into account. Results : The total lifetime health cost savings of smoking cessation are highest at the younger ages. Although the economic savings vary with age at quitting, gender and quantity of daily tobacco consumption, all ex-smoking men and women who quit smoking at the age of 35 to 55 years generate sizeable total lifetime cost savings. At older ages, the total lifetime health cost savings of smoking cessation are of little economic consequence to the society. The total, direct and productivity lifetime cost savings of smoking cessation in moderate smokers who quit smoking at the age of 35 years are 24 800 e, 7600 e, and 17 200 e in men, and 34 100 e, 12 200 e, and 21 800 e in women, respectively. Conclusions : Lifetime health cost savings of smoking cessation to society are substantial at younger ages, in terms of both direct and productivity costs.

► Vieillesse

ARTICLE
BREYER (F.)

Life expectancy and health care expenditures : A new calculation for Germany using the costs of dying.

HEALTH POLICY
2006 ; vol. 75 : 178-186
Cote Irdes : P92

Some people believe that the impact of population ageing on future health care expenditures will be quite moderate due to the high costs of dying. If not age per se but proximity to death

determines the bulk of expenditures, a shift in the mortality risk to higher ages will not affect lifetime health care expenditures as death occurs only once in every life. We attempt to take this effect into account when we calculate the demographic impact on health care expenditures in Germany. From a Swiss data set, we derive age-expenditure profiles for both genders, separately for persons in their last 4 years of life and for survivors, which we apply to the projections of the age structure and mortality rates for the German population between 2002 and 2050 as published by the Statistische Bundesamt. In the extreme case, we assume that morbidity is compressed at the end of life in such a way that a 60-year old in 2050 is as healthy as a 56-year old today if his life expectancy is 4 years higher. We calculate that at constant prices, per-capita health expenditures of Social Health Insurance would rise from D 2596 in 2002 to between D 2959 and D 3102 in 2050 when only the age structure of the population changes and everything else remains constant at the present level, and to between D 5232 and D 5485 with a technology-driven exogenous cost increase of 1% per annum. A "naïve" projection based only on the age distribution of health care expenditures, but not distinguishing between survivors and decedents, yields values of D 3217 and D 5688 for 2050, respectively. Thus, the error of excluding the "costs of dying" effect is small compared with the error of underestimating the financial consequences of expanding medical technology.

ARTICLE
KARLSSON (M.)

Future costs for long-term care Cost projections for long-term care for older people in the United Kingdom

HEALTH POLICY
2006 ; vol. 75 : 187-213
Cote Irdes : P92

The purpose of this paper is to analyse the future sustainability of the UK system for provision of long-term care (LTC) due to changes in demography and health status among the older people. It considers how demand for LTC will evolve and to what extent there will be sufficient supply to meet demand. For formal care, this requires an estimate of how much the public purses, and hence taxpayers, will be burdened with LTC costs. For informal care, it involves estimating whether there will be enough carers if current patterns of provision were to continue. The results show that demand for long-term care will start to take off 10 years from now, and reach a peak somewhere after 2040. The research finds that the most significant increase will be in demand for informal

care, where the number of recipients are projected to increase from 2.2 million today to 3.0 million in 2050. Relative increases will be similar in all care settings, amounting to between 30 and 50% compared with the levels today; however, the most noticeable increase will be in demand for formal home care, which is projected to be 60% above current levels by 2040. Total expenditure on formal long-term care will increase from £ 11 billion per year today to approximately £ 15 billion per year by 2040 (in 2001 prices). Expressed in taxation terms the effective contribution rate will increase from around 1.0% of total wages today to 1.3% in 2050. Availability of informal carers is potentially a big problem, but the extent of the problem is very sensitive to the assumptions made concerning health improvements and care-giving patterns.

CONSOMMATION MÉDICALE

► Consommateurs de soins

ARTICLE
BOOTE (J.)

Principles and indicators of successful consumer involvement in NHS research : Results of a Delphi study and subgroup analysis.

HEALTH POLICY
2006 ; vol. 75 : 280-297
Cote Irdes : P92

Consumer involvement in NHS research is Department of Health policy within the UK. Despite the existence of policy directives and guidance, until recently there has been no consensus among consumers and researchers about what it means to involve consumers successfully in NHS research. This paper discusses the value of consensus research in this policy area, and presents the detailed findings of a Delphi study carried out to reach consensus on principles and indicators of successful consumer involvement in NHS research. Study participants, comprising consumers, researchers and consumer – researchers, were identified using a purposive sampling strategy. Consensus was reached on eight clear and valid principles of successful consumer involvement in NHS research, with each principle having at least one clear and valid indicator. Subgroup analysis revealed few significant differences in how consumers, researchers and consumer – researchers rated the principles and indicators. The implications and limitations of the study are discussed. Further research is needed to assess : (1) the usefulness of the principles

and indicators for differing models of consumer involvement, health research methodologies, and subject areas within health research ; and (2) the impact of 'successful' consumer involvement on health research processes and outcomes.

INDICATEURS DE SANTÉ

► Alcoolisme

31604
FASCICULE
Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.). Paris. FRA

Alcool et troubles mentaux : abus, dépendance, troubles thymiques et anxiété.

FOCUS ALCOOLOGIE
2005 ; n° 10 : 16 p.
Cote Irdes : C, P62

Ce fascicule, consacré à l'alcool et aux troubles mentaux, présente les principaux résultats de l'étude NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, Etats-Unis). Pour les psychiatres, en première ligne dans la prise en charge des malades alcooliques, l'enquête NESARC constitue un événement majeur. Elle remet en cause quelques repères jusqu'ici couramment admis. C'est la raison pour laquelle le professeur Gorwood a souhaité interroger le professeur Adès, au sujet de cette étude. NESARC est une enquête réalisée auprès d'un échantillon de la population générale aux États-Unis. Elle met en lumière deux idées majeures : on peut être dépendant à une substance (notamment l'alcool) sans nécessairement avoir abusé de ce même produit ; les troubles de l'humeur ou de l'anxiété peuvent perdurer après le sevrage d'une substance, indiquant que le lien causal entre consommation d'une substance et trouble mental n'est pas systématique. Intéressante à bien des égards, elle pose également le problème de la définition d'un seuil au-delà duquel on peut considérer le sujet comme « malade ».

► Arrêt de travail

31752

ARTICLE

NICOT (A.), NICOT (P.)

Lombalgie chronique et arrêt de travail : regards croisés patients/médecins.

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2006/04 ; vol. 2 : n° 4 : 180-182, 3 tabl.
Cote Irdes : P198

La lombalgie chronique commune a des conséquences socio-économiques importantes. Les recommandations de pratiques cliniques préconisent une réinsertion professionnelle précoce, ce qui est loin d'être la réalité quotidienne. Aussi, pour comprendre ce que représente l'arrêt de travail et identifier les obstacles à la reprise du travail du point de vue des patients, des médecins traitants et des médecins conseils, une enquête a été réalisée auprès des assurés affiliés à la CPAM de Haute-Vienne en 200 et en arrêt de travail depuis plus de 4 mois pour lombalgie, mais aussi auprès de leurs médecins traitants et des médecins conseils. Cet article en présente les résultats.

► Asthme

ARTICLE

MOHANGOO (A.), VAN DER LINDEN (M.W.), SCHELLEVIS (F.G.), RAAT (H.)

Prevalence estimates of asthma or COPD from a health interview survey and from general practitioner registration : what's the difference ?

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2006 ; vol. 16 : n° 1 : 101-105
Cote Irdes : P167

The aim of this study was to compare prevalence estimates of asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) derived from self-report in a health interview survey and from general practitioners' (GPs') medical records, and to explain any differences. Methods : the presence of asthma or COPD was measured by self-report in a random sample of 104 general practices in the Netherlands (n ¼ 19 685) participating in the second Dutch National Survey of General Practice (DNSGP-2). This was compared with the presence of GP-diagnosed asthma or COPD in the same population as recorded using the International Classification of Primary Care by their GPs during a 12-month period. Gender, age, health insurance, ethnic background, educational level, tobacco exposure, and other symptoms and conditions were evaluated as explanatory varia-

bles using logistic models. Results : The prevalence of self-reported asthma or COPD (9.7%) was almost twice as high as the prevalence based on GP information (5.2%). The medical records of patients who reported having asthma or COPD, without having a diagnosis in their medical records, usually included other respiratory conditions. Patients reporting no asthma or COPD but whose medical records carried a diagnosis of asthma or COPD, were relatively older ($P < 0.01$) and tended to be exposed to smoking in their home ($P < 0.05$). Conclusions : Two methods for estimating prevalence of asthma or COPD yielded different results : compared with GP medical records, self-reported prevalence shows an overestimation in people who suffer from other respiratory conditions and an underestimation in elderly persons living in a smoky environment.

► Cancer

31745

ARTICLE

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

Dépister les cancers, mais à quelles conditions ?

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2005/11 ; vol. 1 : n° 2 : 72-77, 1 graph.
Cote Irdes : C, P198

Le dépistage des cancers est de plus en plus à l'ordre du jour. Au point que la population se demande souvent pourquoi on ne généralise pas plus rapidement le dépistage organisé du cancer du côlon, du col de l'utérus... Il a paru utile, avant d'aborder les problèmes des différents cancers, de rappeler les principes de base du dépistage, du point de vue de la faisabilité, de l'utilité et de l'efficacité, et également de l'éthique. Peut-on en rester au dépistage individuel au hasard des consultations en cabinet, ou faut-il privilégier le dépistage organisé ? A-t-on des preuves de l'efficacité de telle ou telle modalité de dépistage ? Qu'en est-il chez les personnes âgées par rapport aux autres catégories de population ? Dans ce dossier, les données scientifiques actuelles sont présentées pour chacune de ces questions (D'après l'introduction de l'auteur).

31748

ARTICLE

GALLOIS (P.), VALLÉE (J.P.),
CHARPENTIER (J.M.), LE NOC (Y.)

**Dépister le cancer de la prostate :
données et incertitudes.**

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2006/04 ; vol. 2 : n° 4 : 168-172, 1 tabl.
Cote Irdes : P198

Dans un précédent numéro de Médecine, les grands principes du dépistage du cancer avaient été envisagés : le dépistage doit toujours être considéré selon les deux points de la santé publique et du patient. Du point de vue de la santé publique doivent être prise en compte l'importance du problème posé par la maladie, la connaissance de son histoire naturelle, la fiabilité du test, les bénéfices du dépistage en termes de santé publique. Du point de vue du patient, c'est l'acceptabilité du test et des examens qui pourront le suivre, les bénéfices du dépistage sur l'espérance et la qualité de vie (D'après l'introduction de l'auteur).

► Dépendance toxique

32889

ARTICLE

FENOGLIO (P.), PAREL (V.), KOPP (P.)

**Le coût social de l'alcool,
du tabac et des drogues illicites en 2000.**

ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ
PUBLIQUE
2006/06 ; vol. : n° 55 : 69-74
Cote Irdes : C, P49

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=96&menu=111281>

En 1997, une première étude tentait d'évaluer le coût pour la société que représentait la consommation de tabac, d'alcool et de drogues en France. Cette nouvelle étude réalisée en 2000 présente les résultats actualisés de 1997 (ADSP n° 22, mars 1998). Cette étude conduit à souligner le coût important que les drogues exercent sur la société française en terme de mortalité, morbidité, et de coût économique.

► Facteurs socio-culturels

ARTICLE

**A cross-cultural study of spirituality,
religion, and personal beliefs as
components of quality of life.**

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 1486-1497
Cote Irdes : P103

This paper reports on an international study in 18 countries (n = 5087) to observe how spirituality, religion and personal beliefs (SRPB) relate to quality of life (QoL). SRPB is assessed using the World Health Organization's QoL Instrument (the WHOQOL), where eight additional facets were included to more fully address these issues as they pertain to QoL, along with physical, social, psychological and environmental domains. The facets address issues such as inner peace, faith, hope and optimism, and spiritual connection. The results showed that SRPB was highly correlated with all of the WHOQOL domains ($p < 0.01$), although the strongest correlations were found with psychological and social domains and overall QoL. When all of the domain scores were entered into a stepwise hierarchical regression analysis, all of the domains contributed to overall quality of life (N = 3636), explaining 65% of the variance. When this was repeated for those people who reported poor health (N = 588), it was found that only four domains explain 52% of the variance. The first was the level of independence, followed by environment, SRPB and physical. Gender comparisons showed that despite showing lower scores for facets in the psychological domain, such as negative feelings and poorer cognitions, women still reported greater feelings of spiritual connection and faith than men. Those with less education reported greater faith but were less hopeful. It is suggested that SRPB should be more routinely addressed in assessment of QoL, as it can make a substantial difference in QoL particularly for those who report very poor health or are at the end of their life.

► Facteurs socio-économiques

ARTICLE

SUBRAMANIAN (S.V.), KAWACHI (I.)

Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States.

HEALTH & PLACE

2006 : vol. 12 ; 141-156

Cote Irdes : P118

The empirical relationship between income inequality and health has been much debated and discussed. Recent reviews suggest that the current evidence is mixed, with the relationship between state income inequality and health in the United States (US) being perhaps the most robust. In this paper, we examine the multilevel interactions between state income inequality, individual poor self-rated health, and a range of individual demographic and socioeconomic markers in the US. We use the pooled data from the 1995 and 1997 Current Population Surveys, and the data on state income inequality (represented using Gini coefficient) from the 1990, 1980, and 1970 US Censuses. Utilizing a cross-sectional multilevel design of 201,221 adults nested within 50 US states we calibrated two-level binomial hierarchical mixed models (with states specified as a random effect). Our analyses suggest that for a 0.05 change in the state income inequality, the odds ratio (OR) of reporting poor health was 1.30 (95% CI : 1.17 -1.45) in a conditional model that included individual age, sex, race, marital status, education, income, and health insurance coverage as well as state median income. With few exceptions, we did not find strong statistical support for differential effects of state income inequality across different population groups. For instance, the relationship between state income inequality and poor health was steeper for whites compared to blacks (OR $\frac{1}{4}$ 134; 95% CI : 1.20 -1.48) and for individuals with incomes greater than \$75,000 compared to less affluent individuals (OR $\frac{1}{4}$ 1 : 65; 95% CI : 1.26-2.15). Our findings, however, primarily suggests an overall (as opposed to differential) contextual effect of state income inequality on individual self-rated poor health. To the extent that contemporaneous state income inequality differentially affects population subgroups, our analyses suggest that the adverse impact of inequality is somewhat stronger for the relatively advantaged socioeconomic groups. This pattern was found to be consistent regardless of whether we consider contemporaneous or lagged effects of state income inequality on health. At the same time, the contemporaneous main effect of state income

inequality remained statistically significant even when conditioned for past levels of income inequality and median income of states.

ARTICLE

FRIESTAD (C.), KLEPP (K.I.)

Socioeconomic status and health behaviour patterns through adolescence : Results from a prospective cohort study in Norway.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2006 : vol. 16 : n° 1 : 41-47

Cote Irdes : P167

In this paper, we investigate cross-sectional and prospective relationships between various socioeconomic indicators and different health behaviours among boys and girls at ages 13-21, and whether socioeconomic status (SES) is related to changes in health behaviour over time. The study is based on a 10-year, two-generation prospective cohort study of health and lifestyle factors among a sample of Norwegian adolescents and their parents. Data presented here were collected at the ages of 13 (baseline), 15, 18 and 21. Parental and adolescent reports of socioeconomic factors were assessed along with a number of health-enhancing and health-compromising behaviours, both as single behaviours and as part of health behaviour indices. Results : Relatively few significant relationships are observed between parental occupation and adolescents' reported health behaviour when the latter is analysed as single behaviours. A significant, but weak, social gradient in health-enhancing behaviour is observed when measuring health behaviour as composite indices rather than single forms of behaviour. This is apparent both when applying parental SES variables or adolescents' own educational aspirations as proxy measures of their socioeconomic status. Conclusion : Future investigations of the presence of a social gradient in adolescent health behaviour should focus on composite measures of health behaviour. Further research is needed on potential mediating mechanisms behind the SES-health behaviour relationships in youth.

ARTICLE

ROGNERUD (M.A.), ZAHL (P.H.)

Social inequalities in mortality : changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2006 : vol. 16 : n° 1 : 62-68

Cote Irdes : P167

Background : The aim of this paper was to measure socio-economic inequalities in mortality

over a 27-year period, and estimate the simultaneous effects of education and income adjusted for changing proportions and potential confounders. Methods : Census data in 1970, 1980 and 1990 with information about income, educational level and household size were linked to mortality records at the individual level and analysed with absolute mortality rates, Poisson regression (univariate and multivariate) and Relative Index of Inequality (RII). Results : Mortality differences increased between income quartiles and educational groups as well as between singles and non-singles. RII between income quartiles increased from 1.6 to 3.6 for men and 1.7 to 2.7 for women while RII between the educational groups increased from 1.6 to 2.8 for men and 1.5 to 2.1 for women. However, RII derived from the adjusted multivariate regression analysis was 1.8 (men) and 1.9 (women) between the income groups in 1990 and 2.2 (men) and 1.7 (women) between the educational groups. In the 1990s current income was more important than previous income, and the rate ratios (RR) increased for groups dropping into the lowest income quartile between two censuses. Conclusion : Low education and single status have become relatively more important risk factors for mortality over time. Confounder effects of education and household size could partly explain the seemingly large increase in inequalities between income groups. Results may also indicate a stronger reverse causation (poor health causing low income) over time.

ARTICLE

GHAZAL READ (J.), GORMAN (B.K.)

***Gender inequalities in US adult health :
The interplay of race and ethnicity.***

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 : 1045-1065

Cote Irdes : P103

Gender differences in adult health are well documented, but only recently has research begun to investigate how race and ethnicity condition gendered health disparities. This paper contributes to this line of inquiry by assessing gender differences in morbidity across five major US racial and ethnic populations. Using data from the 1997-2001 waves of the National Health Interview Survey, the analysis examines differences in men and women's self-rated health, functional limitations, and life-threatening medical conditions for whites, blacks, Mexicans, Puerto Ricans, and Cubans. For each health outcome, we investigate the utility of socioeconomic factors in accounting for observed disparities. Contrary to finding universal excess in female morbidity, the results show that the magnitude of gender difference varies considerably by racial/ethnic group, health outcome,

and comparison category. The most striking findings are the consistently higher levels of functional limitations for all women compared to men in their same racial/ ethnic group and the poorer health of black women relative to both white and black men for all health measures, after adjustment for socioeconomic and background factors. The gender gap for all other health measures is more variable, and for Mexican women a difference is only evident for functional limitations and only when compared to Mexican men. Our results underscore the need for more research on the role of race and ethnicity in shaping gendered health inequalities and the mechanisms that lead to such variable patterns of difference across and within US racial and ethnic populations.

ARTICLE

RAM (R.)

***Further examination of the
cross-country association between income
inequality and population health***

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 : 779-791

Cote Irdes : P103

Several scholars have put forward the view that the estimates by Rodgers [(1979). Income and inequality as determinants of mortality : An international cross-section analysis. *Population Studies*, 33 (2), 343-351], Flegg [(1982). Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. *Population Studies*, 36 (3), 441-458] and Waldmann [(1992). Income distribution and infant mortality. *Quarterly Journal of Economics*, 107 (4), 1283-1302] showing a negative cross-country association between income inequality and population health, cannot be replicated from recent data. In view of the importance of this matter, the present study further examines the issue from the most recent, and probably more accurate, data for the largest cross-country sample used in this line of research. The main conclusion is that the negative cross-country association between income inequality and good health, reported by Rodgers, Flegg, and Waldmann, is replicated very well. The different findings indicated by some scholars may have been due to their samples or the models being unusual. Therefore, the recent skepticism about the existence of such a negative association needs to be reconsidered. Several additional points are also noted. First, income inequality shows significance even after an index of ethnic heterogeneity is included. Second, ethnic heterogeneity itself has a negative association with population health. Third, income inequality retains significance in the presence of a measure of social capital.

Fourth, however, the association between the measure of social capital and population health appears weak. Fifth, a simple analysis does not support the view that the positive association between income inequality and infant mortality in less developed countries (LDCs) may just be a reflection of the role of poverty. Finally, there is some support for the proposition that while income may be relatively more important for health in LDCs, the role of income inequality may be stronger in developed economies.

► Maladie d'Alzheimer

31739
ARTICLE
HEDGECOE (A.)

La maladie d'Alzheimer, les spécialistes et les débats éthiques sur les tests génétiques. La psychiatrie à l'épreuve de la génétique.

SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ
2006/03; vol. 24 : n° 1 : 57-82
Cote Irdes : P86

La découverte, au milieu des années quatre-vingt-dix, de l'association entre l'allèle ApoEε4 et un risque accru de développer la forme tardive de la maladie d'Alzheimer, a été annoncée à l'époque, à la fois dans la presse scientifique et dans les médias, comme un résultat significatif. Pourtant, ceux qui traitent la maladie d'Alzheimer considèrent que cette découverte scientifique est sans intérêt au plan clinique. Cet article montre comment la communauté des spécialistes de la maladie d'Alzheimer en est arrivée à cette conclusion, en analysant le développement d'un consensus contre les tests cliniques de dépistage de l'ApoEε4. L'argument principal de l'article est que, bien que cette opposition soit formulée en termes techniques, il s'agit d'une prise de position éthique qui, en tant que telle, soulève la question des rapports entre experts scientifiques, d'un côté, et bioéthiciens de l'autre (Résumé d'auteur).

► Morbidité ressentie

32658
DOCUMENT DE TRAVAIL
GRAVELLE (H.), SUTTON (M.)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

Income, relative income, and self-reported health in Britain 1979-2000.

Revenu, revenu relatif et santé perçue en Grande-Bretagne 1979-2000.

CHE RESEARCH PAPER
2006/03; n° 100 : 25 p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : P149/6

According to the relative income hypothesis, an individual's health depends on the distribution of income in a reference group, as well as on the income of the individual. We use data on 231,208 individuals in Great Britain from 19 rounds of the General Household Survey between 1979 and 2000 to test alternative specifications of the hypothesis with different measures of relative income, national and regional reference groups, and two measures of self assessed health. All models include individual education, social class, housing tenure, age, gender and income. The estimated effects of relative income measures are usually weaker with regional reference groups and in models with time trends. There is little evidence for an independent effect of the Gini coefficient once time trends are allowed for. Deprivation relative to mean income and the Hey-Lambert-Yitzhaki measures of relative deprivation are generally negatively associated with individual health, though most such models do not perform better on the Bayesian Information Criterion than models without relative income. The only model which performs better than the model without relative income and which has a positive estimated effect of absolute income on health has relative deprivation measured as income proportional to mean income. In this model the increase in the probability of good health from a ceteris paribus reduction in relative deprivation from the upper quartile to zero is 0.010, whereas as an increase in income from the lower to the upper quartile increases the probability by 0.056. Measures of relative deprivation constructed by comparing individual income with incomes within a regional or national reference group will always be highly correlated with individual income, making identification of the separate effects of income and relative deprivation problematic.

► Mortalité évitable

ARTICLE

FRENCH (K.M.), JONES (K.)

Impact of definition on the study of avoidable mortality : Geographical trends in British deaths 1981-1998 using Charlton and Holland's definitions.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 : 1443-1456

Cote Irdes : P103

Avoidable mortality is defined as deaths that should not occur given current medical knowledge and technology. Numerous different lists of causes of death and the ages at which they should be considered avoidable have been used to measure avoidable mortality. In this analysis of the importance of definition we compare the two most commonly used approaches using a data set including all 11.8 million deaths that occurred in Britain in 1981-1998. These mortality data, disaggregated by age and sex, are analysed within a multilevel statistical framework, which allows analysis at a number of geographical scales simultaneously. A substantial difference in both the average trends and spatial patterns of the two definitions of avoidable mortality is found, indicating that the causes of death chosen have a considerable impact on the results found. Indeed, one particular cause of death was found to be largely responsible for the differences between the definitions. In addition, the spatial pattern of the two types of avoidable mortality is very different at the larger geographical scale while the pattern at the smaller scale is very similar. The findings illustrate the importance of considering the goals of any study before deciding on the definition of avoidable mortality to use.

► Obésité

32660

DOCUMENT DE TRAVAIL

MORRIS (S.), GRAVELLE (H.)

University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York.

GBRGP supply and obesity.

Les médecins généralistes et la prise en charge de l'obésité.

CHE RESEARCH PAPER

2006/04 ; n° 130, 13 p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp13.pdf>

This working paper investigates the relationship between GP supply and body mass index (BMI)

in England. Individual level BMI is regressed against area whole time equivalent GPs per 1,000 population plus individual and area level covariates. Using IV models we find that a 10% increase in GP supply is associated with a mean reduction in BMI of around 1 kg/m² (around 4% of mean BMI). Its study suggests that better primary care in the form of reduced list sizes per GP can improve the management of obesity.

33084

ARTICLE

ASSIER DE POMPIGNAN (F.),
RIOCREUX (C.), FLECHELLES (S.),
BOTTIUS (F.), CASCA (S.),
LOUVEAU DE LA GUIGNERAYE (A.)

Prévalence de l'obésité du jeune enfant de 5-6 ans en Martinique (Département Français d'Amérique) en 2003.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET
DE SANTÉ PUBLIQUE

2006/06 ; vol. 54 : n° 3 : 279-282, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Une étude transversale de prévalence ponctuelle de l'obésité a été effectuée en Martinique durant le premier semestre 2003 auprès de l'ensemble des enfants scolarisés en grande section de maternelle, soit 5 756 enfants. L'âge moyen des enfants était de 5,6 ans, leur poids moyen de 21,6 kg, et leur taille moyenne de 116,8 cm. 13,2% des enfants présentaient un surpoids, 5,4% étaient obèses, avec un surpoids et une obésité plus élevée chez les filles que chez les garçons. Le poids a été mis en relation avec la situation familiale, la catégorie socioprofessionnelle et la région d'habitation. Cette cohorte d'enfants sera suivie afin de réaliser ultérieurement d'autres mesures statur pondérales.

ARTICLE

COHEN (D.A.), FINCH (B.K.), BOWER (A.),
SASTRY (N.)

Collective efficacy and obesity : The potential influence of social factors on health.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 769-778

Cote Irdes : P103

Social determinants have been identified as a fundamental cause of health and disease in most industrialized countries. However, much less is known about which characteristics of communities may lead to disparities in health outcomes. Collective efficacy — the willingness of community members to look out for each other and intervene when trouble arises — is a social factor shown to be associated with outcomes related

to obesity, including premature mortality and cardiovascular disease. The objective of this study is to determine whether neighborhood collective efficacy is associated with individual measures of body mass index (BMI) in adolescents. We use a multi-level, cross-sectional survey in Los Angeles County, involving 807 adolescents in 684 households in 65 neighborhoods in addition to a sample of 3000 adult respondents. The main outcomes measures are BMI, at risk of overweight, and overweight status. Using a two-level model, we find significant relationships between collective efficacy and all three outcomes, net of levels of neighborhood disadvantage. The associations between BMI and collective efficacy could potentially be explained by several factors, including a metabolic pathway, neighborhood differences in the physical and social environments, or a combination of these two. If group-level collective efficacy is indeed important in the regulation of individual-level net energy balance, it suggests that future interventions to control weight by addressing the social environment at the community level may be promising.

ARTICLE
MORRIS (S.)

Body mass index and occupational attainment.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2006 ; vol. 25 : 347-364
Cote Irdes : P79

Using pooled cross-sectional health survey data for 1997 and 1998 I find using OLS that, conditional on a comprehensive set of individual and area covariates, BMI has a positive and significant effect on occupational attainment in males and a negative and significant effect in females. Subsequent analyses with different covariates show considerable variation in the results for males, while for females the effect of BMI is significant and negative irrespective of the covariates used. IV coefficients on the BMI measures are insignificant in all models, though I am unable to identify any endogeneity problems with respect to BMI.

ARTICLE
SARLIO-LAHTENKORVA (S.)

The social patterning of relative body weight and obesity in Denmark and Finland.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2006 ; vol. 16 : n° 1 : 36-40
Cote Irdes : P167

Relative body weight is typically inversely associated with social status in affluent societies but studies comparing the social patterning of relative

body weight and obesity in different countries have only seldom been conducted. The aim of this study was to analyse and compare the social patterning of relative weight and obesity by occupational status, educational attainment and marital status between Danish and Finnish women and men. Methods : Data from the Finnish Survey on Living Conditions and the Danish Health and Morbidity Survey, both collected in 1994, were compared. Relative weight was studied by using body mass index (BMI), and those with BMI ≥ 30 kg/m² were regarded as obese. Logistic regression analysis was used to examine the social patterning of obesity in the pooled dataset. Two-variable interaction effects were tested separately. Results : Compared with their Danish counterparts, Finnish women and men had higher average relative weight and they were more often obese. There were no country differences in the socio-economic patterning of obesity by educational attainment, but a stronger patterning of obesity by occupational status was found among Danish women. Moreover, nonmarried women in Denmark were more likely to be obese than their married counterparts. Conclusions : Finns have higher relative weight and they are more often obese than Danes. The social patterning of obesity was similar in both studied countries but stronger in Denmark.

Santé et travail
ARTICLE
ASKILDSEN (J.E.)

Unemployment, labor force composition and sickness absence : a panel data study.

HEALTH ECONOMICS
2006 : vol. 14 : n° 11 : 1087-1101
Cote Irdes : P173

Sickness absence tends to be negatively correlated with unemployment rates. In addition to pure health effects, this may be due to moral hazard behavior by workers who are fully insured against income loss during sickness and to physicians who meet demand for medical certificates. Alternatively, it may reflect changes in the composition of the labor force, with more sickness-prone workers entering the labor force in upturns. A panel of Norwegian register data is used to analyze long-term sickness absences. The unemployment rate is shown to be negatively associated with the probability of absence, and with the number of days of sick leave. Restricting the sample to workers who are present in the whole sample period, the negative relationship between absence and unemployment becomes clearer. This indicates that procyclical variations in sickness absence are caused by established workers and not by the composition of the labor force

ARTICLE
WING HAN AU (D.), CROSSLEY (T.F.)

The effect of health changes and long-term health on the work activity of older Canadians

HEALTH ECONOMICS
2006 : vol. 14 : n° 10 : 999-1018
Cote Irdes : P173

Using longitudinal data from the Canadian National Population Health Survey (NPHS), we study the relationship between health and employment among older Canadians. We focus on two issues : (1) the possible problems with self-reported health, including endogeneity and measurement error, and (2) the relative importance of health changes and long-term health in the decision to work. We contrast estimates of the impact of health on employment using self-assessed health, an objective health index contained in the NPHS – the HUI3, and a ‘purged’ health stock measure. Our results suggest that health has an economically significant effect on employment probabilities for Canadian men and women aged 50-64, and that this effect is underestimated by simple estimates based on self-assessed health. We also corroborate recent US and UK findings that changes in health are important in the work decision.

33035
FASCICULE
BARNAY (T.), JEGER (F.)
Ministère de la santé et des solidarités.
Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ?

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/05 ; n° 492 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er492/er492.pdf>

Face aux problèmes de financement des retraites, la plupart des pays européens mènent des politiques de recul de l'âge de liquidation. Cependant, l'efficacité de ces mesures se heurte à l'existence de dispositifs de cessation anticipée d'activité, dont la nature évolue. En France, les dispositifs publics de préretraites, dont le rôle principal était de favoriser l'emploi des jeunes, disparaissent peu à peu au profit de nouvelles mesures. Il s'agit de la cessation anticipée pour certains travailleurs salariés (CATS), la cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (CAATA) et surtout la dispense de re-

cherche d'emploi (DRE). L'obtention d'une pension d'invalidité peut aussi constituer un mode de sortie anticipée du marché du travail. Cela semble être le cas dans les pays scandinaves où le recours important aux pensions d'invalidité pourrait refléter le niveau élevé de protection apporté par leur système d'Assurance maladie.

► Toxicomanie

32679

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

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

Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque - Résultats de l'enquête nationale Escapad 2005.

TENDANCES
2006 ; 09 ; n° 49 : 4 p.
Cote Irdes : Bulletin Français

L'exercice 2005 est le cinquième d'ampleur nationale de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense). Cette enquête complète le dispositif mis en place par l'OFDT afin d'observer les usages en population adulte (le Baromètre santé, sous la responsabilité scientifique de l'INPES) et en population scolaire ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, en collaboration avec l'Inserm). Elle couvre la métropole, mais aussi les départements et collectivités d'outre-mer, avec la même méthodologie. L'exercice 2005 s'appuie sur les réponses de 29 393 jeunes métropolitains âgés de 17 ans au moment de l'enquête. Il permet de décrire des évolutions sur cinq ans mais intègre aussi des questions nouvelles portant sur les contextes d'usages d'alcool et de cannabis, la conduite de véhicule à moteur et les accidents liés à la consommation de ces produits. Enfin, une question inédite permet également de documenter les modes d'approvisionnement en cannabis.

► Dépendance

33034

FASCICULE

WEBER (A.)

Ministère de la santé et des solidarités.

Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)

2006/05 ; vol. : n° 491 : 8 p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er491/er491.pdf>

Depuis 2000, l'enquête barométrique de la DREES permet d'apprécier l'évolution des opinions des Français à l'égard de la dépendance des personnes âgées, entre 2000 et 2005. Globalement, les opinions se structurent autour de deux préoccupations : le mode de prise en charge des personnes âgées dépendantes (domicile *versus* institution) et le financement du risque dépendance (cotisation obligatoire pour tous *versus* cotisation individuelle et facultative). Entre 2002 et 2005, le maintien à domicile reste la solution préférée par une majorité de Français, mais de moins en moins à travers une cohabitation directe.

► Emploi des seniors

32628

FASCICULE

GUILLEMARD (A.M.), JOLIVET (A.)

De l'emploi des seniors à la gestion des âges.

PROBLÈMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2006/05 ; vol. : n° 924 : 111 p.

Cote Irdes : A3475

L'emploi des seniors a fait irruption sur l'agenda politique français avec la réforme des retraites de 2003. Paradoxalement, au nom de l'équilibre financier des systèmes de retraite, les pays industrialisés en Europe ont encouragé à la fin des années soixante-dix la sortie prématurée des salariés âgés ; ce qui à terme risque de peser lourdement à terme sur les comptes sociaux. Le second paradoxe réside dans la conjonction des

progrès notables de la longévité et du considérable raccourcissement de la durée de la vie de travail. Il n'y a plus qu'une seule génération d'âge médian au travail dans nombre de pays européens. En France, par exemple, un peu plus d'un tiers seulement des 55-64 ans travaillent encore. Pour l'Union européenne, l'objectif d'ici 2010 est double : un taux d'emploi moyen de 50% pour les 55-64 ans et un relèvement d'environ 5 ans l'âge de la retraite. Deux pays en Europe, la Finlande et les Pays-Bas, ont déjà réussi à engager ce qui apparaît comme une véritable révolution culturelle et à mettre fin aux mesures d'âge qui enclenchent inexorablement des discriminations par l'âge dans l'emploi. Ils ont mis en œuvre une gestion de la diversité des âges qui s'attache à gérer la dynamique des parcours professionnels dans une perspective de cycle de vie. L'objectif de ce dossier est, d'une part, de dresser un état des lieux des analyses sur l'emploi des seniors et, d'autre part, de montrer en quoi l'évolution des comportements des entreprises, des individus et des pouvoirs publics implique de sortir d'une vision statique et segmentée sur l'âge. Un tel changement nécessite en effet de ne pas se limiter à une approche ciblée sur les seniors, mais d'abolir les frontières d'âge afin de considérer les individus dans la dynamique de leur évolution au cours de la vie professionnelle.

► Hébergement social

32819

ARTICLE

DESIMPEL (F.)

EHPAD : la nécessaire mise en œuvre des soins palliatifs. Spécial Hôpital Expo 2006.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2006/03-04 ; vol. : n° 509 : 16-17

Cote Irdes : C, P22

Bien qu'encore insuffisante, la réflexion sur la fin de vie et les soins palliatifs en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'est pas nouvelle pour nos structures. Les trois décrets d'application de la loi Leonetti sont parus au Journal officiel du 7 février 2006. Ils font notamment, obligation de formaliser la démarche de soins palliatifs dans le projet d'établissement. Les enjeux de cette nouvelle réglementation sont multiples. Mais c'est bien l'usager qui est au coeur du dispositif : pour la personne âgée qui entre en établissement à l'issue d'un parcours de soins plus ou moins difficile, cette ultime étape est ponctuée d'interrogations et de craintes. Le fonctionnement des structures les oublie trop souvent au profit de l'efficacité médicale ou de la qualité hôtelière. En inscrivant les démarches de soins palliatifs dans

leur projet de soins, les établissements devraient apporter à leurs résidents une prise en charge mieux adaptée à la fin de vie.

► Pathologies

33063

FASCICULE
DUTHEIL (N.), SCHEIDEGGER (S.)

Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/08; vol. : n° 515 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er515/er515.pdf>

En établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), le nombre moyen de pathologies par patient augmente avec la perte d'autonomie. La gravité des pathologies augmente également selon le niveau de dépendance. Les résidents des GIR 1 et 2 sont plus fréquemment atteints de démence (56 % d'entre eux) et d'incontinence urinaire (55 %); ceux des GIR 3 et 4 (modérément dépendants) souffrent surtout d'hypertension artérielle (HTA) et d'insuffisance cardiaque (respectivement 50 % et 31 %), enfin les patients classés en GIR 5 et 6, d'HTA et de troubles anxieux (respectivement 55 % et 38 %).

► Relations intergénérationnelles

31580

ARTICLE
MASSON (A.)

Transferts entre générations : à la recherche d'un modèle - rapport du Conseil d'analyse économique. Les transferts entre génération en question.

PROBLÈMES ÉCONOMIQUES
2006/04/12; vol. : n° 2897 : 2-8, 1 tabl.
Cote Irdes : P100

Les économistes qui s'intéressent aux relations et aux transferts entre générations sont confrontés à deux problèmes : d'une part, à l'absence de contrat privé entre les générations, d'autre part, à l'irréversibilité temporelle qui entrave l'action des successeurs (ils ne peuvent pas par exemple réclamer leur dû après coup, ni modifier les décisions prises aujourd'hui). C'est ce dilemme qui rend légitime l'action de l'État en tant que garant

des solidarités entre générations. Dans un État idéal, le sentiment de responsabilité des contemporains conduirait aux décisions optimales quant à l'héritage (éducation, legs, environnement) et à la créance (dette publique, retraite) pour les générations suivantes. La perspective de l'auteur est plus réaliste. Aussi s'interroge-t-il sur le comportement effectif de l'État en tant qu'arbitre entre les générations. Deux approches théoriques s'opposent : d'un côté, celle des comptes par générations, initiée par Kotlikoff, qui dénonce l'égoïsme des aînés, et de l'autre, le schéma beckerien de coopération entre les générations, les familles et l'État (Résumé d'auteur).

► Travail

31660

ARTICLE
BELLABY (P.)

Can they carry on working? Later retirement, health, and social inequality in an aging population.

Peuvent-ils continuer de travailler? Retraite tardive, santé et inégalité sociale dans une population vieillissante.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES
2006; vol. 36 : n° 1 : 1-23, 2 graph., 9 tabl.
Cote Irdes : P35

In debates on pensions and retirement age, little attention has been paid to the relation between increased effective retirement age and the health of the older population. This article focuses on Britain at a crucial point in the past, when the reconstruction that followed recession in the late 1970s and early 1980s used previously accumulated pension and redundancy funds to pay off workers and make labor markets « flexible. » Using secondary data analysis of surveys of the same nationally representative sample in 1984 and 1991, the author argues that, while early retirement and retirement at age 60 (women) and 65 (men) took many able-bodied people out of the labor force, every increase in retirement age would have faced diminishing returns. Moreover, unemployment and exit from the labor market were accompanied in most cases by a perceived decline in well-being. The findings suggest that retirement should be tapered, not abrupt. Finally, there was pronounced inequality in the aging process that would have led to a situation in which a uniform policy on later retirement deepened the disadvantage of those least able to fend for themselves. Accordingly, the present U.K. government should positively discriminate in favor of the disadvantaged at retirement by reinforcing the state pension (Résumé d'auteur).

► **Inégalité d'accès aux soins**

ARTICLE
LEVIN (K.A.)

A comparison of health inequalities in urban and rural Scotland.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 1457-1464
Cote Irdes : P103

Previous research suggests that there are significant differences in health between urban and rural areas. Health inequalities between the deprived and affluent in Scotland have been rising over time. The aim of this study was to examine health inequalities between deprived and affluent areas of Scotland for differing ruralities and look at how these have changed over time. Postcode sectors in Scotland were ranked by deprivation and the 20% most affluent and 20% most deprived areas were found using the Carstairs indicator and male unemployment. Scotland was then split into 4 rurality types. Ratios of health status between the most deprived and most affluent areas were investigated using all cause mortality for the Scottish population, 1979-2001. These were calculated over time for 1979-1983, 1989-1993, 1998-2001. Multilevel Poisson modelling was carried out for all of Scotland excluding Grampian to assess inequalities in the population. There was an increase in inequalities between 1981 and 2001, which was greatest in remote rural Scotland for both males and females; however, male health inequalities remained higher in urban areas throughout this period. In 2001 female health inequalities were higher in remote rural areas than urban areas. Health inequalities amongst the elderly (age 65+) in 2001 were greater in remote rural Scotland than urban areas for both males and females.

ARTICLE
PRENTICE (J.C.)

Neighborhood effects on primary care access in Los Angeles.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 1291-1303
Cote Irdes : P103

Individual health outcomes differ greatly between neighborhoods, and recent research has begun to examine how neighborhood environment affects individual health. A common hypothesis is that the inequitable distribution of healthcare resources limits access to health care for individuals in disadvantaged neighborhoods, causing

poorer longterm health. Yet, research has not examined if neighborhood environment actually affects an individual's ability to access primary care. Data from the Los Angeles Family and Neighborhood Survey suggests there is significant variation between neighborhoods in an individual's ability to access primary care. This neighborhood-level effect is not explained by the composition of individuals living in the neighborhood. Four mechanisms through which neighbourhood environment could affect an individual's ability to access primary care are examined : (1) neighborhood information networks, (2) neighborhood health behavior norms, (3) neighborhood social capital and (4) neighborhood healthcare resources. Social capital and healthcare resources significantly predict an individual's primary care access. Since differences in primary care access may explain individual-level health disparities between neighborhoods, policies designed to improve primary care access must account for both individual and neighborhood effects.

ARTICLE
EIBNER (C.)

US-based indices of area-level deprivation : Results from HealthCare for Communities.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 348-359
Cote Irdes : P103

In this analysis we create census-tract level indices of area deprivation for the US that parallel similar indices developed in Britain, and we determine whether these indices are related to physical and mental health outcomes. Data for the indices come from the 2000 Census Summary File Tapes and the 2001 Zip Code Business Patterns Files. These indices are then linked by census tract to cross-sectional data from the HealthCare for Communities (HCC) study, and equations are estimated using multi-level models with census-tract random effects. We find that area-level deprivation predicts poor mental and physical health outcomes, but different components of deprivation have different effects. When we measure deprivation using three factor scores that emerged from our analysis (rather than combining all measures of deprivation into a single index), we find that access to services has a more pronounced association with physical health, whereas racial composition and local language barriers are more strongly correlated with mental health. These findings suggest that grouping all variables into a single index may mask important heterogeneity in the ways in which area characteristics affect health outcomes.

ARTICLE

McINTYRE (D.), THIEDE (M.),
DAHLGREN (G.), WHITEHEAD (M.)

What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 : 858-865

Cote Irdes : P103

This paper presents the findings of a critical review of studies carried out in low- and middle-income countries (LMICs) focusing on the economic consequences for households of illness and health care use. These include household level impacts of direct costs (medical treatment and related financial costs), indirect costs (productive time losses resulting from illness) and subsequent household responses. It highlights that health care financing strategies that place considerable emphasis on out-of-pocket payments can impoverish households. There is growing evidence of households being pushed into poverty or forced into deeper poverty when faced with substantial medical expenses, particularly when combined with a loss of household income due to ill-health. Health sector reforms in LMICs since the late 1980s have particularly focused on promoting user fees for public sector health services and increasing the role of the private for-profit sector in health care provision. This has increasingly placed the burden of paying for health care on individuals experiencing poor health. This trend seems to continue even though some countries and international organisations are considering a shift away from their previous pro-user fee agenda. Research into alternative health care financing strategies and related mechanisms for coping with the direct and indirect costs of illness is urgently required to inform the development of appropriate social policies to improve access to essential health services and break the vicious cycle between illness and poverty.

ARTICLE

MOLLBORN (S.), STEPANIKOVA (I.),
COOK (K.S.)

Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users : When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter ?

HEALTH SERVICES RESEARCH

2006 ; vol. 40 : n° 6, part 1

Cote Irdes : P33

Objectives : To examine whether fiduciary trust in a physician is related to unmet health care needs and delayed care among patients who have a regular physician, and to investigate whether the

relationships between trust and unmet health care needs and delays in care are attenuated for disadvantaged patients who face structural obstacles to obtaining health care. Data Sources/Study Setting : The 1998-1999 Community Tracking Study (CTS) Household Survey, a cross-sectional sample representative of the U.S. noninstitutionalized population. This study analyzes adults who usually see the same physician for their health care (n529,994). Study Design. We estimated logistic regression models of the association of trust with unmet health care needs and delayed care. We tested interactions between trust and barriers to obtaining care, including minority race/ethnicity, poverty, and the absence of health insurance. Control variables included patients' sociodemographic characteristics, health status, satisfaction with the available choice of primary physicians, and the number of physician visits during the last year. Principal Findings. Patients' fiduciary trust in a physician is negatively associated with the likelihood of reporting delayed care and unmet health care needs among most patients. Among African Americans, Hispanics, the poor, and the uninsured, however, fiduciary trust is not significantly associated with the likelihood of delayed care. For unmet needs, only the uninsured have no significant association with trust. Conclusions : Results show that trust is associated with improved chances of getting needed care across most subgroups of the population, although this relationship varies by subpopulation.

32661

DOCUMENT DE TRAVAIL

COOKSON (R.), DUSHEIKO (M.),
HARDMAN (G.)

University of York. Centre for Health
Economics. (C.H.E.). York. GBR

Socio-economic inequality in small area use of elective total hip replacement in the English NHS in 1991 and 2001.

Inégalité socio-économique au niveau de petites unités géographiques dans le recours aux prothèses de hanche totale dans le système de santé anglais pour la période 1991-2001.

CHE RESEARCH PAPER

2006/04 ; n° 150 : 13 p, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp15.pdf>

International evidence suggests that there are substantial socio-economic inequalities in the delivery of specialist health services, even in the UK and other high-income countries with publicly funded health systems (Goddard and Smith 2001, Dixon et al. 2003, Van Doorslaer, Koolman

and Jones 2004, Van Doorslaer et al. 2000). Studies of total hip replacement in the English NHS have yielded particularly striking examples, given that hip replacement is such a common, effective and long-established health technology. Administrative data show that people living in deprived areas are less likely to receive hip replacement (Chaturvedi and Ben-Shlomo 1995, Dixon et al. 2004) while survey data suggest they may be more likely to need it (Milner et al. 2004). However, previous studies have not examined change in inequality over time. This paper presents evidence on the change in socio-economic inequality in small area use of elective total hip replacement in the English NHS, comparing 1991 with 2001. This was a period of important large-scale health care reform in England, involving at least two significant reforms that might potentially have influenced socio-economic inequality in health care delivery : (1) the introduction and subsequent abolition of the Conservative « internal market » 1991-7, and (2) the introduction in 1995 of a revised NHS resource allocation formula designed to reduce geographical inequalities in health care delivery. Two datasets, for 1991 and 2001, were assembled from routine NHS data sources : Hospital Episode Statistics (HES) on hospital utilisation in England and the corresponding decennial National Censuses in 1991 and 2001. Both datasets contain information on over 8,000 electoral wards in England (over 95% of the total). To improve comparability, a common geography of frozen 1991 wards was adopted. The Townsend deprivation score was employed as an indicator of socio-economic status. Inequality was analysed in two ways. First, for comparability with previous small area studies of hip replacement, by using simple range measures based on indirectly age-sex standardised utilisation ratios (SURs) by deprivation quintile groups. Second, using concentration indices of deprivation-related inequality in use based on indirectly age-sex standardised utilisation ratios for each individual small area. Each SUR is the observed use divided by the expected use, if each age and sex group in the study population had the same rates of use as the national population.

ARTICLE

DOMINGUEZ-BERJON (F.), BORRELL (C.)

The usefulness of area-based measures to monitor social health in Southern Europ.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2006; vol. 16 : n° 1 : 54-61

Background : The study objective was to investigate the association between health outcomes and several small-area-based socioeconomic measures and also with individual socioeconomic measures as a check on external validity. Methods :

Cross-sectional design based on the analysis of the Barcelona Health Interview Survey of 1992. A representative stratified sample of the non-institutionalised population resident in Barcelona city (Spain) was obtained. The present study refers to the 4171 respondents aged over 14. We studied perceived health status, presence of chronic conditions and smoking as health outcomes. Area socioeconomic measures (1991 census) were generated at census tract level and individual socioeconomic measures were educational level and social class obtained through the survey. Results : With individual socioeconomic measures we observed that the lower the educational level or social class, the higher the probability of reporting a perceived health status of fair, poor or very poor and of presenting some chronic condition. With regard to smoking, among men this trend was similar [odds ratio (OR) $\frac{1}{4}$ 1.5; 95% confidence interval (CI) $\frac{1}{4}$ 1.2_1.9 in social classes IV-V with respect to social classes I-II], while among women it was reversed (OR $\frac{1}{4}$ 0.7; 95% CI $\frac{1}{4}$ 0.5_0.9). With the different areabased socioeconomic indicators differences were also observed in this sense, with the exception of smoking in women for which these indicators do not show any differences by socioeconomic level. Conclusions : With several census area-based socioeconomic measures similar effects on inequalities in health have been observed. In general, these inequalities were in the same sense as those obtained with individual-based measures. Small-area-based socioeconomic measures from the Spanish census could greatly enhance analysis of social inequalities in health, overcoming the absence of socioeconomic data in public health registries and in medical records.

► Pauvreté

33041

FASCICULE
LAIB (N.)

Situation sur le marché du travail et pauvreté monétaire.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)

2006/06; vol. : n° 499 : 8 p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er499/er499.pdf>

La situation des personnes vis-à-vis de l'emploi est un élément déterminant de leur niveau de vie, mais, en raison de la diversité des configurations familiales et du jeu des transferts sociaux, les liens entre positions sur le marché du travail et situation économique des ménages sont complexes. La correspondance entre chômage ou faibles rémunérations et pauvreté n'est en effet

pas automatique : si les premiers se réfèrent à l'activité individuelle, la pauvreté renvoie à l'insuffisance des ressources du ménage, qui peut comprendre d'autres apporteurs de ressources, des enfants et bénéficiaire de prestations sociales. La configuration familiale semble à cet égard particulièrement importante, puisque 59% des détenteurs de faibles revenus individuels évitent la pauvreté grâce aux ressources complémentaires du ménage dans lequel ils vivent.

32711

ARTICLE
GODET (M.)

La pauvreté monétaire en question, ou la pauvreté de la mesure de la pauvreté.

SOCIÉTAL
2006/10; n° 54 : 15-19
Cote Irdes : P114

Comment ne pas être scandalisé par le million d'enfants pauvres que compterait la France de ce début du XXI^e siècle alors que la richesse produite par habitant a doublé depuis 1975 ? Faut-il voir dans cette pauvreté la preuve des injustices et des inégalités croissantes dans une société marchande qui profiterait d'abord aux riches et produirait de plus en plus de laissés-pour-compte et d'exclus ? Cette question, abondamment reprise par les médias, renvoie à un concept de pauvreté monétaire relative, qui serait moins trompeur si on l'avait appelé de son vrai nom d'indicateur d'inégalités de la répartition (nombre d'individus qui vivent avec un revenu inférieur à la moitié du revenu médian). Cet article analyse les cinq bonnes raisons de dénoncer la faiblesse du concept de pauvreté monétaire.

32717

ARTICLE
ABUL NAGA (H.), BOLZANI (E.)

Pauvreté et revenu permanent : une méthodologie pour des données transversales.

ANNALES D'ÉCONOMIE ET DE STATISTIQUE
2006/01-03; n° 81 : 195-223, tabl., fig., ann.
Cote Irdes : P41

Si l'ensemble des familles pauvres selon le critère du revenu ne coïncide pas avec l'ensemble des pauvres selon la consommation, il se pourrait que ces deux indicateurs contiennent de l'information complémentaire en rapport à une variable selon laquelle les ménages allouent leur consommation au niveau intemporel. Cet article présente une méthodologie pour estimer les revenus permanents des ménages sur la base d'indicateurs de bien-être typiquement disponibles dans les enquêtes de dépenses transversales.

31758

ARTICLE
MARCILHACY (D.)

Comment les enfants pauvres sont-ils traités par les minima sociaux.

DROIT SOCIAL
2006/05; n° 5 : 533-539, 2 enc., 6 tabl.
Cote Irdes : P109

Lorsqu'en 1998, l'auteur publia sa première étude sur la pauvreté enfantine, le sujet n'avait été abordé que de façon marginale, au détour d'études générales sur la pauvreté. Il a fallu attendre les engagements politiques de Tony Blair en 1999 et, en France, les travaux du CERC en 2004, pour que l'opinion publique prenne conscience du sort que subissaient de nombreux enfants dans notre pays prospère. Le 22 avril 2005, à l'issue du conseil des ministres, le Gouvernement annonçait que la conférence de la famille 2005 aurait pour thème central la réduction de la pauvreté des familles avec comme objectif : zéro enfant pauvre en 2020. Au changement de Premier ministre, le thème fut discrètement déprogrammé. Est-ce à dire qu'au travers des récentes réformes de minima sociaux, le sort fait aux enfants a été résolu ? Cet article dresse tout d'abord un état des lieux de la pauvreté des enfants, puis analyse l'évolution des prestations familiales et de logement versées pour les enfants pauvres de 1998 à 2005, selon le type de famille (parent isolé, couple, nombre d'enfants).

31608

ARTICLE
HIRCH (M.)

La protection sociale, l'État et les associations.

ALTERNATIVES ÉCONOMIQUES
2006/04; n° 246 : 61
Cote Irdes : P104

Martin Hirsch discute, sous forme d'un entretien, de la place de l'État et des associations en matière de protection sociale, et plus précisément dans le domaine de la lutte contre la pauvreté, puis des formes que pourrait prendre une bonne articulation de leur rôle dans ce domaine. Enfin, Martin Hirsch juge que l'État n'est actuellement ni garant ni bon gérant dans la lutte contre l'exclusion, les inégalités, ou les dépenses incontrôlées.

32735

FASCICULE

AVENEL (C.), THIBAUT (F.)

Précarités et insécurité sociale.

PROBLÈMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2006/02; n° 921 : 120 p., tabl.

Cote Irdes : A3482

Troublant paradoxe : alors que le taux de pauvreté a nettement diminué ces trois dernières décennies, les situations de précarité se sont dans le même temps multipliées. Emplois précaires, sous-emplois, formes plus ou moins diffuses de chômage, pauvreté salariale, pauvreté laborieuse : la France compterait ainsi, d'après les analyses les plus alarmistes, entre 8 et 12 millions de précaires, en plus des 7 millions de pauvres actuels. Phénomène indiscutable, la montée des précarités n'en soulève pas moins de nombreuses interrogations, notamment quant à son ampleur exacte. À l'heure où le terme précarité, qui désigne un état provisoire, incertain et fragile, s'utilise et se décline tous azimuts, on peut en effet se demander quelles réalités il recouvre. Rompant avec les définitions trop larges, qui amalgament précarité et pauvreté ou précarité et emplois atypiques, ce dossier s'intéresse principalement aux conséquences sociales de l'instabilité et de l'insécurité de l'emploi. Il dresse un bilan des populations, territoires et secteurs les plus concernés et tâche de répondre aux questions suivantes : Comment expliquer le développement des précarités ? Quels sont les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics pour y faire face ? Comment réduire l'insécurité sociale inhérente à une société devenue plus mobile et instable ? (4^e de couverture).

► Personnes handicapées

32811

ARTICLE

BROUSSEAU (V.), CARNEIN (S.)

C.N.A.M.T.S.

Le vieillissement de personnes handicapées prises en charge en structures sociales ou médico-sociales.

REVUE MÉDICALE DE L'ASSURANCE

MALADIE

2006/04-06, n° 2 : 83-92

Cote Irdes : C, P25

À partir de deux enquêtes menées, l'une auprès des personnes handicapées, l'autre auprès des familles et des professionnels, les auteurs ont souhaité connaître les besoins et les souhaits des personnes handicapées vieillissantes ainsi que leurs spécificités médicales et psychosociales. Des progrès sont à réaliser en matière de for-

mations professionnelles, de décision et de réalisation de l'orientation gériatrique, de référentiel social et médical. L'information et le soutien aux familles sont des secteurs à développer.

► Population défavorisée

31673

ARTICLE

FONE (D.L.), DUNSTAN (F.)

Mental health, places and people : a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation.

HEALTH & PLACE

2006; vol. 12 : n° 3 : 332-344, 3 carte,

2 graph., 1 tabl.

Cote Irdes : P118

Using data on 24,975 respondents to the Welsh Health Survey 1998 aged 17-74 years, we investigated associations between individual mental health status measured using the SF-36 instrument, social class, economic inactivity and the electoral division Townsend deprivation score. In a multilevel modelling analysis, we found mental health was significantly associated with the Townsend score after adjusting for composition, and this effect was strongest in respondents who were economically inactive. Further contextual effects were shown by significant random variability in the slopes of the relation between mental health and economic inactivity at the electoral division level. Our results suggest that the places in which people live affect their mental health, supporting NHS policy that multi-agency planning to reduce inequalities in mental health status should address the wider determinants of health, as well as services for individual patients (Résumé d'auteur).

32805

ARTICLE

HELFTER (C.)

Fonder un foyer : un réseau de sollicitude autour des tout-petits et de leurs parents.

INFORMATIONS SOCIALES

2006/06; n° 132 : 108-113

Cote Irdes : C, P171

Comment fonder un foyer quand on n'a pas de logement ? Alors que croissent, simultanément, les difficultés d'insertion des jeunes adultes et les files d'attente aux guichets des bailleurs sociaux, l'association parisienne Aire de famille a inventé une réponse d'une simplicité lumineuse. Ce qui ne signifie pas qu'elle ait été aisée à concrétiser ni qu'elle sera facile à pérenniser. (Résumé d'auteur).

ARTICLE

AZOGUI LEVY (S.), BOURDILLON (F.),
ITTAH DESMEULLES (H.), ROSENHEIM (M.),
SOUAMES (M.), AZERAD (J.)

État dentaire, recours aux soins et précarité.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ
PUBLIQUE

2006/06 ; vol. 54 : n° 3 : 203-211, tabl., rés.

Cote Irdes : C, P11

Contexte : Les dispositifs de lutte contre l'exclusion ont permis une meilleure couverture maladie. Cependant, le recours aux soins dentaires reste limité et l'état bucco-dentaire des personnes en situation de précarité problématique. L'analyse de la clientèle d'une consultation hospitalière en odontologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière a semblé pertinente pour apporter des éclairages sur les besoins de soins de ces populations et les modalités de prise en charge. Cette étude avait pour objectifs d'estimer l'état dentaire et de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les besoins de soins dentaires d'une population de consultants à l'hôpital et d'analyser les liens entre précarité et état dentaire. Méthodes : Une enquête transversale a été conduite de février à juin 2003. Un auto questionnaire et un dossier de prise en charge bucco-dentaire ont été utilisés. Toute personne accueillie prise en charge par le service d'odontologie et suivie pour soins conservateurs et prothétiques était incluse. Nous avons, d'une part, comparé les patients définis comme précaires aux patients non précaires et, d'autre part, les sujets ayant un état dentaire déficient aux sujets sains sur le plan dentaire. Résultats : Un ensemble de 336 questionnaires a été exploité. La population ainsi analysée comportait 2/3 d'hommes et 45% d'étrangers. Plus de la moitié des sujets relevait soit de la couverture maladie universelle (22,8%), soit de l'aide médicale d'État (24,4%), soit était sans couverture sociale (4,3%). La comparaison du groupe patients précaires au groupe patients non précaires a montré des différences significatives sur le plan bucco-dentaire : plus de dents manquantes et non remplacées, plus de problèmes gingivaux, et moins de recours aux soins chez les personnes en situation de précarité. L'analyse multivariée des facteurs liés à l'état dentaire a montré que les principaux facteurs de risque d'un mauvais état dentaire étaient la précarité, l'avancée en âge et la nationalité étrangère. Conclusion : Cette étude souligne l'importance des besoins en soins dentaires dans un contexte de faible prise en charge de leurs coûts par l'Assurance-Maladie et d'insuffisance de structures de soins susceptibles d'accueillir des patients en situation sociale difficile. Elle pose la question de l'organisation de l'offre de soins bucco-dentaires en France.

D Décentralisation

32734

FASCICULE
LE GALES (P.)

Gouvernement et gouvernance des territoires.

PROBLÈMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2006/03 ; n° 922 : 119 p., tabl.

Cote Irdes : A3481

Les limites des modes d'action publique fondés sur une vision centralisée du rôle de l'État ont conduit à l'apparition d'autres modes de pilotage politique que l'on désigne sous le terme de « gouvernance ». La gouvernance peut être définie comme un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions pour atteindre des buts discutés et définis collectivement. Dans un contexte de décentralisation, d'eupéanisation et de mondialisation, elle amène à repenser les manières de gouverner, à construire un intérêt général rattaché à un territoire et à mettre en œuvre des stratégies collectives. Dans ce cadre plus ouvert, les expérimentations se sont multipliées, qu'il s'agisse de pratiques de gestion, de concertation, d'élaboration de projets et d'un intérêt collectif territorialisé, de création de réseaux et de coalitions. Des organisations variées participent au gouvernement ou à la gouvernance locale (sociétés d'économie mixte, associations, promoteurs, entreprises de services urbains, chambres de commerce et d'industrie, PME ou grandes entreprises, artisans...), à côté des consultants désormais très présents. Tout ceci contribue à faire évoluer le rôle du politique. On assiste à une transformation dans le rapport entre élus et citoyens, entre régulation politique et intervention de la société civile qui va dans le sens de l'autonomie des différents acteurs, de la juridicisation des relations et des conflits, de la concertation. Cependant les gouvernements locaux restent bien présents, leur expertise et leur influence politique tendant plutôt à s'accroître.

► Activité

33060

FASCICULE
AUDRIC (S.)

Analyse des carrières des médecins libéraux à partir de données de panel.

SÉRIE STATISTIQUES - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES
2006/05 ; vol. : n° 96 : 65 p.
Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat96.pdf>

Les omnipraticiens ont une activité, en nombre d'actes effectués comme en honoraires, en augmentation depuis 1988. A l'aide de modèles de panel, cet article estime l'influence sur cette activité des facteurs suivants : l'ancienneté évaluée selon le nombre d'années écoulées depuis l'obtention de la thèse, l'année d'obtention de la thèse, la date, l'acquisition ou non d'un Mode d'exercice particulier (Mep), la région, le type de secteur dans lequel le médecin exerce (secteur 1, secteur 1 avec dépassements autorisés, secteur 2 et médecin non conventionné) et le sexe du médecin.

► Conditions de travail

32813

ARTICLE
SOULIER (E.), GRENIER (C.),
LEWKOWICZ (M.)

La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession.

REVUE MÉDICALE DE L'ASSURANCE
MALADIE
2006/04-06 ; vol. : n° 2 : 99-107
Cote Irdes : C, P25

L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît même si la plupart des indicateurs révèlent qu'elle n'a ni fondements économiques objectifs ni fondements démographiques avérés. Par son ampleur et son caractère inattendu, le mouvement de revendication des médecins généralistes démarré à l'automne 2001, et qui s'est cristallisé début 2002 autour du mot d'ordre de la consultation à 20 euros, constitue une étape dans la crise que traversent ces professions depuis près de 20 ans. D'où vient ce malaise ? L'étude met à jour une crise identitaire doublée d'une crise de régulation qui s'ancrent dans un

ensemble de variables touchant le travail, le métier et le médecin lui-même. Elle esquisse des recommandations.

► Démographie médicale

32877

ARTICLE
CHABS (P.), VIDAL-BORROSSI (F.)

Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural.

ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ
PUBLIQUE
2006/06 ; vol. : n° 55 : 4-8
Cote Irdes : C, P49

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=96&menu=111281>

Selon les régions, le nombre de médecins généralistes varie de 93 à 141 pour 100 000 habitants. Des zones prioritaires ont été définies et des solutions proposées pour encourager l'installation et faciliter le travail des médecins généralistes dans ces secteurs difficiles.

ARTICLE
ROSENTHAL (M.B.), ZASLAWSKY (A.)

The Geographic Distribution of Physicians Revisited.

HEALTH SERVICES RESEARCH
2006 ; vol. 40 : n° 5 : 1931
Cote Irdes : P33

While there is debate over whether the U.S. is training too many physicians, many seem to agree that physicians are geographically maldistributed, with too few in rural areas. Official definitions of shortage areas assume the market for physician services is based on county boundaries. We wished to ascertain how the picture of a possible shortage changes using alternative measures of geographic access. We measure geographic access by the number of full-time equivalent physicians serving a community divided by the expected number of patients (possibly both from within the community and outside) receiving care from those physicians. Moreover, we wished to determine how the geographic distribution of physicians had changed since previous studies, in light of the large increase in physician numbers. Design. Cross-sectional data analyses of alternative measures of geographic access to physicians in 23 states with low physician-population ratios. Between 1979 and 1999, the number of physicians doubled in the sample states. Although most specialties experienced greater diffusion everywhere,

smaller specialties had not yet diffused to the smallest towns. Multiple measures of geographic access, including physician-to-population ratios, average distance traveled to the nearest physician, and projected average caseload per physician, confirm that residents of metropolitan areas have better geographic access to physicians. Physician-to-population ratios exhibit the largest degree of geographic disparity, but ratios in rural counties adjacent to metropolitan areas are smaller than in those not adjacent to metropolitan areas. Distance-traveled and caseload models that allow patients to cross county lines show less disparity and indicate that residents of isolated rural counties have less access than those living in counties adjacent to metropolitan areas. Conclusion. Geographic access to physicians has continued to improve over the past two decades, although some smaller specialties have not diffused to the most rural areas. While substantial variation in the supply of physicians across communities remains, current measures of geographic access to physicians overstate the extent of maldistribution and yield an incorrect ranking of areas according to geographic accessibility of physicians.

► Dossier médical

32888

ARTICLE
PONGE (A.), LOMBRIL (P.), LACROIX (H.)

Le dossier médical commun partagé : outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste ?

ACTUALITÉ ET DOSSIER EN SANTÉ
PUBLIQUE
2006/06 ; vol. : n° 55 : 66-68
Cote Irdes : C, P49

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=96&menu=111281>

Comment élaborer et faire évoluer un dossier médical commun partagé par les professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer ? Le travail présenté ici a consisté en la recherche de l'existant en terme de dossier médical informatisé. Recherche bibliographique tout d'abord, suivie d'un travail de terrain tentant d'effectuer l'inventaire des dossiers médicaux communs partagés, informatisés au sein des réseaux régionaux de soins du cancer en France.

31584

FASCICULE
COUDREAU (D.)

Hébergeur de données médicales, un nouvel acteur de la régulation des soins. Les « autres » métiers de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2006/04 ; n° 10 : 51-57
Cote Irdes : P168

Cet article s'appuie sur l'opération de mise en place du dossier médical personnel (DMP) et ses conditions de réalisation pour illustrer concrètement la fonction « d'hébergement de données de santé à caractère personnel ». Après avoir décrit le cadre juridique strict qui entoure la qualité d'hébergeur de données, il examine le rôle qui leur est attribué dans la montée en charge du DMP, avant de s'interroger sur la mise en place que ces nouveaux venus pourraient être amenés à occuper dans le paysage, au demeurant encombré, de tous ceux qui entendent jouer un rôle dans la régulation du système de soins français (D'après l'introduction de l'auteur).

► Listes d'attente

ARTICLE
LEUNG (G.M.)

Time costs of waiting, doctor-shopping and private-public sector imbalance : Microdata evidence from Hong Kong.

HEALTH POLICY
2006 : vol. 76 : 1-12

Objective : To quantify the disutility of waiting for a specialist consultation and to examine whether individuals' willingness-to-pay (WTP) to reduce waiting time is associated with doctor-shopping behavior in outpatient clinics of four large, public hospitals in Hong Kong. Methods : We performed a cross-sectional survey of 6495 outpatients on public sector waiting lists enrolled from July 2000 to October 2001. Main outcome measures were WTP to reduce queue time and odds ratios (ORs) for doctor-shopping according to WTP status. Results : The majority (74.5%) of respondents, excluding those registering "protest zeros", was willing to pay a median of HK\$100 (US\$13) to reduce queue time by 2 weeks, which represents 14.6% of the total costs of care for a specialist outpatient visit. Respondents' WTP decreased as their expected waiting period increased. Multivariate regression modeling showed that those who were willing to pay more were also more likely to "doctor-shop" (ORs and 95% confidence intervals for doctor-shopping for the 1st through 4th quartile of WTP values respectively = 1.00 ; 0.88 (0.63,

1.23) ; 1.19 (0.57, 2.48) ; 1.52 (1.05, 2.20) ; p for linear trend = 0.009), in effect reducing waiting time to see a specialist by seeking and paying for care in the private sector. Conclusions : Based on this preliminary evidence, we propose the further examination of a new policy of outsourcing some specialist care services to the private sector to improve allocative and technical efficiency.

► Pratique médicale

32696

ARTICLE

GARATTINI (L.), CORNAGO (D.)

The reasons of general practitioners for promoting colorectal cancer mass screening in France.

Les raisons qui incitent les médecins généralistes français à promouvoir le dépistage de masse du cancer colorectal.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH

ECONOMICS (THE)

2006/06 ; vol. 7 : n° 2 : 91-98, 5 tabl.

Cote Irdes : P151

Implementation of colorectal cancer (CRC) mass screening is a public health priority. Obtaining the involvement of general practitioners (GPs) is crucial for ensuring participation by the general public. This study elicited GPs' reasons for promoting CRC screening. The method used was discrete choice modeling. Questionnaires with a set of pairs of hypothetical screening scenarios were sent to 700 GPs. Factors influencing GPs' screening practice were found to be : the effectiveness of the screening program, the proportion of false negatives and false positives, and their remuneration. Hence improving screening test sensitivity and setting up specific remuneration for conducting screening would help to increase GPs' participation in CRC screening in France.

► Relation médecin/malade

ARTICLE

KRONEMAN (M.W.)

Direct access in primary care and patient satisfaction : A European study.

HEALTH POLICY

2006 : vol. 76 ; 72-79

Cote Irdes : P92

Objective : This study addressed the question to what extent gate-keeping or direct access to health care services influences the satisfaction with GP-services by the population in 18 Euro-

pean countries ("old" EU-countries plus Norway, Iceland and Switzerland). Methods : Two datasets were collected. Firstly, country experts were asked to indicate for 17 different health care providers whether they were directly accessible. A direct accessibility scale was computed from the percentage of services that were directly accessible. Secondly, for patient satisfaction the EUROPEP study was used. This dataset contained information about patient satisfaction with general practitioners services in 14 European countries. Results : If more health care providers were directly accessible in a country, patients showed a higher satisfaction with general practice than in countries where more referrals were required (Pearson's $r = 0.54$, $p = 0.05$). Satisfaction with organisational aspects of general practice (concerning amongst others waiting time and possibilities to make appointments) correlates significantly with a high score on our direct accessibility measure (Pearson's $r = 0.67$, $p = 0.01$). Satisfaction with patient physician communication (Pearson's $r = 0.46$, $p = 0.10$) and medical technical content of the care (Pearson's $r = 0.41$, $p = 0.14$) are not influenced by direct accessibility. Conclusions : Direct accessibility appeared to be important for patients. Apparently, if patients have freedom of choice for the type of health care provider, they evaluate the GP-services more positively. However, this mainly concerns satisfaction with organisational aspects of GP-services ; the accessibility does not influence patient's judgement about the actual care provided by their GP.

ARTICLE

ARBER (S.)

Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD : A video-simulation experiment.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 : 103-115

Cote Irdes : P103

Numerous studies examine inequalities in health by gender, age, class and race, but few address the actions of primary care doctors. This factorial experiment examined how four patient characteristics impact on primary care doctors' decisions regarding coronary heart disease (CHD). Primary care doctors viewed a video-vignette of a scripted consultation where the patient presented with standardised symptoms of CHD. Videotapes were identical apart from varying patients' gender, age (55 versus 75), class and race, thereby removing any confounding factors from the social context of the consultation or other aspects of patients' symptomatology or behaviour. A probability sample of 256 primary care doctors

in the UK and US viewed these videovignettes in a randomised experimental design. Gender of patient significantly influenced doctors' diagnostic and management activities. However, there was no influence of social class or race, and no evidence of ageism in doctors' behaviour. Women were asked fewer questions, received fewer examinations and had fewer diagnostic tests ordered for CHD. 'Gendered ageism' was suggested, since midlife women were asked fewest questions and prescribed least medication appropriate for CHD. Primary care doctors' behaviour differed significantly by patients' gender, suggesting doctors' actions may contribute to gender inequalities in health.

ARTICLE
WIRTZ (V.)

Patient-doctor decision-making about treatment within the Consultation : a critical analysis of models.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006; vol. 62 : 103-115
Cote Irdes : P103

This paper highlights some of the limitations of models of patient involvement in decision-making and explores the reasons for, and implications of, these limitations. Taking the three models of interpretative, shared and informed decision-making as examples, we focus on two limitations of the models : (1) neglect of which decisions the patient should be involved in (the framing problem) and (2) how the patient should be involved in decision-making (the nature of reasoning problem). Although there will inevitably be a gap between models and practice — this much is in the nature of the models — we suggest that these two issues are substantially neglected by the models and yet are fundamental to understanding patient-doctor decision-making. We also suggest that the fundamental problem that lies behind these limitations is insufficient attention to, and explicitness about, the dilemmas of professional ethics, which are played out in the professional-patient relationships that the models are supposed to represent, particularly with respect to the issue of expert and lay accountability.

► Sondage d'opinion

33073
ARTICLE
BUI (D.H.), LEVY (D.)

Les médecins libéraux en France. Leur opinion à propos des conditions d'exercice et de la démographie médicale en leur région.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DÉMOGRAPHIE MÉDICALES
2006/01-03; vol. 46 : n° 1 : 9-99, tabl., stat.
Cote Irdes : C, P14

Le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales a entrepris, entre mars et juin 2005, une enquête postale auprès d'un échantillon de médecins libéraux obtenu par sondage aléatoire bi-strate. L'échantillon effectif s'est élevé à 3 048 médecins exerçant à temps plein ou partiel en pratique libérale. Chacun a reçu par voie postale un questionnaire anonyme, au final 934 furent exploités. Le but de l'entreprise est de saisir les divers aspects de la pratique libérale, ainsi que les difficultés auxquelles doivent faire face les praticiens au moment où une nouvelle convention est signée entre la profession et les organismes de l'assurance-maladie. L'enquête vise également à recueillir l'opinion des professionnels sur les diverses propositions de réforme et sur le contexte de la démographie médicale, ainsi que sur leur vision d'avenir.

HÔPITAL

► Accès aux soins

31823
ARTICLE
SINUFF (T.), KAHNAMOUI (K.), COOK (D.J.),
LUCE (J.M.), LEVY (M.M.)

Rationing critical care beds - evidence-based health care.

Rationner l'accès aux lits de soins intensifs - données probantes en santé.

EUROHEALTH
2005; vol. 12 : n° 1 : 33, 1 graph.
Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAnd-SocialCare/pdf/eurohealth/vol12no1.pdf>

La disponibilité limitée des ressources en santé en dépit de demande excessive permanente ou temporaire conduit à des rationnements. Mais quelles

sont les conséquences d'une restriction de l'accès aux lits dans le domaine des soins intensifs? Les auteurs ont tenté de répondre à cette question en analysant la littérature scientifique existante sur le sujet. Cet article a d'abord été publié dans la revue - Critical Care Medicine - en 2004.

► Chirurgie

32852

ARTICLE
VIGNERON (E.), PERICARD (B.)

La fermeture des services de chirurgie des petits hôpitaux : éléments de réponse en six cartes.

GESTIONS HOSPITALIÈRES
2006/05; vol. : n° 456 : 308-315
Cote Irdes : C, P67

La parution récente de la nouvelle génération de schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) renforce ici et là les craintes que l'on a de fermeture de services de chirurgie. Ces craintes anciennes ont été ravivées à l'automne par la diffusion d'un rapport du Conseil national de chirurgie, exprimant avec la plus grande netteté la recommandation que le seuil d'activité minimum d'un bloc opératoire est de 2000 interventions par an, couvrant un bassin de population de 50 000 habitants. Ce seuil confirme bien celui déjà mentionné dans la circulaire du 5 mars 2004, car ce sont les mêmes travaux qui l'avaient inspirée. L'analyse est illustrée de la situation actuelle et de celle envisagée.

► Cliniques privées

33040

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

L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/06; n° 498 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er498/er498.pdf>

En 2004, le chiffre d'affaires des cliniques privées sous Objectif quantifié national a augmenté à champ constant de 7,7%, soit un rythme de croissance élevé mais inférieur de 0,9 point à celui observé en 2003. Cette hausse est surtout soutenue dans le secteur de Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), et plus particulièrement dans les polycliniques. La rentabilité économique de

l'ensemble des cliniques croît assez sensiblement et s'établit à 1,8% du chiffre d'affaires. Cette amélioration (+ 0,5 point) est générale, même si elle touche davantage le secteur de MCO (+ 0,7 point), les polycliniques (+ 0,7 point), ainsi que les cliniques spécialisées en soins de suite et de réadaptation (+ 0,8 point).

► Financement

32853

ARTICLE
BOUINOT (C.)

La conjoncture financière des hôpitaux publics en 2004 et 2005.

GESTIONS HOSPITALIÈRES
2006/05; n° 456 : 317-322
Cote Irdes : C, P67

En 2004, la conjoncture financière des établissements publics de santé (EPS) a été globalement bonne. La dynamique immobilière créée par le plan Hôpital 2007 à partir de fin 2003 se confirme en 2004 : l'investissement immobilier a progressé cette année de + 21 % pour atteindre 4,4 milliards d'euros. Et pour la première fois, depuis au moins dix ans, le ratio de vétusté s'est infléchi pour redescendre à 54,7%. Bien qu'en forte croissance, l'autofinancement de l'ordre de 3,7 milliards d'euros (+ 32%), s'est accompagné d'un endettement de 1,1 milliard d'euros pour financer la relance de l'investissement. L'encours de dette des hôpitaux a donc progressé, de + 11 % pour s'établir à 10,9 milliards d'euros fin 2004. Cela dit, la capacité de remboursement des EPS reste excellente et s'améliore même d'une demi-année pour atteindre 2,9 années. Cette embellie sur 2004 a été permise par une bonne tenue d'exploitation, les recettes progressant plus rapidement que les dépenses.

► Gestion hospitalière

33100

ARTICLE
BUTHION (V.)

Impact économique d'une cellule de coordination du retour à domicile sur la gestion des flux hospitaliers et l'équilibre financier de l'hôpital.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2006/03; vol. 24 : n° 2 : 101-113, rés., fig., tabl.
Cote Irdes : C, P85

Les nouveaux dispositifs de financement de l'activité hospitalière obligent les hôpitaux à optimiser les structures lourdes qu'ils possèdent. Être

capable de faire sortir les patients de l'hôpital rapidement après des phases de soins techniques, et dans des conditions de sécurité satisfaisantes, est une nécessité. Le Centre Léon Bérard à Lyon a mis en place dès 1993 une cellule de coordination des soins à domicile. Cette cellule a trouvé sa place dans la stratégie hospitalière, et sa légitimité dans les circuits de financement. Cet article présente les résultats d'une étude visant à documenter cette question (Résumé d'auteur).

33098

ARTICLE

DUCLOS (A.), TRINQUART (L.), WOSZTO (V.), KARANFILOVIC (C.), CHATELLIER (G.)

Du PMSI à la gestion des pôles : une analyse critique sur l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS).

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

2006/03 ; vol. 24 : n° 2 : 71-82, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : C, P85

Objectif : Démontrer la nécessité de valider une approche comparative sur l'IP-DMS, avant d'utiliser cet indicateur pour fixer des objectifs de performance contractualisés aux pôles d'un Centre Hospitalier Universitaire français. Méthode : Nous avons suivi une séquence d'approche simple comprenant trois étapes : 1 - Identification d'un GHM traceur (GHM 04M13Z - œdème pulmonaire et détresse respiratoire), 2 - Estimation du nombre de journées théoriquement puis réellement perdues sur ce GHM pour l'année 2004, 3 - Caractérisation de ses principales filières de prises en charge. À partir des informations extraites de la base PMSI de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) et des statistiques par GHM de la base PMSI nationale, nous avons effectué des comparaisons sur une batterie de variables médico-économiques (Résumé d'auteur).

► Hospitalisation à domicile

32809

ARTICLE

CRESSON (G.)

Hospitalisation à domicile : autour de l'enfant malade.

INFORMATIONS SOCIALES

2006/07 ; n° 133 : 66-73

Cote Irdes : C, P171

Après d'un enfant hospitalisé, les professionnels et la famille se relaient. Comment ces différents acteurs trouvent-ils leur place ? Une recherche montre l'importance du rôle des parents, souvent sous-estimé par les professionnels, et met en valeur une pratique nécessairement interactive (Résumé d'auteur.)

► Listes d'attente

32666

DOCUMENT DE TRAVAIL

JACOBS (R.), MARTIN (S.)

University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR

Modelling the response to choice : waiting times.

Modélisation de la réponse au choix : les temps d'attente.

CHE TECHNICAL PAPER

2004/10 ; n° 350, 74 p., tabl.

Cote Irdes : P149/5

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/tp33.pdf>

This report presents the results for modelling the response of Trusts to Choice. A purpose of Patient Choice has been to reduce waiting times for patients in Trusts with long waits by giving patients the option of moving to Trusts with lower waiting times in the particular specialty. It would like to test whether Choice (LPCP) has had a significant effect on mean inpatient waiting times in the three specialties ophthalmology, general surgery and orthopaedics. It tests whether Choice has been a successful instrument for reducing waiting times in two instances : 1.) for LPCP Trusts as a whole relative to comparator Trusts that engage in activity in the particular specialty, and 2.) within London for the three types of Trusts that engage in activity in the particular specialty, particularly those that export patients (originators), relative to comparator Trusts. Since there were different incentives facing the three groups of London Trusts (recipients, originators and others), its main interest is to examine whether within the three groups there, has been some convergence in mean inpatient waiting times. The second analysis with in London will enable us to explore this.

ARTICLE

WINDMEIJER (F.), GRAVELLE (H.)

Waiting lists, waiting times and admissions : an empirical analysis at hospital and general practice level.

HEALTH ECONOMICS

2006 ; vol. 14 : n° 9 : 971-985

Cote Irdes : P173

We report an empirical analysis of the responses of the supply and demand for secondary care to waiting list size and waiting times. Whereas previous empirical analyses have used data aggregated to area level, our analysis focuses on the supply responses of a single hospital and the demand responses of the GP practices it serves, and distinguishes between first outpatient visits, inpatient

admissions, day-case treatment and emergency admissions. The results are plausible and in line with the theoretical model. For example: the demand from practices for first outpatient visits is negatively affected by waiting times and distance to the hospital. Increases in waiting times and waiting lists lead to increases in supply; the supply of elective inpatient admissions is affected negatively by current emergency admissions and positively by lagged waiting list and waiting time. We use the empirical results to investigate the dynamic responses to one off policy measures to reduce waiting times and lists by increasing supply.

PROFESSIONS DE SANTÉ

Chirurgiens-dentistes

33043

FASCICULE
LEGENBRE (N.)

Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/06; vol. : n° 501 : 4 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er501/er501.pdf>

La plupart des chirurgiens-dentistes exerce dans un cadre libéral. En 2004, ils ont perçu 79 700 euros de revenu libéral, soit 25% de plus qu'un médecin omnipraticien, mais 22% de moins qu'un spécialiste. Entre 1993 et 2004, les revenus libéraux des dentistes ont augmenté de 1,3% par an en moyenne en termes réels, avec une stagnation jusqu'en 2000 et une reprise vigoureuse à partir de 2001. Ce retour à la croissance coïncide avec la modification de la nomenclature générale de leurs actes; les dépassements ont également favorisé la croissance de leur revenu réel. On observe par ailleurs d'importants écarts de revenus selon les régions, les dentistes installés dans le nord de la France percevant des revenus plus élevés que ceux du sud. L'Île-de-France fait toutefois exception à cette tendance.

Conditions de travail

33046

FASCICULE
BOUFFARTIGUE (P.), BOUTEILLER (J.)

Les conditions de travail des médecins : intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux : post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (4/5).

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2005/06; n° 50 : 81 p.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud50.htm>

Cette « post-enquête » qualitative auprès de 17 médecins - 12 libéraux et 5 salariés - est l'une de celles qui ont suivi l'enquête sur les conditions de travail des professionnels des établissements de santé. Elle répond à deux questions. La première est celle de l'efficacité du questionnaire de l'enquête pour appréhender un groupe professionnel exerçant encore majoritairement son activité sous statut libéral. La seconde est celle de la pertinence d'une approche objectivante du travail pour des professions échappant aux modalités salariales de la subordination.

33044

FASCICULE
DOUGUET (F.), MUNOZ (J.), LÉBOUL (D.)

Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants : Post enquête « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (2/5).

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2005/06; n° 48 : 161 p.

Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud48.htm>

L'étude s'intéresse aux transformations de l'organisation du travail dans les établissements de santé, et plus précisément à celles qui résultent de la mise en œuvre récente de l'accréditation. L'objectif annoncé d'une telle procédure est de garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des pratiques effectuées.

33067

FASCICULE
VEGA (A.)

Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés : Poste enquête « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ».

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES
2005/06 ; n° 51 : 118 p.
Cote Irdes : C, P35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud51.pdf>

Ce travail vise à approfondir la connaissance des grands axes de différenciations entre médecins, dans le but d'arbitrer sur le maintien ou l'exclusion à venir des médecins libéraux de l'enquête nationale de la DREES.

► Démographie médicale

33061

FASCICULE
SICART (D.)

Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006.

SÉRIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2006/05 ; n° 97 : 65 p.
Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat97.pdf>

Les statistiques publiées dans ce document de travail portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien lunetier, pédicure podologue, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur ERM) inscrits dans le répertoire Adeli comme étant actifs au 1^{er} janvier 2006.

► Formation professionnelle

33068

FASCICULE
HARDY-DUBERNET (A.C.), GADEA (C.)

De « faire médecine » à « faire de la médecine ».

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES
2005/10 ; n° 53 : 209 p.
Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud53.pdf>

Ce travail vise à mieux comprendre comment sont formés les médecins, en accordant à la notion de formation le sens d'un apprentissage autant que celui d'un modelage. La première partie reprend dans ses grandes étapes le parcours des étudiants, de la première année au résidanat. La deuxième partie est plus centrée sur les représentations que les étudiants et jeunes médecins nourrissent de la profession à laquelle ils se destinent.

► Infirmiers

33037

FASCICULE
BOUFFARTIGUE (P.), BOUTEILLER (J.)

Le temps du travail dans le temps de l'emploi : biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans : Post-enquête « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (115).

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2005/06 ; n° 47 : 70 p.
Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud47.pdf>

Cette post-enquête qualitative auprès de 19 infirmières est l'une de celles qui ont suivi l'enquête sur les conditions de travail des professionnels des établissements de santé. Elle répond à deux questions : quelle a été la réception par les intéressées du questionnaire téléphonique, et que peut en inférer quant à la qualité des résultats de l'enquête quantitative ? Comment sont organisées les biographies professionnelles de ces infirmières expérimentées au regard du temps de travail ? En situation d'enquête par questionnaire comme par entretiens, les réponses expriment une expérience professionnelle plus large que

le simple vécu du travail ici et maintenant, ainsi qu'un rapport plus ou moins polémique et revendicatif au monde social. Certains domaines de l'expérience professionnelle sont les plus délicats à coder, tels le type de polyvalence, les relations au public, les contraintes de délais et de rythme, ou encore les horaires de travail. Trois types de profil sociobiographique sont identifiés, selon le degré d'autonomie de la carrière professionnelle eu égard aux logiques propres à la vie familiale.

33036

FASCICULE
MARQUIER (R.)

Les débuts de carrières des infirmiers sortis de formation initiale en 1998.

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2005/04 ; n° 46 : 42 p.

Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud46.pdf>

L'étude porte sur les caractéristiques des cinq premières années de carrière des infirmiers sortis pour la première fois du système éducatif en 1998. D'après l'enquête menée par le Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq), les infirmiers ont une origine plus modeste que les étudiants de niveau de formation comparable, et les femmes y sont plus nombreuses. Les jeunes diplômés passent très peu de temps au chômage, et leur premier emploi est en moyenne relativement long (29 mois), bien qu'il s'agisse le plus souvent d'un contrat de travail temporaire. Néanmoins, leur situation professionnelle paraît plus stable au bout de cinq ans de vie active. La première embauche des infirmiers se situe autant dans le secteur public que dans le secteur privé, mais, sur les cinq ans, ils ont plutôt tendance à passer du privé au public, où les salaires sont en moyenne plus élevés.

ARTICLE
PILLET-SHORE (D.)

Weighing in primary-care nurse-patient interactions.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2006 ; vol. 62 : 407-421

Cote Irdes : P103

This article analyzes the interactions through which primary-care nurses and patients accomplish patient weighing. The analysis is based on videotaped nurse-adult patient interactions in clinics in the area of Southern California. Detailed examination of co-participants' naturally situated

weighing conduct shows that parties recurrently deliver utterances that go beyond that required to accomplish weight measurement—precisely “where” they “are” within the weighing process shaping how they produce and understand these utterances. Using weighing as a locus of epistemic negotiation and potential affiliation, co-participants interactionally achieve the distribution of weight/weighing knowledge and the character of their social relationship. Confronting their numerical weight results in a social/medical setting, patients can use expansive weighing utterances to claim or demonstrate that they possess pre-existing knowledge regarding weight, asserting independent expertise vis-à-vis nurses and claiming result co-recipientcy and coownership. Speakers can also use expansive utterances to proffer an interactional opportunity for affiliation, inviting recipients to collaborate in producing a more personalized encounter. Through the acceptance or declination of these invitations, the parties work out “who” they “are” to and for one another.

► Origine sociale

33033

FASCICULE
BREUIL-GENIER (P), SICART (D.)
Ministère de la santé et des solidarités.
Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

L'origine sociale des professionnels de santé.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)

2006/06 ; n° 496 : 8 p.

Cote Irdes : C, P83

L'étude de l'origine sociale des parents des professionnels de santé permet de préciser les milieux dans lesquels ces métiers recrutent et d'éclairer les logiques dans lesquelles s'inscrit l'entrée dans ces professions. Ainsi, en moyenne, sur la période 1990-2002, 43% des médecins et 40% des pharmaciens et dentistes en activité avaient un père cadre supérieur, contre 29% de l'ensemble des cadres supérieurs.

► Pharmaciens

33045

FASCICULE
COLLET (M.)

Projections du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthode et principaux résultats.

SÉRIE ÉTUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2005/11 ; vol. : n° 54 : 109 p.
Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud54.htm>

Un peu plus de 70 000 pharmaciens actifs ont été recensés par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens au 1er janvier 2005. La densité de pharmaciens en France a fortement crû en 25 ans, mais la croissance démographique de la profession s'est nettement ralentie avec l'instauration d'un numerus clausus à partir de 1980. Ce document s'attache à décrire précisément la méthodologie employée pour approcher les comportements actuels des pharmaciens - comportements qui varient selon l'âge, le sexe, le secteur d'activité et le poste occupé - et fournit les résultats détaillés de ces travaux de projections.

31802

ARTICLE
MERCIER (A.L.)

Prescription : un nouveau pouvoir pour le pharmacien.

PHARMACEUTIQUES
2006/04 ; n° 137 : 71-73, 2 graph.
Cote Irdes : P28

La notion de pharmacien prescripteur n'est pas inédite. Ainsi, l'académie nationale de pharmacie évoque cette idée en octobre 2005. Le Collectif des groupements de pharmaciens dresse le portrait d'un « pharmacien de demain » prescripteur. L'Observatoire de la pharmacie indiquait en 2005 que les officinaux étaient majoritairement favorables à la prise en charge du petit risque à l'officine et au renouvellement de médicaments chez un patient chronique entre deux visites de contrôle chez le médecin. La signature de la nouvelle convention nationale du 30 mars 2006 ouvre des perspectives. Mais si l'on en juge par les résultats d'une enquête Harris de 2004, l'idée, aussi prometteuse que risquée, ne convainc pas tous les acteurs du système de santé. Par ailleurs l'Observatoire de la pharmacie a relevé quelques inquiétudes au sein même de la profession. L'ouverture du débat s'avère complexe mais justifié.

► Pratiques médicales

33039

FASCICULE
Ministère de la santé et des solidarités.
Direction de la Recherche des ETUDES de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

Les professions de santé et leurs pratiques.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ (DREES)
2006/01-03 ; n° 1 : 83 p.
Cote Irdes : C, S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200601.pdf>

Ce numéro présente un panorama des professions de santé et de leurs pratiques, abordant différentes questions, comme celle des évolutions démographiques, des salariés dans le secteur hospitalier et des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville.

► Ressources humaines

32682

ARTICLE
DUBOIS (C.A.), MCKEE (M.)

Cross-national comparisons of human resources for health : what can we learn ?

Comparaison internationale des ressources humaines en santé : que pouvons-nous apprendre ?

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2006/01 ; vol. 1 : n° 1 : 59-78
Cote Irdes : P197

After a long period of neglect, the issue of human resources for health (HRH) has recently emerged as a core component on the international health agenda, with policy makers increasingly eager to learn from experience elsewhere. This article investigates systematically the opportunities and challenges associated with the use of cross-national comparisons of HRH policies and practices. It reviews the evidence in favour of using international comparative studies on HRH, discusses emerging opportunities for developing a cross-national research agenda to guide HRH policies in Europe, and highlights obstacles which may hinder the implementation of comparative studies on HRH. While demonstrating many opportunities offered by the comparative approach to improve understanding of human resources processes in the health sector, this article also emphasizes the dangers of simplistic pleas for the transfer of hu-

man resource policies without taking into account the context-specific factors and the generative capacity of the social actors in the design and implementation of policy changes.

► Sondage d'opinion

32676

ARTICLE
BONNETBLANC (J.M.), SPARSA (A.),
BOULINGUEZ (S.)

Le bon médecin : enquête auprès des patients.

PEDAGOGIE MÉDICALE
2006 : Vol : 7 : n° : 3 : 174-479, 4 tabl.
Cote IRDES : Bulletin bibliographique (Département doc/INPES, 10 juillet septembre 2006)

Le public utilise souvent le terme de « bon médecin » pour désigner le professionnel de santé auquel il se réfère. L'objectif de cet article est d'analyser la notion de « bon médecin » comme besoin ressenti par une population. La méthode consiste dans la préparation d'un court texte explicatif pour des personnes consultant en dermatologie, malades et accompagnants, indiquant qu'ils venaient dans un lieu de formation médicale. Dans chaque réponse ont été identifiés et colligés des mots clefs. Un essai de regroupement des mots clefs par item définissant un champ de compétence a été fait. Résultats : Nous avons interrogé 103 personnes (51 femmes, 51 hommes, 1 non précisé, âge 10-91 ans). Seules 4 personnes avaient la même définition pour le médecin et le bon médecin et 2 n'avaient pas défini le « bon médecin ». La majorité des patients font une grande différence entre le médecin et le bon médecin, portant sur des habiletés de communication et les qualités humaines et professionnelles. Les résultats obtenus rejoignent les réponses exposées récemment dans la littérature, majoritairement le fait de médecins. Malgré certaines limites, cette enquête apporte des éléments quantitatifs sur certains besoins ressentis et sur les dimensions de la compétence professionnelle, et qualitatifs sur le vocabulaire utilisé par les patients, ce qui permet d'influer sur les objectifs de formation. Ces données sont issues d'un vécu mais expriment bien des besoins ressentis, voire attendus par une population. Elles pourraient être exploitées comme information auprès d'étudiants pour les aider à préparer leur formation professionnelle.

MÉDICAMENTS

► Automédication

31622

ARTICLE
MANIÈRE (M.)

Automédication : pourquoi les Français boudent encore.

PHARMACEUTIQUES
2006/03, n° 135 : 28-31, 1 graph., 2 tabl.
Cote Irdes : C, P28

Les ventes de médicaments d'automédication sont toujours en chute libre. La faute au culte du remboursement à 100% ? Quels sont les motifs d'achat des produits d'automédication ? Quels peuvent être les freins au développement de l'automédication en France ?

► Essais cliniques

32469

ARTICLE

Essais cliniques en France : trop de résultats non publiés.

REVUE PRESCRIRE
2006/07-08 ; vol. 26 : n° 274 : 533-534
Cote Irdes : C, P180

Cet article analyse les résultats d'une étude rétrospective lyonnaise portant sur un échantillon de projets de recherches dont les protocoles ont été approuvés en France par les Comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale. L'objectif est de savoir dans quelle mesure ces projets ont démarré, s'ils ont donné lieu à une publication scientifique, si la nature des résultats a influencé la décision de publier.

► Évaluation

ARTICLE
MORGAN (S.G.), McMAHON (M.),
MITTON (C.)

Centralized Drug Review processes In Australia, Canada, New Zealand, And The United Kingdom.

HEALTH AFFAIRS
2006 ; vol. 25 : n° 2 : 317-328
Cote Irdes : P95

Many countries have centralized the clinical and economic assessments necessary for evidence-based drug coverage policy. We analyze such processes in Australia, Canada, New Zealand,

and the United Kingdom. These countries apply comparable approaches to the assessment and appraisal of evidence but apply the processes to different types of drugs and use the reviews within different decision-making contexts. Review processes applied to all medicines and clearly tied to coverage decisions appear to influence national drug use. Rigor of process and transparency of data and rationale are believed to be important for maximizing the impact and political acceptability of the processes.

► Industrie pharmaceutique

32468

ARTICLE

Programmes des firmes pharmaceutiques d'aide à l'observance : l'imposture.

REVUE PRESCRIRE

2006/04 ; vol. 26 : n° 271 : 300

Cote Irdes : C, P180

En France, se met en place un projet de législation des programmes d'aide à l'observance financés par les firmes pour augmenter encore la consommation pharmaceutique, sous couvert d'une transposition d'une Directive européenne qui n'aborde pourtant pas le sujet. Cet article fait le point sur cette pratique en France comme en Europe.

31272

ARTICLE

KARLESKIND (H.), PACITI (A.),
CRISTOFARI (J.J.)

Allemagne : les labos sous le choc d'une réforme musclée.

PHARMACEUTIQUES

2006/04 ; n° 136 : 9-27

Cote Irdes : C, P28

Ce dossier présente la nouvelle loi de maîtrise de dépenses pharmaceutiques en Allemagne qui entrera prochainement en vigueur, et les réactions qu'elle provoque, notamment celle de l'industrie pharmaceutique.

32442

FASCICULE

Spécial marchés 2005.

MONITEUR DES PHARMACIES ET
DES LABORATOIRES (LE)

2006/06/24 ; n° 2634 : 97 p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P44

Ce spécial marché fait le point sur les principaux chiffres des produits de santé en France : mé-

dicaments remboursables, génériques, médicament familial, homéopathie, cosmétique, etc. Il est basé sur des informations économiques communiquées par IMS Health.

► Innovation médicale

ARTICLE

KEYHANI (S.), DIENER-WEST (M.),
POWE (N.)

Are Development Times For Pharmaceuticals Increasing Or Decreasing ?

HEALTH AFFAIRS

2006 ; vol. 25 : n° 2 : 461-469

Cote Irdes : P95

This study examines trends in drug development times. Longer clinical trial times have been described as one factor leading to higher drug prices. Previous reports on development times have been based on proprietary data. We examined trends in development times for 168 drugs with data collected from publicly available sources. The median clinical trial and regulatory review periods for drugs approved between 1992 and 2002 were 5.1 and 1.2 years, respectively. Clinical trial periods have not increased during this time frame, and regulatory review periods have decreased. Therefore, it is unlikely that longer clinical trial times are contributing to rising prescription drug prices.

ARTICLE

GRABOWSKI (H.G.), WANG (Y.R.)

The Quantity And Quality Of Worldwide New Drug Introductions, 1982-2003.

HEALTH AFFAIRS

2006 ; vol. 25 : n° 2 : 452-461

Cote Irdes : P95

We examined trends in the introduction of new chemical entities (NCEs) worldwide from 1982 through 2003. Although annual introductions of NCEs decreased over time, introductions of high-quality NCEs (that is, global and first-in-class NCEs) increased moderately. Both biotech and orphan products enjoyed tremendous growth, especially for cancer treatment. Country-level analyses for 1993-2003 indicate that U.S. firms overtook their European counterparts in innovative performance or the introduction of first-in-class, biotech, and orphan products. The United States also became the leading market for first launch.

ARTICLE
ADAM (C.P.)

***Estimating the cost drug development :
is it really \$802 million ?***

HEALTH AFFAIRS
2006; vol. 25 : n° 2 : 317-328
Cote Irdes : P95

This paper replicates the drug development cost estimates of Joseph DiMasi and colleagues ("The Price of Innovation"), using their published cost estimates along with information on success rates and durations from a publicly available data set. For drugs entering human clinical trials for the first time between 1989 and 2002, the paper estimated the cost per new drug to be \$868 million. However, our estimates vary from around \$500 million to more than \$2,000 million, depending on the therapy or the developing firm.

31573

ARTICLE
BERTHIER (A.L.)

Brevets : faut-il les faire tomber ?

PHARMACEUTIQUES
2006/04 ; 136 : 37-41
Cote Irdes : C, P28

Comment faire évoluer les systèmes de brevets pour leur permettre d'assurer leur rôle de moteur de l'économie sans pour autant contrarier l'innovation future ? Discussion avec F. Ahner, président de la FICPI, et J. Warcoïn, conseiller en propriété industrielle, sur les motivations et enjeux des débats sur ces questions, et notamment sur la proposition de Charlie McCreevy, commissaire responsable du marché intérieur et des services, qui milite pour un véritable marché unique pour les brevets et qui a sollicité l'avis des industriels et des particuliers au sein d'une vaste consultation publique sur la future politique des brevets dans l'Union européenne.

► Médicaments anti-inflammatoires

31742

ARTICLE
GALLOIS (P.), VALLÉE (J.P.)

Coxibs : quels rapports bénéfice/risque ?

MÉDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2005/10 ; vol. 1 : n° 1 : 10-14, 3 tabl.
Cote Irdes : C, P198

► Médicaments génériques

31697

ARTICLE

Le marché des génériques en mars 2006.

MONITEUR DES PHARMACIES ET
DES LABORATOIRES (LE)
2006/05/20 ; vol. : n° 2629 - Cahier I : 38,
1 carte, 1 graph., 1 tabl.
Cote Irdes : C, P44

Cette page présente le marché du générique, en mars 2006, sous forme de médicographie : part des génériques et part du répertoire en unité, les 15 premières dénomination commune en valeur au niveau national, le générique par département. Les données sont tirées du panel Pharmastat d'Ims Health.

► Médicaments psychotropes

ARTICLE

PARR (J.M.), KAVANAGH (D.J.)

***Views of general practitioners and
benzodiazepine users on benzodiazepine :
a qualitative study.***

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 1237-249
Core Irdes : P103

Effectively assisting benzodiazepine users to cease use requires a greater understanding of general practitioners' (GPs) and benzodiazepine users' views on using and ceasing benzodiazepines. This paper reports the findings from a qualitative study that examined the views of 28 GPs and 23 benzodiazepine users (BUs) in Cairns, Australia. A semistructured interview was conducted with all participants and the information gained was analysed using the Consensual Qualitative Research Approach, which allowed comparisons to be made between the views of the two groups of interviewees. There was commonality between GPs and BUs on reasons for commencing benzodiazepines, the role of dependence in continued use, and the importance of lifestyle change in its cessation. However, several differences emerged regarding commencement of use and processes of cessation. In particular, users felt there was greater need for GPs to routinely advise patients about non-pharmacological management of their problems and potential adverse consequences of long-term use before commencing benzodiazepines. Cessation could be discussed with all patients who use benzodiazepines for longer than 3 months, strategies offered to assist in management of wi-

thdrawal and anxiety, and referral to other health service providers for additional support. Lifestyle change could receive greater focus at all stages of treatment.

ARTICLE

JOHNELL (K.), LINDSTROM (M.)

Anxiolytic-hypnotic drug use associated with trust, social participation, and the miniaturization of community : A multilevel analysis.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE ;
2006 : vol. 62 : 1205-1214
Core Irdes : P103

The concept of social capital has gained wide interest in public health research in recent years. However, we suggest a concept that was introduced and developed by Fukuyama, named "miniaturization of community", as an alternative to that of social capital. The concept of miniaturization of community emphasizes that a high level of social participation can be accompanied by a low level of trust, both at the individual and at the community level, which may in turn result in social disorder and lack of social cohesion. When society becomes more disordered, people may tend to feel more insecure and anxious. Use of anxiolytic-hypnotic drugs (AHDs) could under such circumstances be a coping strategy. In this study, we first wanted to investigate whether the contextual component of the miniaturization of community concept (i.e. area high social participation and low trust) is associated with individual AHD use, over and above individual characteristics. Secondly, we aimed to study whether people living in the same municipality share a similar probability of AHD use, after adjusting for individual characteristics, and if so, how large this contextual phenomenon is. We used data on 20,319 women and 17,850 men aged 18-79 years from 58 municipalities in six regions in central Sweden, who participated in the Life & Health year 2000 postal survey. We applied multilevel logistic regression analysis with individuals at the first level and areas at the second level. Our results suggest that living in an area with a high level of miniaturization of community seems to be associated with individual AHD use, beyond people's individual characteristics including their own level of social participation and trust. The concept of miniaturization of community may be an extension of the classic concept of social capital and may increase our understanding of contextual effects on health.

Pharmoéconomie

33053

FASCICULE
CLERC (M.E.)

Les ventes de médicaments remboursables en 2005.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/07 ; n° 508 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er508/er508.pdf>

En 2005, la croissance des ventes de médicaments remboursables (+ 6.7%) reste soutenue par un nombre restreint de classes thérapeutiques. Vingt-cinq classes thérapeutiques concentrent 50% du chiffre d'affaires global. Elles sont principalement utilisées dans le traitement des anémies, des maladies cardiovasculaires, des maladies sanguines et infectieuses et des maladies osseuses. Leur dynamisme est notamment soutenu par l'arrivée de nouveaux produits. Les génériques ont au contraire un effet modérateur sur l'évolution des ventes de certaines classes (par exemple les statines et les inhibiteurs de la pompe à protons).

33051

FASCICULE
CLERC (M.E.), PEREIRA (C.)

Le marché des statines dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)
2006/07 ; n° 509 : 8 p.
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er509/er509.pdf>

Les statines sont des médicaments traitant l'excès de cholestérol, prescrits essentiellement par les médecins généralistes et délivrés en officines. Dans les principaux pays européens, l'excès de cholestérol, de même que le tabagisme et l'hypertension, constitue des facteurs de risque cardiaque importants. Ainsi, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'excès de cholestérol est, en 2002, dans les cinq pays étudiés, le troisième ou le quatrième facteur de risque de décès. En France, le marché des statines se caractérise notamment par une offre relativement limitée de produits, renouvelée en 2005 par l'arrivée de médicaments génériques.

33048

FASCICULE
CLERC (M.E.), PEREIRA (C.), PODEVIN (M.),
VILLERET (S.)

Le marché du médicament dans cinq pays européens, structure et évolution.

ÉTUDES ET RÉSULTATS (DREES)

2006/07 ; n° 502 : 8 p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er502/er502.pdf>

Les ventes de médicaments aux officines ont atteint en 2004 près de 70 milliards d'euros dans les cinq principaux marchés européens. C'est la France qui enregistre en 2004 les ventes de médicaments par habitant les plus élevées (284 €) devant l'Allemagne (244 €), le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne (autour de 200 €). Pour les cinq pays, la progression de ce chiffre d'affaires est principalement portée en 2004 par l'augmentation du prix moyen des médicaments. La classe thérapeutique dédiée au traitement de l'appareil cardiovasculaire domine le marché du médicament européen. La France arrive largement en tête des cinq pays en termes de quantités vendues par habitant.

► Politique des médicaments

31659

ARTICLE
GARATTINI (L.), GHISLANDI (S.)

Off-patent drugs in Italy : a short-sighted view ?

Les médicaments non brevetés en Italie : une vue à court terme ?

EUROPEAN JOURNAL OF
HEALTH ECONOMICS (THE)
2006/03 ; vol. 7 : n° 1 : 79-83, 2 graph., 2 tabl.
Cote Irdes : P151

The new Italian policy to off-patent products, although similar to recent reforms in other European countries, seems to use some interesting instruments and has achieved significant results in the past 2 years. In particular, the prices of branded products have been reduced for all active ingredients where a generic version is available. However, this strategy may raise some problems in the longer term. Our analysis identified two open issues that might limit the long-term sustainability of the present scheme : the limited diffusion of generics and the reallocation of demand. The first stems from the new regulatory schemes which equate generics to branded off-patent products and exploit their presence only

to cut prices. The second is favored by tough price competition that induces large companies to divert demand towards more profitable « me-too drugs. » Solutions exist, but they are not easy to apply because so many difficulties arise when certain aspects of a long-standing equilibrium are modified (Résumé d'auteur).

31803

ARTICLE

Politique de prix : qui s'y colle décolle.

MONITEUR DES PHARMACIES ET
DES LABORATOIRES (LE)
2006/05/13 ; n° 2628 : 22-28, 6 graph., 2 tabl.
Cote Irdes : P44

Suite aux diverses mesures politiques affectant le secteur du médicament, cet article avertit le pharmacien sur la nécessité de bien calculer les prix des médicaments vendus dans son officine. En effet, ses choix peuvent être lourds de conséquences sur son chiffre d'affaire. La sensibilité aux prix des usagers pourrait aussi évoluer, même si d'après un sondage de Direct Médica, celle-ci ne porte actuellement qu'essentiellement sur les produits de parapharmacie. Le pharmacien doit donc doser ses effets prix, en assurer la cohérence et gérer les remboursements. Pour étayer ces conseils, l'article rend également compte d'une étude prévisionnelle de KPMG entreprises qui a calculé l'impact des mesures d'économie de santé qui touchent la pharmacie sur le chiffre d'affaire des officines.

► Prescription

ARTICLE
ANDERSSON (K.)

Repeat prescriptions : refill adherence in relation to patient and prescriber characteristics, reimbursement level and type of medication.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2006 ; vol. 15 : n° 6 : 621-626

Repeat prescribing used in long-term pharmacotherapy is often associated with inadequate patient medication, including non-adherence. In this paper we explore patients' drug refill adherence with repeat prescriptions and relate refill data to patient age and gender, type of prescriber, type of prescribed drug, and reimbursement level. Methods : During one week of 2002, copies of 3636 repeat prescriptions filled at 16 large Swedish pharmacies were collected. Satisfactory refill adherence was defined as dispensed refills covering 80-120% of the prescribed treatment

time. Under- and oversupplying were defined as < 80% and > 120% coverage, respectively. Results : The average level of refill adherence was 57%, and the level of under- and oversupplying 21% and 22%, respectively. There was no gender difference. Patients who were exempt from payment had higher oversupplies than others (33% versus 19%), and patients of general practitioners had higher refill adherence than patients of hospital physicians. The highest refill adherence was observed for contraceptives (81%) and the lowest for anti-asthmatics, proton pump inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs (30-40%). Conclusions : Refill non-adherence includes both under- and oversupplying and may vary due to different attitudes between prescribers and between patients. Different therapeutic indications and reimbursement systems are other apparent causes. These observations should be considered in programs aiming to assist patients in following medication prescriptions.

ARTICLE
CONTOYANNIS (P.)

Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules : an illustration from Quebec, Canada.

HEALTH ECONOMICS
2005; vol. 14 : n° 9 : 909-923

Cote Irdes : P173

The price elasticity of demand for prescription drugs is a crucial parameter of interest in designing pharmaceutical benefit plans. Estimating the elasticity using micro-data, however, is challenging because insurance coverage that includes deductibles, co-insurance provisions and maximum expenditure limits create a non-linear price schedule, making price endogenous (a function of drug consumption). In this paper we exploit an exogenous change in cost-sharing within the Quebec (Canada) public Pharmacare program to estimate the price elasticity of expenditure for drugs using IV methods. This approach corrects for the endogeneity of price and incorporates the concept of a 'rational' consumer who factors into consumption decisions the price they expect to face at the margin given their expected needs. The IV method is adapted from an approach developed in the public finance literature used to estimate income responses to changes in tax schedules. The instrument is based on the price an individual would face under the new cost-sharing policy if their consumption remained at the pre-policy level. Our preferred specification leads to expenditure elasticities that are in the low range of previous estimates (between - 0.12 and - 0.16).

Publicité

ARTICLE
BREKKE (K.R.), KUHN (M.)

Direct to consumer advertising in pharmaceutical markets.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2006; vol. 25 : 102-130
Cote Irdes : P79

We study effects of direct-to-consumer advertising (DTCA) in the prescription drug market. There are two pharmaceutical firms providing horizontally differentiated (branded) drugs. Patients differ in their susceptibility to the drugs. If DTCA is allowed, this can be employed to induce (additional) patient visits. Physicians perfectly observe the patients' type (of illness), but rely on information to prescribe the correct drug. Drug information is conveyed by marketing (detailing), creating a captive and a selective segment of physicians. First, we show that detailing, DTCA and price (if not regulated) are complementary strategies for the firms. Thus, allowing DTCA induces more detailing and higher prices. Second, firms benefit from DTCA if detailing competition is not too fierce, which is true if investing in detailing is sufficiently costly. Otherwise, firms are better off with a ban on DTCA. Finally, DTCA tends to lower welfare if insurance is generous (low copayments) and/or price regulation is lenient. The desirability of DTCA also depends on whether or not the regulator is concerned with firms' profit.

Recherche pharmaceutique

32697

ARTICLE
EICHLER (J.G.), KONG (S.X.),
GREGOIRE (J.P.)

Outcomes research collaborations between third-party payers, academia, and pharmaceutical manufacturers : What can we learn from clinical research ?

Résultats des collaborations au niveau de la recherche entre les financeurs tiers payeurs, les sociétés savantes et l'industrie pharmaceutique : que pouvons-nous apprendre de la recherche clinique ?

EUROPEAN JOURNAL OF
HEALTH ECONOMICS (THE)
2006/06; vol. 7 : n° 2 : 129-135, 1 tabl.
Cote Irdes : P151

Research collaborations between academic researchers, regulatory agencies, and pharma-

ceutical manufacturers have made the drug development process more efficient and have frequently supported the successful documentation of quality, safety, and efficacy of pharmaceuticals (the so-called three hurdles). Over recent years issues of drug cost, access, and utilization have moved to center stage, giving rise to a fourth hurdle approval process by third-party payers. This requires new forms of collaborative research among new players. This contribution highlights the need for a triangular relationship in the field of outcomes research between scientists in academia, third-party payer institutions, and pharmaceutical manufacturers. This issue discusses, and illustrates by case studies, how successful models of collaboration from the drug development process might be relevant to research activities related to the fourth hurdle. Case studies which may provide useful models for collaborative outcomes research include the International Conference on Harmonization process, the voluntary consultation procedures established by drug regulatory agencies, and the Quebec experience in database sharing.

► Régulation

32475

ARTICLE

JULIEN (J.Y.), ROUSSEAU (L.),
BROUSSELLE (A.) *et al.*

Le contrôle de l'utilisation du médicament.

RUPTURES : REVUE
TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTÉ
2005 ; vol. 10 : n° 2 : 5-72
Cote Irdes : P162

Ce numéro de la revue Ruptures comprend une série d'articles concernant la question du contrôle de l'utilisation des médicaments comme mécanisme de leur régulation. Ce thème vise à faire le point sur diverses façons d'aborder la régulation des médicaments par le biais du contrôle de leur utilisation, tout en discutant et identifiant les enjeux des dilemmes posés. À cet égard, il convient de mentionner que plusieurs études dénoncent l'ampleur du phénomène de sous-utilisation, de mauvaise utilisation et de subtilisation de médicaments, ainsi que des effets qu'il peut entraîner sur la santé des populations et l'utilisation des services de santé. Malgré tout, la mise en place d'une régulation efficace de l'utilisation des médicaments reste à établir.

► Théorie économique

ARTICLE

CARPIANO (R.M.)

Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health : Can Bourdieu and sociology help ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 ; 165-175

Within the past several years, a considerable body of research on social capital has emerged in public health. Although offering the potential for new insights into how community factors impact health and well being, this research has received criticism for being undertheorized and methodologically flawed. In an effort to address some of these limitations, this paper applies Pierre Bourdieu's (1986) [Bourdieu, P. (1986). Handbook of theory and research for the sociology of education (pp. 241-258). New York : Greenwood] social capital theory to create a conceptual model of neighborhood socioeconomic processes, social capital (resources inhered within social networks), and health. After briefly reviewing the social capital conceptualizations of Bourdieu and Putnam, I attempt to integrate these authors' theories to better understand how social capital might operate within neighborhoods or local areas. Next, I describe a conceptual model that incorporates this theoretical integration of social capital into a framework of neighbourhood social processes as health determinants. Discussion focuses on the utility of this Bourdieu-based neighborhood social capital theory and model for examining several under-addressed issues of social capital in the neighborhood effects literature and generating specific, empirically testable hypotheses for future research.

► Enquêtes

31571

ARTICLE

LESNARD (L.), DE SAINT POL (T.)

Introduction aux méthodes d'appariement optimal (Optimal Matching Analysis).

BULLETIN DE MÉTHODOLOGIE
SOCIOLOGIQUE (BMS)
2006/04 ; n° 90 : 5-25, tabl., graph.
Cote Irdes : P97

Cet article vise à présenter les fondements d'une nouvelle technique statistique qui permet de décrire les séquences : les Méthodes d'Ap-

pariement Optimal (MAO). Empruntée à la biologie moléculaire, cette technique repose sur des principes assez simples et peut être adaptée aux exigences théoriques de l'analyse. Parce qu'elles permettent de comparer des séquences sans présumer de relations de cause à effet, les MAO présentent également de nombreux atouts pour le sociologue puisqu'elles lui permettent de re-temporaliser l'action en la saisissant en termes de processus et de proposer une nouvelle approche des faits sociaux. Deux applications de ces méthodes aux emplois du temps des Français sont proposées pour illustrer le fonctionnement et la flexibilité mais également l'intérêt sociologique des méthodes d'Appariement Optimal (Résumé d'auteur).

32476

ARTICLE

JBERNARD (P.), LEMAY (M.), BOURDON (S.)
et al.

***Enquête socio-économique et de santé
intégrée et longitudinale (ESSIL).***

RUPTURES : REVUE
TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTÉ
2005; vol. 10 : n° 2 : 73-132
Cote Irdes : P162

Ce numéro de la revue Ruptures comprend une série d'articles concernant le projet d'enquête socio-économique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL), un projet de panel général des ménages visant à explorer l'interaction dynamique entre les différentes dimensions de la vie des individus qui définissent leurs trajectoires de vie : la santé, l'éducation et la famille. De telles enquêtes existent dans plusieurs autres pays : le British Household Panel Study (BHPS) et le German Socioeconomic Panel (GSOEP). Le projet ESSIL a donné lieu récemment à la publication d'un rapport par l'Institut de la statistique du Québec couvrant l'ensemble du projet. Ces articles en présentent ici quelques aspects pertinents pour le domaine de la santé.

► Recommandations

33079

ARTICLE

TOUZET (S.), SCHOTT (A.M.), PLOIN (D.),
MAUJEAN (G.), COLIN (C.)

***L'évaluation des pratiques cliniques :
quels modes de recueil des données et
à partir de quelles sources d'information ?***

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ
PUBLIQUE
2006/06; vol. 54 : n° 3 : 223-232, rés., tabl.
Cote Irdes : C, P11

Objectif : L'objectif de ce travail est de décrire différents modes de recueil de données sur les pratiques cliniques des médecins, de discuter leurs avantages ou limites, et de spécifier leur contexte d'utilisation. Méthodes : Une recherche bibliographique a été réalisée sur la base de données MEDLINE avec la combinaison de mots-clés, complétée par une recherche manuelle. Nous avons retenu les articles publiés en langue française et anglaise entre 1985 et 2003. Résultats : Au total, 30 articles ont été retenus, dont 3 revues de la littérature, ainsi que 9 rapports ou ouvrages. D'une part, on peut distinguer des approches directes ou objectives des pratiques cliniques, et des approches permettant une observation dite indirecte ou déclarative. D'autre part, l'approche peut être individuelle, avec des données collectées auprès de chaque professionnel, ou collective avec des données issues de systèmes d'information. La plupart des méthodes de recueil de données se font à partir du dossier médical, et souvent dans le contexte d'audit clinique interne ou externe ou de revue par les pairs. Les autres sources de données sont les questionnaires auto administrés, les scénarios cliniques et les patients simulés. Enfin, la source d'information peut être une base de données issue d'un système d'information préalablement constitué : bases de données médico-administratives, registres, et observatoires de prescriptions. Conclusion : Une approche individuelle objective assure la meilleure qualité de l'information, mais peut demander des moyens importants, limitant l'utilisation de ce type d'approche. Il est nécessaire de poursuivre des efforts de recherche sur les meilleures modalités de recueil de données sur les pratiques, en regard de l'obligation qu'il est fait, pour tout professionnel, d'évaluer sa pratique médicale.

► Statistiques sociales

32441

ARTICLE

REVELIN (D.)

Peut-on faire confiance aux statistiques sociales ?

PROBLÈMES ÉCONOMIQUES

2006/06/21 ; n° 2902 : 41-48

Cote Irdes : P100

Les statistiques sociales sont régulièrement l'objet de controverses, notamment celles particulièrement sensibles du chômage ou de la pauvreté. Les indicateurs comme les catégories statistiques sont en effet le résultat d'une construction méthodologique dont les critères peuvent facilement être manipulés par le pouvoir politique. L'auteur rappelle que si les statistiques ne peuvent donner un reflet exact de la réalité sociale, elles n'en demeurent pas moins indispensables pour la compréhension des phénomènes sociaux et l'élaboration des politiques publiques.

31601

ARTICLE

REVELIN (D.)

Peut-on faire confiance aux statistiques sociales ?

DROIT SOCIAL

2006/04 ; n° 4 : 432-440

Cote Irdes : P109

Les statistiques sociales sont l'objet de controverses récurrentes, et ont connu un regain de vigueur ces derniers mois, avec les discussions sur l'ampleur de la baisse du chômage et le rôle qu'y ont joué les nouveaux dispositifs de la politique de l'emploi. Aussi, David Revelin explique le travail statistique et ses produits, les difficultés et avantages que l'on peut leur attribuer. Il réalise ensuite un bilan critique de quelques statistiques touchant au chômage, aux conflits du travail, aux salaires, à la pauvreté et à l'exclusion sociale et aux comptes de la protection sociale. Il en conclut que les statistiques sociales restent indispensables pour objectiver les phénomènes sociaux, mais il est nécessaire d'en finir avec le mythe du « chiffre unique » et d'admettre qu'une multiplication des statuts sociaux nécessite une multiplication d'indicateurs statistiques. Cependant, il met en garde contre les indicateurs « trop » synthétiques. Transparence et simplicité restent en effet deux éléments essentiels de la construction d'indicateurs statistiques clairs et utiles, afin d'éviter que les catégories statistiques ne soient

sans cesse modifiées à des fins politiques. Ceci ne peut être que garanti par une indépendance suffisante des services statistiques.

► Théorie économique

32715

ARTICLE

VRANCEANU (R.)

La théorie économique au début du XXI^e siècle.

SOCIÉTAL

2006/10 ; n° 54 : 28-35

Cote Irdes : P114

Faire le point sur la science économique est d'autant plus nécessaire que bien souvent on confond le travail de l'économiste avec celui de l'analyste financier, du comptable, du journaliste, de l'homme politique, sans avoir une idée précise des champs d'étude et de réflexion de la science économique. L'objet de cet article est de présenter l'apport de la théorie économique aux sciences sociales d'une manière concise, en insistant sur ce qui unit les économistes plutôt que sur ce qui les divise. Les évolutions récentes seront donc énoncées dans leur forme la plus sobre, en faisant appel à un petit nombre d'exemples de théories de nouvelle génération (cf. théorie des anticipations).

31755

ARTICLE

SCHMIDT (C.)

Deux prix Nobel pour la théorie des jeux.

REVUE D'ÉCONOMIE POLITIQUE

2006/03-04 ; vol. 116 : n° 2 : 133-145

Cote Irdes : P42

L'article propose un panorama des principales contributions d'Aumann et de Schelling à la théorie des jeux. Il distingue, pour Aumann, les travaux consacrés aux jeux coopératifs et non coopératifs. Pour Schelling, il met l'accent sur les jeux de pure coordination et les points focaux, d'une part, les effets collectifs de l'interdépendance des anticipations stratégiques, d'autre part. Il montre, en conclusion, l'existence de liens profonds, quoique partiellement cachés, entre les recherches d'Aumann et celles de Schelling concernant les croyances des joueurs et l'approche cognitive d'une situation de jeu (Résumé d'auteur).

31756

ARTICLE
GARY-BOBO (R.)

Education, efficacité économique et justice sociale : une approche rawlsienne.

REVUE D'ÉCONOMIE POLITIQUE
2006/03-04; vol. 116 : n° 2 : 199-228
Cote Irdes : P42

L'auteur étudie l'allocation des ressources éducatives qu'un planificateur égalitariste rawlsien voudrait mettre en œuvre dans une économie où des transferts en monnaie directs et des transferts en nature (aide scolaire) peuvent être réalisés simultanément. L'information du planificateur relativement aux caractéristiques des agents est incomplète : ces derniers ont un type caché, appelé « handicap », qui gouverne le coût de leur investissement dans les études. Nous montrons qu'une information incomplète, l'optimum (de second rang) se caractérise par les propriétés suivantes : l'égalité totale n'est pas réalisée; l'inégalité entre les types est d'origine informationnelle (rente informationnelle); le niveau d'études des agents est déterminé comme fonction décroissante de leur handicap; l'aide est fournie sous forme compensatoire aux plus handicapés seulement dans la mesure où aide et effort sont substituables. Un paradoxe apparaît : l'inégalité des niveaux d'éducation atteints s'accroît à l'optimum lorsque l'aversion du planificateur pour l'inégalité s'accroît, au point que le planificateur rawlsien est celui qui tolère la plus grande inégalité des niveaux d'éducation. Les outils utilisés dans l'analyse sont discutés, l'origine du paradoxe susmentionné, et les auteurs tentent de relier les résultats obtenus avec la doctrine de John Rawls (Résumé d'auteur).

SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

► Allemagne

ARTICLE
WINKELMANN (R.)

Reforming health care : Evidence from quantile regressions for counts.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2006; vol. 25 : 131-145
Cote Irdes : P79

I consider the problem of estimating the effect of a health care reform on the frequency of individual doctor visits when the reform effect is potentially different in different parts of the outcome distribution. Quantile regression is a powerful method

for studying such heterogeneous treatment effects. Only recently has this method been extended to situations where the dependent variable is a (non-negative integer) count. An analysis of a 1997 health care reform in Germany shows that lower quantiles, such as the first quartile, fell by substantially larger amounts than what would have been predicted based on Poisson or negative binomial models.

► Belgique

31834
ARTICLE
CANTILLON (B.)

Est-elle encore sociale et sécurisante ? Réflexions sur l'avenir de la Sécurité sociale en Belgique.

REVUE BELGE DE SÉCURITÉ SOCIALE

2005; vol. 47 : n° 3 : 707-724, 1 graph., 3 tabl.
Cote Irdes : P196

http://www.socialsecurity.fgov.be/bib/documenten/pv_cantillon_fr.doc

Nous ne parvenons pas à mettre en place un système de Sécurité sociale durable et socialement efficace. Pourtant, la Sécurité sociale a connu des adaptations permanentes au cours des décennies passées. Ces évolutions ont eu lieu de manière incrémentielle, sans grands chocs, et dès lors de manière généralement imperceptible. En considérant l'ensemble cumulatif, nous pouvons affirmer qu'il s'agit de changements significatifs qui ont modifié de manière fondamentale, non pas les institutions, mais plutôt le fonctionnement factuel de notre Sécurité sociale, initialement inspirée du modèle bismarckien : le lien entre les cotisations et les prestations est devenu plus flou, les allocataires sociaux ont été « activés », les acteurs « responsabilisés », de nouveaux risques sociaux ont été reconnus et couverts, les charges grevant le travail ont été réduites de manière substantielle et les principaux pièges de dépendance ont été supprimés. En dépit de toutes ces évolutions, la Sécurité sociale est plus que jamais « saturée » (Cantillon, 1992). Il est impossible de maintenir le niveau de protection parce qu'un nombre beaucoup trop élevé de personnes a (encore toujours) recours à ce système. L'écart entre les revenus du travail et les prestations sociales est de plus en plus marqué, alors que les dépenses des patients pour leurs soins de santé et celles des parents pour le coût lié à l'éducation de leurs enfants ont augmenté. Les taux de remplacement ont chuté de manière significative et la liaison des prestations minimales au bien-être a régressé. La Sécurité sociale n'offre dès lors qu'une « sécurité »

toujours plus réduite et est progressivement devenue aussi moins « sociale ». En d'autres mots : les résultats en ce qui concerne les trois grands objectifs de la sécurité sociale - la garantie d'un revenu minimum suffisant, le maintien, dans une certaine mesure, du niveau de vie acquis et la lutte contre les risques sociaux - sont décevants. Quelles ont été les erreurs commises et quelles sont les adaptations nécessaires ? Tout débat judiciaire au sujet de la réforme de la sécurité sociale doit avoir ces deux questions comme fondement (tiré de l'introduction). Cet article provient du Forum Position louvaniste relative à la sécurité sociale et la problématique des fins de carrière.

► Canada

ARTICLE
RANDALL (G.E.)

Exploring limits to market-based reform : Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 1594-1604
Core Irdes : P103

The rise of neo-liberalism, which suggests that only markets can deliver maximum economic efficiency, has been a driving force behind the trend towards using market-based solutions to correct health care problems. However, the broad application of market-based reforms has tended to assume the presence of fully functioning markets. When there are barriers to markets functioning effectively, such as the absence of adequate competition, recourse to market-based solutions can be expected to produce less than satisfactory, if not paradoxical results. One such case is rehabilitation homecare in Ontario, Canada. In 1996, a "managed competition" model was introduced as part of a province-wide reform of home care in an attempt to encourage high quality at competitive prices. However, in the case of rehabilitation home care services, significant obstacles to achieving effective competition existed. Notably, there were few private provider agencies to bid on contracts due to the low volume and specialized nature of services. There were also structural barriers such as the presence of unionized employees and obstacles to the entry of new providers. This paper evaluates the impact of Ontario's managed competition reform on community-based rehabilitation services. It draws on data obtained through 49 in-depth key informant interviews and a telephone survey of home care coordinating agencies and private rehabilitation provider agencies. Instead of reducing costs and improving quality, as the

political rhetoric promised, the analysis suggests that providing rehabilitation homecare services under managed competition resulted in higher per-visit costs and reduced access to services. These findings support the contention that there are limits to market-based reforms.

ARTICLE
RHODES (A.)

Depression and mental health visits to physicians — a prospective records-based study

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2006 ; vol. 62 : 828-834
Core Irdes : P103

Previous studies of access to care for depression have been based on cross-sectional surveys of self-reported use of mental health service use. As the recall of use may be differentially biased by mood states, inferences about how well persons with depression are accessing services in comparison to other groups may be misleading. Accordingly, we estimated the magnitude of the depression-use associations in relation to key covariates based on prospective records of mental health visits to physicians. The sample, N = 23,063, of persons 12 years and older, was drawn from the 1996/97 Ontario Health Survey and linked to their administrative mental health care records 24 months forward in time. We found that depression-use associations were in the expected direction but similar in magnitude to associations for gender and education unlike previous self-reported use surveys. Female gender was positively related to the use of a primary care physician but negatively related to seeing a psychiatrist as opposed to a primary care physician. Those who had attained higher levels of education were more likely to be seen by physicians than those with lower education levels. The meaning behind these findings bears further study as it may have implications for primary care reform and the design of future studies of access.

31822

ARTICLE
MARCHILDON (G.P.)

Managerial versus financial reform and the future of public health care in Canada.

Réforme managériale versus financière et le futur de soins publics au Canada.

EUROHEALTH
2005 ; vol. 12 : n° 1 : 23-25, 1 tabl.
Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAnd-SocialCare/pdf/eurohealth/vol12no1.pdf>

Suite à la décision Chaoulli de la Cour suprême du Canada en 2005, diverses provinces du Canada ont engagé des réformes du système de santé. L'auteur critique la direction que prennent ces réformes. Celles-ci ont surtout pour objet de régler le problème restreint des listes d'attente, plutôt que d'engager des changements organisationnels de plus grande importance.

► Chine

32867

ARTICLE
LIN (K.A.), KANGAS (O.)

L'élaboration de la politique sociale et sa base institutionnelle : transition du système chinois de sécurité sociale.

REVUE INTERNATIONALE DE
SÉCURITÉ SOCIALE (AISS)
2006/03-06 ; vol. 59 : n° 2 : 73-92
Cote Irdes : C, P55

L'article examine l'évolution de la politique sociale chinoise en réponse à la croissance de l'économie de marché. Il donne un aperçu général de l'évolution du système en trois étapes : 1) la période d'avant la réforme à une époque où un système de protection sociale d'entreprise était en vigueur ; 2) une période de transition du système ; 3) l'étape au cours de laquelle la protection sociale d'État a commencé à prendre forme. Ces tendances de développement sont interprétées sur la base de trois types de relations institutionnelles : la relation entre l'État et les entreprises, la relation entre l'entreprise (employeur) et les salariés, et la relation entre les individus/les travailleurs et l'État. Cette étude traite également de la manière dont cette politique a été perçue à chaque étape du processus de développement. Sur la base de ces analyses, elle montre la transformation du système chinois de Sécurité sociale dans un contexte socio-économique et politique élargi, où la Chine s'est efforcée d'établir un système d'entreprise moderne, basé sur

le marché. Cet article traite donc des questions du socialisme, des forces du marché et du pouvoir des travailleurs syndiqués.

► Écosse

ARTICLE
PARKES (A.), KEARNS (A.)

The multi-dimensional neighbourhood and health : a crosssectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001.

HEALTH & PLACE
2006 ; vol. 12 : 1-18
Core Irdes : 118

Neighbourhoods may influence the health of individual residents in different ways: via the social and physical environment, as well as through facilities and services. Not all factors may be equally important for all population subgroups. A cross-sectional analysis of the Scottish Household Survey 2001 examined a range of neighbourhood factors for links with three health outcomes and two health-related behaviours. The results support the hypothesis that the neighbourhood has a multi-dimensional impact on health. There was also some evidence that the relationship between neighbourhood factors and health varied according to the population subgroup, although not in a consistent manner.

► États-Unis

ARTICLE
DAFNY (L.S.)

How Do Hospitals Respond to Price Changes?

AMERICAN ECONOMIC REVIEW
2005 ; vol. 95 : n° 5 : 1525-1547
Cote Irdes : P123

This paper examines hospital responses to changes in diagnosis-specific prices by exploiting a 1988 policy reform that generated large price changes for 43 percent of Medicare admissions. I find hospitals responded primarily by upcoding patients to diagnosis codes with the largest price increases. This response was particularly strong among for-profit hospitals. I find little evidence hospitals increased the volume of admissions differentially for diagnoses subject to the largest price increases, despite the financial incentive to do so. Neither did they increase intensity or quality of care in these diagnoses, suggesting hospitals do not compete for patients at the diagnosis level.

31664

ARTICLE

EXWORTHY (M.), BINDMAN (A.), DAVIES (H.),
WASHINGTON (A.E.)

***Evidence into policy and practice ?
Measuring the progress of U.S. and U.K.
policies to tackle disparities and inequalities
in U.S. and U.K. health and health care.***

*Evidence en politique et en pratique ?
Mesurer les progrès des politiques américaines
et britanniques visant à réduire les disparités
et les inégalités de santé et de soins aux
Etats-Unis et au Royaume-Uni.*

INTERNATIONAL JOURNAL OF
HEALTH SERVICES

2006; vol. 36 : n° 1 : 75-109, 7 tabl.

Cote Irdes : P35

Health policy in both the United States and the United Kingdom has recently shifted toward a much greater concern with disparities and inequalities in health and health care. As evidence for these disparities and inequalities mounts, the different approaches in each country present specific challenges for policy and practice. These differences are most apparent in the mechanisms by which the progress of such policies is measured. This article compares the United States' and United Kingdom's strategies to gauge the challenges for policymakers in order to inform policy and practice. A cross-national comparison of selected measurement mechanisms identifies lessons for policy and practice in both countries (Résumé d'auteur).

32452

ARTICLE

BENAMOUZIG (D.)

***Une assurance santé universelle
pour les États-Unis ?***

SOCIÉTAL

2006/07; vol. : n° 53 : 115-118

Cote Irdes : P114

Le déficit chronique de la Sécurité sociale française remet régulièrement sur les devants de l'actualité le problème de la régulation des dépenses de santé. Une des réponses possibles est de confier la gestion de la Sécurité sociale à des assurances privées, qui, ne pouvant se permettre de perdre durablement de l'argent seraient obligées d'imposer au monde médical des économies et des efforts de gestion. Ce système fonctionne aux États-Unis et certains auteurs en soulignent les limites au point de réclamer une intervention de l'État. L'analyse réalisée dans cet article se base sur l'ouvrage de deux experts

américains : Julius B. Richmond et Rashi Fein (The Health Care mess, how we got it and what it will take to get out).

32477

ARTICLE

SIMONET (D.)

***Les Health Maintenance Organizations :
expérience américaine et initiatives
européennes.***

RUPTURES : REVUE TRANSDISCIPLINAIRE
EN SANTÉ

2005; vol. 10 : n° 2 : 220-238

Cote Irdes : P162

Le Managed care, un régime à facettes multiples, intègre les prestations de soins, quelles qu'elles soient (prestations, hospitalisations, médicaments), et leur financement dans le dessein de fournir des services médicaux de haute qualité tout en maîtrisant les dépenses. Son succès atteint son apogée dans les années 1990. Après avoir retracé l'historique du managed care aux États-Unis, l'article précise les différents types d'organismes de managed care, analyse les mécanismes de réduction des coûts apparus dans son sillage et les réticences des assurés envers ce nouveau régime d'assurance. La deuxième partie explore les modalités d'exportation du managed care en Europe.

31662

ARTICLE

LIPSCOMB (H.J.), LOOMIS (D.), MCDONALD
(M.A.), ARUGUE (R.A.), WING (S.)

***A conceptual model of work and
health disparities in the United States.***

*Un modèle conceptuel du travail et des
disparités de santé aux États-Unis.*

INTERNATIONAL JOURNAL OF
HEALTH SERVICES

2006; vol. 36 : n° 1 : 25-50, 3 graph., 9 tabl.

Cote Irdes : P35

Recent research in medicine and public health highlights differences in health related to race, ethnicity, socioeconomic status, and gender. These inequalities, often labeled disparities, are pervasive and pertain to the major causes of morbidity, mortality, and lost life years. Often ignored in discussions of health disparities is the complex role of work, including not only occupational exposures and working conditions, but also benefits associated with work, effects of work on families and communities, and policies that determine where and how people work. The authors argue that work should be considered explicitly as a determinant of health

disparities. Their conceptual model and empirical evidence, built on previous contributions, describe how work contributes to disparities in health on multiple levels. The examples focus on the United States, but many of the key conceptual features can also be applied to other countries. The model emphasizes behaviors and characteristics of institutions rather than individual workers. This approach avoids a focus on individual responsibility alone, which may lead to victim blaming and failure to emphasize policies and institutional factors that affect large populations and systematically create and maintain racial, gender, and socioeconomic disparities in health (Résumé d'auteur).

► Europe

32685

ARTICLE

SALTMAN (R.B.), BANKAUSKRAITE (V.)

Conceptualizing decentralization in European Health Systems : a functional perspective.

Comment conceptualiser la décentralisation des systèmes de santé en Europe ?

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2006/04 ; vol. 1 : n° 2 : 127-147

Cote Irdes : P149/6

Although decentralization has been widely implemented in health systems, there is little agreement as to how it should be defined or the outcomes it should produce. This article develops a functional typology based on political, administrative, and fiscal dimensions of decentralization. It utilizes these three categories to identify and highlight key theoretical issues concerning decentralization, emphasizing the likely advantages and disadvantages that decentralization can be expected to generate. It then examines the usefulness of this functional framework in explaining recent policy-making decisions within a number of tax-based health systems in Western Europe. The article concludes by suggesting that this three-part typology can be helpful to both policy makers and academics in evaluating the effectiveness of decentralization as a policy mechanism within health care systems.

31804

ARTICLE

JURCZAK (K.), COSTONGS (C.), REEMANN (H.)

National policies to tackle health inequalities in Europe.

Politiques nationales pour contrer les inégalités de santé en Europe.

EUROHEALTH

2005 ; vol. 11 : n° 2 : 24-26, 2 enc.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAnd-SocialCare/pdf/eurohealth/vol11No2.pdf>

Le projet - Closing the gap : strategies to tackle health inequalities - est un projet paneuropéen qui est coordonné par le bureau EuroHealthNet à Bruxelles et par le Federal Centre of Health Education (BzgA) à Cologne. Ce projet est co-financé par la Commission européenne. Il rassemble 22 partenaires nationaux qui ont des responsabilités en santé publique et/ou promotion de la santé. Ils participent au projet dans le cadre d'un Consortium de Partenaires sur l'équité en santé. Cette année, le consortium a entrepris un exercice de cartographie des politiques de lutte contre les inégalités de santé dans chaque pays. Pour atteindre cet objectif, les partenaires du projet ont rempli un questionnaire complet (Situation analysis) qui identifiait les outils, les documents politiques, les données scientifiques probantes et les acteurs clés impliqués dans cette lutte. L'objectif de cet article est de résumer les premiers résultats de cet exercice.

31814

ARTICLE

WAHLBECK (K.), MCDAID (D.)

Enhancing the policy relevance of mental health related research in Europe.

Améliorer la pertinence politique d'une recherche en santé mentale en Europe.

EUROHEALTH

2005 ; vol. 11 : n° 4 : 13-14

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAnd-SocialCare/pdf/eurohealth/vol11no4.pdf>

Les décideurs ont un besoin croissant de données probantes pour guider leur action politique. Ainsi la recherche européenne en santé mentale doit permettre de combler les lacunes en la matière, de réduire le fossé entre la connaissance sur la santé mentale et les actions politiques, et de réduire l'interface entre la recherche et la politique. Cet article participe au dossier de ce numéro sur le livre vert en santé mentale.

32868

ARTICLE
FALKNER (G.)

***Les modes d'action de l'UE
dans le domaine de la politique sociale :
continuité ou changement ?***

REVUE INTERNATIONALE
DE SÉCURITÉ SOCIALE (AISS)
2006/03-06 ; vol. 59 : n° 2 : 73-92
Cote Irdes : C, P55

Sur le plan du droit, sur celui du financement, l'Union européenne utilise différents moyens d'action pour promouvoir la politique sociale. L'auteur recense les missions sociales qui lui ont été confiées et étudie l'utilisation qu'elle a faite de ces moyens d'action du début de l'intégration européenne à la fin de 2002. Pour cela, elle choisit une méthode essentiellement quantitative, grâce à une recherche dont les résultats sont présentés sous forme de graphiques et de tableaux. On observe au cours de la période considérée, du point de vue quantitatif au moins, un développement impressionnant du droit social européen. Contrairement à ce que l'on croit généralement, les modes non obligatoires d'action n'ont pas écarté jusqu'ici les modes obligatoires. Le droit souple et la méthode, très discutée récemment, de coordination ouverte apparaissent comme complémentaires du dispositif juridique classique tendant à une harmonisation du droit sur la base de normes minimales. Du point de vue théorique et juridique, deux thèses s'opposent aujourd'hui : celle d'un nouveau volontarisme et celle d'un développement extrême du droit. L'étude montre que l'une et l'autre éclairent des aspects importants de la politique sociale européenne, mais qu'elles n'expliquent ni l'une ni l'autre la totalité des choses.

31715

ARTICLE
PALIER (B.)

***Vers un État d'investissement social -
Informations sociales.***

PROBLÈMES ÉCONOMIQUES
2006/05/10 ; vol. : n° 2899 : 34-38, 2 tabl.
Cote Irdes : P100

Les réformes des systèmes de protection sociales en Europe se sont pour l'essentiel, depuis plusieurs années, cantonnées à des mesures de restrictions budgétaires. Or, reconstruire la protection sociale nécessite aujourd'hui la mise en œuvre de politiques qui permettent non seulement de résoudre les problèmes financiers auxquels fait face l'État-providence sans détériorer les conditions d'emploi, mais également de ré-

pondre aux nouveaux besoins sociaux. Dans ce contexte, quatre chercheurs - Gosta Esping-Andersen, Duncan Gallie, John Myles et Anton Hemerijck - ont récemment travaillé à la définition d'une nouvelle architecture pour la protection sociale européenne au XXI^e siècle. Selon eux, les principes fondateurs de l'État-providence doivent être repensés en profondeur. L'enjeu majeur est de renoncer à une perspective jusqu'alors statique, de la protection sociale pour en adopter une qui soit dynamique et qui pense les problèmes sociaux en termes de cycle de vie. Pour redevenir efficace, les systèmes de protection sociale doivent désormais passer d'une stratégie de politiques sociales réparatrices et compensatrices à une stratégie préventive et d'investissement social (Résumé d'auteur).

► Norvège

ARTICLE
IVERSEN (T.)

***Regulation versus practice - the impact of
accessibility on the use of specialist health
care in Norway Health Economics Research
Programme at the University of Oslo (HERO).***

HEALTH ECONOMICS
2006 ; vol. 14 : n° 12 : 1231-1238
Cote Irdes : P173

In Norway specialized health services are provided both by public hospitals and by privately practicing specialists who have a contract with the public sector. A patient's co-payment is the same irrespective of the type of provider he visits. The ambition of equity in the allocation of medical care is high among all political parties. The instruments for auditing whether these goals are fulfilled are not equally ambitious. The objective of the present study is to explore whether laws and regulations that govern the allocation of specialist health care resources in fact are fulfilled. Panel data from the Survey of Living Conditions are merged with data on capacity and spatial access to primary and specialist care. We find that accessibility and socio-economic variables play a considerable role in determining both the probability of at least one visit and the number of visits to a private specialist. A person with a higher university degree living in a municipality with the highest value of the geographical accessibility index has a 46% -points higher probability of at least one visit to a private specialist compared with a person with junior high living in a municipality with the lowest value of the accessibility index. With regard to visits to a hospital outpatient department these variables are not found to have significant effects. We conclude that public ambitions and regulations are fulfilled for

specialist services provided by public hospitals. With regard to the provision of services provided by publicly financed private specialists we find a discrepancy between public goals and surveyed practice.

32687

ARTICLE
MIDITUN (L.), HAGEN (T.P.)

The private-public mix of healthcare : evidence from a decentralised NHS country.

Le mélange public privé dans le système de santé : évidence extraite du NHS décentralisé.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2006/07 ; vol. 1 : n° 3 : 277-298, 4 tabl., 3 fig.
Cote Irdes : p1 97

Privatizations of public services are often driven by economic scarcity and changes in political leadership, in particular election victories for conservative or neoliberal political parties. Data from Norwegian counties on numbers of medical specialists in secondary care over a period of 11 years (1991-2001) allow us to analyse effects of economic, socioeconomic, and political factors on supply of both public and private specialists and the private-public mix. We find striking variations between the main explanatory factors related to public and private supply. Supply of public specialists is explained by counties' revenue levels and demographic factors and is not affected by the party composition of councils. The supply of private specialist medical services is negatively related to the proportion of elderly patients. The scarcity hypothesis is confirmed as lower county revenue levels increase both the absolute and relative proportions of private supply. Political composition of councils affects the private proportion of medical specialists as increased representation of conservatives leads to privatization.

► Pays industrialisés

33047

ARTICLE
AZIZI (K.), PEREIRA (C.)

Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays (1970-2002). Études sur les dépenses de santé.

DOSSIER SOLIDARITÉ SANTÉ (DREES)
2005/01-03 ; n° 1 : 43-60, tabl., graph.
Cote Irdes : C, rediffusion BDSP

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-sol-sa/200601.htm>

Pour réaliser cette étude, sept pays de l'OCDE, parmi lesquels la France, ont été retenus. L'analyse de l'évolution des dépenses de santé se fonde sur des données exprimées en volume. Un modèle économétrique permet de retracer les évolutions tendancielles observées pour l'ensemble des pays de l'échantillon.

ARTICLE
NIXON (J.), ULMANN (P.)

The relationship between health care expenditure and health outcomes : evidence and caveats for a causal link.

Le rapport entre dépenses de santé et résultats de santé : argument et mise en garde pour un lien causal.

EUROPEAN JOURNAL OF
HEALTH ECONOMICS (THE)
2006/03 ; vol. 7 : n° 1 : 7-18, 3 tabl.
Cote Irdes : P151

The relationship between health care expenditure and health outcomes is of interest to policy makers in the light of steady increases in health care spending for most industrialised countries. However, establishing causal relationships is complex because, firstly, health care expenditure is only one of many quantitative and qualitative factors that contribute to health outcomes, and, secondly, measurement of health status is an imperfect process. This study reviews key findings and methodological approaches in this field and reports the results of our own empirical study of countries of the European Union. Our analysis examines life expectancy and infant mortality as the 'output' of the health care system, and various life-style, environmental and occupational factors as 'inputs' Econometric analyses using a fixed effects model are conducted on a panel data set for the former 15 members of the European Union over the period 1980-1995. The findings show that increases in health care expenditure

are significantly associated with large improvements in infant mortality but only marginally in relation to life expectancy. The findings are generally consistent with those of several previous studies. Caveats and improvements for future research are presented (Résumé d'auteur).

► Pays nordiques

ARTICLE
HELASOJA (V.)

The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH;
vol. 16 : n° 1 : 8-20
Cote Irdes : P167

Public health problems in the Baltic countries are typical of Eastern European transition economies. A common assumption is that the economic transition has been particularly difficult for previously disadvantaged groups, and comparative research on the health differences between sociodemographic groups in the Baltic countries is therefore needed. This study compared associations of health with gender, age, education, level of urbanization and marital status in three Baltic countries and Finland. Methods : The data were gathered from cross-sectional postal surveys conducted in 1994, 1996, 1998 and 2000 on adult populations (aged 20-64 years) in Estonia (n ¼ 5052), Latvia (n ¼ 4290), Lithuania (n ¼ 7945) and Finland (n ¼ 12796). Three self-reported health indicators were used : (I) perceived health, (II) diagnosed diseases and (III) symptoms. Results : The prevalence of less-than-good perceived health (average, rather poor or poor) was higher in the Baltic countries (men 66-56%, women 68-64%) than in Finland (men 35%, women 31%). The odds ratios (with 95% confidence intervals) of less-than-good perceived health among the low educated compared to the highly educated in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland were 2.03 (1.49-2.77), 2.00 (1.45-2.76), 2.27 (1.78-2.89) and 1.89 (1.61-2.20) among men, and 3.32 (2.43-4.55), 2.77 (2.04-3.77), 2.07 (1.61-2.66) and 1.89 (1.63-2.20) among women, respectively. Diseases and symptoms were also more common among the lower educated men and women in all four countries. However, urbanization and marital status were not consistently related to the health indicators. Conclusions : The Baltic countries share a similar sociodemographic patterning of health with most European countries, i.e. the lower educated have worse health. The methodological considerations of this study point out, however, that further research is needed to support public health policies aimed at the most vulnerable population groups.

► Royaume-Uni

ARTICLE
BAGO D'UVA (T.)

Latent class models for use of primary care : evidence from a British panel.

HEALTH ECONOMICS
2005 : vol. 14 : n° 9
Cote Irdes : P173

This paper models access to and utilisation of primary care using data from the British Household Panel Survey for the period 1991-2001. A latent class panel data framework is adopted to model individual unobserved heterogeneity in a flexible way. Accounting for the panel structure of the data leads to a substantial improvement in fit, and permits the identification of latent classes of users of health care. Analysis by gender shows that men and women respond differently to some factors, in particular, to age and income. There is evidence of a positive impact of income on the probability of seeking primary care. This effect is especially significant in the case of women. For both genders, the marginal effect of income on the propensity to visit a GP is greater for individuals who are less likely to seek primary care. A latent class aggregated count data model for the number of GP visits classifies individuals in three latent classes and shows a positive income effect particularly amongst those with lower levels of utilisation.

32659

DOCUMENT DE TRAVAIL
DUSHEIKO (M.), GODDARD (M.),
GRAVELLE (H.), JACOBS (R.)
(C.H.E) University of York,GBR.

Trends in Health Care commissioning in the English NHS : an empirical analysis.

Tendances dans la contractualisation du système de santé anglais : une analyse empirique.

CHE RESEARCH PAPER ;
2006/03 ; n°11 : 17 p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp11.pdf>

In recent years there have been marked changes in organisational structures and budgetary arrangements in the English NHS, potentially altering the relationships between purchasers (primary care organisations (PCOs) and general practices) and providers. Using data on elective hospital admissions from 1997/98 to 2002/03 we find that commissioning has become significantly more concentrated at PCO and GP level. There was a reduction in the average number of different providers used by PCOs (16.7 to 14.2), an increase in the average share of admissions ac-

counted for by the main provider (49% to 69%), and an increase in the average Herfindahl index (0.35 to 0.55). About half the increase in concentration arose from the increase in the number of purchasing organisations from 100 to 302. The rest was due to mergers amongst providers and the abolition of fundholding. GP fundholding practices which held budgets for elective admissions had less concentrated admission patterns than non-fundholders whose admissions were paid for by their primary care organisation. There was an increase in concentration of admissions for both types of GP practice but fundholders used more providers, had smaller shares at their main provider, and had smaller Herfindahl indices.

32670

DOCUMENT DE TRAVAIL
CLAXTON (K.), FENWICK (E.), PALMER (S.),
SCULPHER (M.), ABRAMS (K.), SUTTON (A.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.). York. GBR

Building a reference case for bayesian applications to health economics and outcomes research.

2004/12; 182 p., 18 tabl., graph., 30 fig.
Cote Irdes : P149/5

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/tp35.pdf>

The aim of this study is to demonstrate that Bayesian decision theory and value-of-information analysis is a valuable and practical framework within which two conceptually separate decisions problems can be addressed : (I) the selection of the optimal treatment strategy given existing information, and (II) identification of the worth of further information collection to inform this choice in the future. The specific objectives were : (1) to combine prior decision theoretic modeling with patient level trial data, and (2) to relax the restrictions of using conjugate prior distributions and a parametric approach to value of information analysis by using numerical methods to estimate posterior probabilities. Within this study these methods were developed in the context of two specific decision problems for which published evaluations exist. Both applications used patient level data on costs and effects from recent trials. This enabled an analysis of the decision uncertainty and the value of information both before (retrospectively) and after these trials were conducted. The analysis provides some assessment of whether these trials were worthwhile and whether additional evidence may still be required. The first application evaluates the decision uncertainty and value of information surrounding the choice between low and high dose lisinopril before and after -The Assessment of Treatment

with Lisinopril and Survival- (ATLAS) trial was conducted and reported (Packer et al 1999). The second application evaluates the decision uncertainty and value of information surrounding the choice between standard care and pre-operative optimisation using the inotropes, adrenaline or dopexamine for high risk patients undergoing major elective surgery before and after the most recent trial (Wilson et al. 1999) was conducted and reported.

32657

DOCUMENT DE TRAVAIL
BOJKE (L.), CLAXTON (K.), PALMER (S.),
SCULPHER (M.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.). York. GBR

Defining and characterising structural uncertainty in decision analytic models.

Comment est définie et caractérisée l'incertitude structurelle dans les modèles analytiques de décision ?

CHE RESEARCH PAPER ;2006/03 ;
n° 9 ; 19 p.
Cote Irdes : P149/6

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/tp9.pdf>

An inappropriate structure for a decision analytic model can potentially invalidate estimates of cost-effectiveness and estimates of the value of further research. However, there are often a number of alternative and credible structural assumptions which can be made. Although it is common practice to acknowledge potential limitations in model structure, there is a lack of clarity about methods to characterize the uncertainty surrounding alternative structural assumptions and their contribution to decision uncertainty. A review of decision models commissioned by the NHS Health Technology Programme was undertaken to identify the types of model uncertainties described in the literature. A second review was undertaken to identify approaches to characterise these uncertainties. The assessment of structural uncertainty has received little attention in the health economics literature. A common method to characterise structural uncertainty is to compute results for each alternative model specification, and to present alternative results as scenario analyses. It is then left to decision maker to assess the credibility of the alternative structures in interpreting the range of results. The review of methods to explicitly characterise structural uncertainty identified two methods : 1) model averaging, where alternative models, with different specifications, are built, and their results averaged, using explicit prior distributions often based on expert opinion and 2) Model se-

lection on the basis of prediction performance or goodness of fit. For a number of reasons these methods are neither appropriate nor desirable methods to characterize structural uncertainty in decision analytic models. When faced with a choice between multiple models, another method can be employed which allows structural uncertainty to be explicitly considered and does not ignore potentially relevant model structures. Uncertainty can be directly characterised (or parameterised) in the model itself. This method is analogous to model averaging on individual or sets of model inputs, but also allows the value of information associated with structural uncertainties to be resolved.

► Suède

31657

ARTICLE

GRANLUND (D.), RUDHOLM (N.),
WIKSTROM (M.)

Fixed budgets as a cost containment measure for pharmaceuticals.

Des budgets fixes comme mesure de maîtrise des coûts pharmaceutiques.

EUROPEAN JOURNAL OF
HEALTH ECONOMICS (THE)
2006/03; vol. 7 : n° 1 : 37-45, 6 tabl.
Cote Irdes : P151

In Vasterbotten County, Sweden, there are two health centers which (in contrast to all other health centers in the region) bear strict responsibility over their pharmaceutical budget. This study examined whether the prices and quantities of pharmaceuticals prescribed by physicians working at these health centers differ significantly from those prescribed by physicians at health centers with open-ended budgets. Estimation results using matching methods, which allows us to compare similar patients at the different health centers, show that the introduction of fixed pharmaceutical budgets did not affect physicians' prescription behavior, indicating that fixed budgets may not be an efficient measure to reduce costs. Another explanation is that the health centers under study already had taken measures to contain costs, making it hard to further reduce costs (Résumé d'auteur).

► Efficacité

32816

ARTICLE

BOISSEL (J.P.), POUCHAIN (D.), BRODIN (M.),
ROULEAU (P.), BARRIER (G.), FARDEAU (M.),
RABEHARISOA (V.), CATHELIN (G.),
BRICAIRE (F.), ZARIFIAN (E.)

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

Définition du panier des soins remboursables (PSR) : propositions et schéma d'applications à la prévention.

REVUE MÉDICALE DE L'ASSURANCE
MALADIE
2006/04-06; n° 2 : 125-131
Cote Irdes : C, P25

Le panier des soins remboursables ne peut contenir que des soins dont l'efficacité est démontrée. Ceci pour plusieurs raisons dont la nécessaire équité. Mais ce critère n'est pas suffisant. En effet, le bénéfice absolu que les soignés sont susceptibles de recevoir d'un soin est une fonction continue de la gravité de leur maladie. Il n'existe donc aucun seuil naturel à la valeur du bénéfice qui pourrait séparer ceux pour lesquels la balance entre le bénéfice et les inconvénients du soin est favorable de ceux pour lesquels il n'est pas judicieux de le prescrire. Il est nécessaire d'appliquer une contrainte externe qui sera soit le risque et la nature des effets indésirables, soit la somme que la communauté accepte d'attribuer au financement du soin.

► Efficience

31578

ARTICLE

DEILY (M.E.), MCKAY (N.L.)

Cost inefficiency and mortality rates in Florida hospitals.

Coût du manque d'efficacité et taux de mortalité dans les hôpitaux de Floride.

HEALTH ECONOMICS
2006; vol. 15 : n° 4 : 419-431, 1 ann., 2 tabl.
Cote Irdes : C, P173

This study examines the relationship between health outcomes and cost inefficiency in Florida hospitals over the period 1999-2001, with health outcomes measured by risk-adjusted in-hospital mortality rates. Previous research has come to conflicting conclusions regarding the relationship

between costs and health outcomes. We hypothesize that these seemingly conflicting findings are due to the fact that total cost has two components - cost that reflects the best use of resources under current circumstances and cost associated with waste or inefficiency. By isolating costs due to inefficiency, we can examine directly their relationship, if any, to hospital mortality rates, and begin to assess whether policies that create incentives for hospitals to increase efficiency have adverse effects on health outcomes. We regress an in-hospital mortality index for each hospital on a measure of the hospital's cost inefficiency, obtained from a stochastic cost frontier estimation, as well as on predicted mortality and a set of variables linked to mortality performance. Our results indicate a positive and significant relationship between a hospital's mortality performance and its inefficiency : on average, a one percentage point reduction in cost inefficiency would be associated with one fewer in-hospital death per 10 000 discharges, holding patient risk and other factors constant (Résumé d'auteur).

► Haute Autorité de santé

31582

FASCICULE
CANIARD (E.)

La Haute Autorité de santé, une nouvelle venue dans le monde des autorités administratives indépendantes. Les « autres » métiers de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTÉ
2006/04 ; vol. : n° 10 : 23-31
Cote Irdes : P168

Nouvelle venue dans le paysage des autorités administratives indépendantes (AAI), la Haute Autorité de santé, née de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, se voit confier de très nombreuses missions, suscitant ainsi des attentes importantes. Au-delà des interrogations sur sa capacité à utiliser pleinement le statut et les prérogatives qui lui ont été accordés, l'enjeu, pour la HAS, est autant de donner du sens aux choix sanitaires et de les mettre en perspective que de décloisonner le monde sanitaire en promouvant une culture de l'évaluation (Résumé d'auteur).

► Performance

32665

DOCUMENT DE TRAVAIL
JACOBS (R.), MARTIN (S.), GODDARD (M.),
GRAVELLE (H.), SMITH (P.C.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.). York. GBR

Informing the development of performance ratings : a report for the Commission for Health improvement.

Informer sur le développement de l'indice de performance : un rapport pour la Commission d'amélioration de la santé.

CHE TECHNICAL PAPER SERIES
2004/07 ; n°320 : 128 p., 79 tabl.
Cote Irdes : P149/5

<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/tp32.pdf>

Performance star ratings were published by the Department of Health for acute NHS Trusts for the first time in 2000/01. Two further sets of ratings have subsequently been published in successive years (by the Department and then by the Commission for Health Improvement) and coverage has expanded to include nonacute Trusts and PCTs. This report presents the results of research to assist the Commission for Health Improvement (CHI) in the development of performance ratings for NHS organisations by facilitating a greater understanding of the relationships underlying the existing ratings for acute Trusts and PCTs. The statistical analysis comprised three stages : first, the influence of key targets and indicators on the star ratings ; second, (more importantly) the influence of other explanatory variables on the star ratings and key indicators, including factors that may be less amenable to management control ; third, the links between PCT and acute trust performance were examined. The rationale for this approach is that organisations should be assessed on aspects of performance over which managers have some control, rather than on the basis of exogenous factors that cannot be influenced by management action. The analysis seeks to offer insights into this issue. A multivariate linear regression approach was adopted which does not approximate the rule-based algorithm for constructing the star ratings, but rather explores the nature and strength of the relationships between the performance indicators and the star ratings within this linear framework. Data from a wide variety of sources was assembled and linked in order to provide rich datasets at both Trust and PCT level. A range of statistical analyses was undertaken to address the research questions.

32611

ARTICLE
PALEOLOGOU (V.),
KONTODIMOPOULOS (N.), STAMOULI (A.),
ALETRAS (V.), NIAKAS (D.)

***Developing and testing an instrument
for identifying performance incentives
in the Greek health care sector.***

*Comment développer et tester un instrument
pour identifier les incitations à la performance
dans le système de santé greque.*

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2006; vol. 6 : n° 118 : 1-28
Cote Irdes : B5553

In the era of cost containment, managers are constantly pursuing increased organizational performance and productivity by aiming at the obvious target, i.e. the workforce. The health care sector, in which production processes are more complicated compared to other industries, is not an exception. In light of recent legislation in Greece in which efficiency improvement and achievement of specific performance targets are identified as undisputable health system goals, the purpose of this study was to develop a reliable and valid instrument for investigating the attitudes of Greek physicians, nurses and administrative personnel towards job-related aspects, and the extent to which these motivate them to improve performance and increase productivity. In the era of cost containment, managers are constantly pursuing increased organizational performance and productivity by aiming at the obvious target, i.e. the workforce. The health care sector, in which production processes are more complicated compared to other industries, is not an exception. In light of recent legislation in Greece in which efficiency improvement and achievement of specific performance targets are identified as undisputable health system goals, the purpose of this study was to develop a reliable and valid instrument for investigating the attitudes of Greek physicians, nurses and administrative personnel towards job-related aspects, and the extent to which these motivate them to improve performance and increase productivity.

32663

DOCUMENT DE TRAVAIL
DAWSON (D.), GRAVELLE (H.), KIND (P.),
O'MAHONY (M.), STREET (A.), WEALE (M.)
University of York. Centre for Health Economics.
(C.H.E.). York. GBR, National Institute for
Economic and Social Research. (N.I.E.S.R.).
London. GBR

***Developing new approaches to measuring
NHS outputs and productivity.***

*Développement de nouvelles approches pour
mesurer les sorties et la productivité du NHS.*

2004/07 ; 164 p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : P149/5

In a recent review of the NHS Wanless (Wanless, 2002) highlighted the importance of obtaining good measures of NHS productivity for undertaking long-term forecasts of NHS resource requirements. As part of an international initiative to improve recording of public service output in national accounts, the Office of National Statistics has been seeking improvements to the way outputs of the health sector are measured. The lack of robust measures of output for all public services led to the appointment of the Atkinson Review with the remit of examining the future development of government output, productivity and associated price indices. As part of the initiative to improve measurement of NHS outputs and productivity, the Department of Health commissioned research from the Centre for Health Economics and the National Institute of Economic and Social Research to : I) Review and evaluate the existing literature on productivity measurement and identify conceptual and practical challenges to measuring productivity change in the NHS; II) Investigate whether data are available to convert potentially relevant methodologies into measures of output and productivity change in the NHS; III) Attempt empirical estimation of the most promising approaches to measuring productivity change subject to data availability.

32267

FASCICULE
BAROU (J.), LACAZE (J.P.), LEGUE (P.), *et al.*

Familles et villes.

INFORMATIONS SOCIALES
2006/03 ; n° 130 : 138 p.
Cote Irdes : C, rediffusion BDSP

La famille et la ville entretiennent des relations complexes : choix (ou non-choix) de s'en éloigner pour accéder à un logement plus vaste et constante attraction de la ville et de ses services. Un écartèlement qui place la mobilité et l'accessibilité des transports urbains au cœur du problème. Pour certaines familles, les plus pauvres, la ville reste

hors d'atteinte. Les enjeux liés à l'équilibre de peuplement sur un territoire de vie sont désormais identifiés. Les politiques publiques s'en saisissent (Résumé de la revue).

► Recommandations

33149

ARTICLE
GAILLAT (J.)

Impact des recommandations sur l'usage des antibiotiques en médecine de ville.

ANTIBIOTIQUES : JOURNAL DES AGENTS ANTI-INFECTIEUX
2005/12 ; vol. 7 : n° 4 : 213-218
Cote Irdes : B5635

L'analyse présentée dans cet article se base sur une recherche bibliographique systématique sur trois sites : Medline, Afssaps, site du Credes.

► Technologies médicales

32688

ARTICLE
CULYER (A.J.)

NICE's use of cost effectiveness as an exemplar of a deliberative process.

Utilisation des analyses coût efficacité par le Nice comme un exemple de procédé délibératif.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2006/01 ; vol. 1 : n° 3 : 299-318
Cote Irdes : P197

This paper seeks to test 12 conjectures about the predicted use of deliberative processes by applying them to the technology assessment procedures used by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England and Wales. A deliberative process is one that elicits and combines evidence of different kinds and from different sources in order to develop guidance – in the present case, guidance for a health care system. A deliberative process entails the integration of three kinds of evidence : scientific context-free evidence about the general clinical potential of a technology, scientific context-sensitive evidence about particular evidence in realistic scenarios, and colloquial evidence to fit context-free scientific evidence into a context and to supply the best evidence short of scientific evidence to fill in any relevant gaps. It is shown that NICE's appraisals procedures and, in particular, its approach to cost effectiveness, entail both the weighing of each of these types of evidence and can be seen as rational responses to the 12 conjectures.

DÉMOGRAPHIE - MODES DE VIE

► Famille

32800

FASCICULE
GIAMPINO (S.), HEFEZ (S.), BRETON (D.),
et al.

Jeunes couples, jeunes parents.

INFORMATIONS SOCIALES
2006/06 ; n° 132 : 141 p., fig., tabl.
Cote Irdes : C, P171

Les premières années de la vie de couple forment une zone à risques pour la constitution et l'évolution de la famille. Certes, désormais, l'enfant fait la famille, constatent les experts, mais la famille et la vie familiale ne peuvent se développer que si le couple résiste. En quoi le devenir parent est-il susceptible de mettre le couple en danger ? En quoi cet événement heureux peut-il le mettre à l'épreuve jusqu'à le détruire ? Dans ce numéro d'Informations sociales, démographes, psychanalystes, médecins et sociologues apportent leur savoir et témoignent de leur pratique selon quatre dimensions : l'axe identitaire (les identités bousculées homme/femme/père/mère), l'axe imaginaire/réalité (les écarts et les décalages), l'axe professionnel (l'irruption des spécialistes dans le couple) qui traverse les deux premiers, ainsi que l'impact des politiques familiales. Quand le bébé fait choc.

DOCUMENTATION

► Bases de données

31798

ARTICLE

La difficulté d'accéder aux adresses des chercheurs français dans les bases de données bibliographiques : l'exemple d'une université lyonnaise.

DOCUMENTALISTE - SCIENCES
DE L'INFORMATION
2006/02 ; vol. 43 : n° 1 : 28-35, 6 tabl.
Cote Irdes : P154

La difficulté d'accéder aux adresses des chercheurs français dans les bases de données bibliographiques est sans doute une des causes de la faible visibilité des universités françaises dans les classements internationaux. À partir de l'exemple de l'Université Claude Bernard Lyon 1, cette étude vise à démontrer que cette situation

pourrait en partie s'expliquer par le manque de rigueur des chercheurs dans la rédaction de l'adresse qu'ils font figurer en tête de leurs publications scientifiques. Une autre cause étant l'absence de libellé officiel et normalisé de ces adresses. Des recommandations formulées in fine pourront aider à valoriser au plan international les travaux des chercheurs français (introduction de l'auteur). Cette enquête a comparé les références apparaissant dans Embase, Medline et Pascal Biomed.

► Internet

33082

ARTICLE
REHANY (E.), CHAUVIN (P.)

Internet uses for health information seeking. A literature review.

La recherche par Internet d'informations sur la santé. Revue de la littérature.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET
DE SANTÉ PUBLIQUE
2006/06 ; vol. 54 : n° 3 : 263-275, rés., fig.

Cote Irdes : C, P11.

Position du problème : Face à la diffusion massive de l'Internet dans le monde de la santé, il est apparu important de dresser un état des lieux des connaissances concernant la recherche d'information de santé sur Internet, du point de vue des consommateurs. Méthodes : La recherche bibliographique a été conduite sur les cinq dernières années en distinguant les études internationales et françaises. Résultats : Les études, essentiellement états-uniennes, sont restées longtemps descriptives. Les facteurs associés à la recherche d'information de santé sur Internet sont similaires à ceux de la fracture numérique. Les recherches menées par les consommateurs sont jugées efficaces, mêmes si les techniques de recherche employées semblent sous optimales. Des outils tentent d'être mis en place et diffusés à grande échelle pour assurer une meilleure qualité de l'information diffusée sur Internet ; des problèmes de compréhension et de lisibilité sont toutefois relevés au sein de certaines catégories sociales. Concernant l'impact sur la santé des consommateurs eux-mêmes, un effet (positif) de l'Internet tend à se dégager, mais les travaux doivent être poursuivis. Conclusion : Nombre de comportements, usages ou limites avancés au cours de cet article concernent toute recherche d'information sur Internet, mais des difficultés ou différences s'y ajoutent dans le cadre spécifique de la santé. La conduite d'enquêtes longitudinales permettrait de mieux mesurer les impacts sur lesquels on s'interroge en prenant en compte

l'évolution temporelle des pratiques et des expériences des utilisateurs. En particulier, la question centrale reste de savoir en quoi (et pour qui) l'Internet modifie les comportements de recherche d'information, puis *in fine*, dans quelle mesure les comportements de santé et de recours aux soins en sont modifiés.

► Knowledge-management

31581

ARTICLE
GRUNDSTEIN (M.)

Le knowledge management ou comment gérer les connaissances - document de travail du Lamsade. Les défis du management aujourd'hui.

PROBLÈMES ÉCONOMIQUES
2006/03/01, n° 2894 : 16-22, 1 tabl.
Cote Irdes : C, P100

Peter Drucker l'avait prédit, le capital immatériel était voué à devenir un facteur de compétitivité pour l'entreprise. La libéralisation des échanges accélère les processus de décision de l'entreprise et implique que l'assimilation des informations soit à la fois de meilleure qualité et plus rapide. Ainsi, la fonction qui consiste à manager les connaissances au sein de l'entreprise s'avère primordiale. Bien que la prise de conscience de l'importance du capital immatériel ait été tardive – le concept de knowledge management est apparu en France, aux Etats-Unis et au Japon au milieu des années 1990 –, à l'heure actuelle, l'organisation de l'échange d'informations et le partage des connaissances sont devenus des facteurs clés d'une gestion performante de l'entreprise. Ils doivent s'inscrire dans un projet global, destiné à mettre en valeur les savoirs et les savoir-faire individuels et collectifs (D'après l'introduction de l'auteur).

► Veille

31799

ARTICLE

AUBERTIN (C.), CORNEC (N.), MARTIN (A.),
MASSE (C.), VAILLANT (H.)

***La veille en santé - Journée d'étude
ADBS-Santé.***

DOCUMENTALISTE - SCIENCES
DE L'INFORMATION

2006/02; vol. 43 : n° 1 : 43-47, 6 tabl.

Cote Irdes : P154

C'est principalement pour faire le point sur les différents types de veille dans le domaine de la santé et faire connaître des méthodes grâce à des retours d'expériences, que le secteur Santé de l'ADBS (Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation), en liaison avec le groupe régional PACA de l'association, proposait une journée d'étude le 6 octobre 2005 à Marseille. Cette rencontre a permis de préciser le concept et la pratique de la veille en santé, d'examiner l'évolution en cours des outils disponibles sur internet et de présenter plusieurs exemples significatifs, notamment l'expérience de veille sur Internet de l'hôpital du Mans (www.bmlweb.org) et le projet de veille en réseau de la BDSP (D'après l'introduction de l'auteur)

RÉGLEMENTATION

► Accidents du travail

31587

ARTICLE

PELLET (R.)

***L'entreprise et la fin du régime des accidents
du travail et des maladies professionnelles.***

DROIT SOCIAL

2006/04, n° 4 : 402-414

Cote Irdes : P109

Cet article examine les racines historiques des contradictions du régime des AT-MP et ses conséquences.

► **Index des auteurs**

A

ABRAMS (K.).....	68
ABUL NAGA (H.).....	38
ADAM (C.P.).....	53
ALETRAS (V.).....	71
ANDERSSON (K.).....	55
ARBER (S.).....	43
ARUGUE (R.A.).....	63
ASKILDSEN (J.E.).....	31
ASSIER DE POMPIGNAN (F.).....	30
AUBERTIN (C.).....	74
AUDRIC (S.).....	41
AVENEL (C.).....	39
AZERAD (J.).....	40
AZIZI (K.).....	66
AZIZI (Karim).....	22
AZOGUI LEVY (S.).....	40

BOUFFARTIGUE (P.).....	47, 48
BOUINOT (C.).....	45
BOULINGUEZ (S.).....	51
BOURDILLON (F.).....	40
BOURDON (S.).....	58
BOUTEILLER (J.).....	48
BOUTEILLER (J.).....	47, 48
BOWER (A.).....	30
BREKKE (K.R.).....	56
BRETON (D.).....	72
BREUIL-GENIER (P.).....	49
BREYER (F.).....	23
BRICAIRE (F.).....	69
BRIDENNE (I.).....	19
BRODIN (M.).....	69
BROUSSEAU (V.).....	39
BROUSSELLE (A.).....	57
BUI (D.H.).....	44
BUI (P.).....	15
BUTHION (V.).....	45

B

BAGO D'UVA (T.).....	67
BALSAN (D.).....	16
BANKAUSKRAITE (V.).....	64
BARNAY (T.).....	32
BAROU (J.).....	71
BARRIER (G.).....	69
BAUR (L.A.).....	20
BECK (F.).....	32
BELLABY (P.).....	34
BENAMOZIG (D.).....	63
BERTHIER (A.L.).....	53
BICHOT (J.).....	18
BIGOT (C.).....	17
BINDMAN (A.).....	63
BOISGUERIN (B.).....	17
BOISSEL (J.P.).....	69
BOISSELOT (P.).....	19, 20
BOJKE (L.).....	68
BOLZANI (E.).....	38
BONNETBLANC (J.M.).....	51
BOOTE (J.).....	24
BORRELL (C.).....	37
BOTTIUS (F.).....	30

C

CANIARD (E.).....	70
CANTILLON (B.).....	60
CANTONI (E.).....	22
CARNEIN (S.).....	39
CARPIANO (R.M.).....	57
CASCA (S.).....	30
CATHELINEAU (G.).....	69
CAZAIN (S.).....	18
CHABS (P.).....	41
CHARPENTIER (J.M.).....	26
CHASTENET (B.).....	16
CHATELLIER (G.).....	46
CHAUVIN (P.).....	73
CHEMTOB-CONCE (M.C.).....	21
CLAXTON (K.).....	68
CLERC (M.E.).....	54, 55
COHEN (D.A.).....	30
COLIN (C.).....	58
COLLET (M.).....	50
CONTOYANNIS (P.).....	56
COOK (D.J.).....	44
COOK (K.S.).....	36

COOKSON (R.)	36
CORNAGO (D.)	43
CORNEC (N.)	74
COSTONGS (C.)	64
COUDREAU (D.)	42
COUHIN (J.)	19
CRAINICH (D.)	15
CRESSON (G.)	46
CRISTOFARI (J.J.)	52
CROSSLEY (T.F.)	32
CULYER (A.J.)	72

D

DAFNY (L.S.)	62
DAHLGREN (G.)	36
DAVIES (H.)	63
DAWSON (D.)	71
DEILY (M.E.)	69
DE SAINT POL (T.)	57
DESIMPEL (F.)	33
DIENER-WEST (M.)	52
Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	50
DOMINGUEZ-BERJON (F.)	37
DONNE (S.)	18
DOUGUET (F.)	47
DREIFUSS-NETTER (F.)	16
DUARTE (B.)	18
DUBOIS (C.A.)	50
DUCLOS (A.)	46
DUNSTAN (F.)	39
DUSHEIKO (M.)	36, 67
DUTHEIL (N.)	34

E

EECKHOUDT (L.)	15
EIBNER (C.)	35
EICHLER (J.G.)	56
EXWORTHY (M.)	63

F

FALKNER (G.)	65
FARDEAU (M.)	69
FENINA (A.)	21
FENOGLIO (P.)	26
FENWICK (E.)	68
FINCH (B.K.)	30
FLECHELLES (S.)	30
FONE (D.L.)	39
FOSTER (E.M.)	22
FRENCH (K.M.)	30
FRIESTAD (C.)	27

G

GADEA (C.)	48
GAILLAT (J.)	72
GALLOIS (P.)	25, 26, 53
GAMEL (C.)	16
GARATTINI (L.)	43, 55
GARY-BOBO (R.)	60
GEFFROY (Y.)	21
GHAZAL READ (J.)	28
GHISLANDI (S.)	55
GIAMPINO (S.)	72
GODDARD (M.)	15, 67, 70
GODET (M.)	38
GORMAN (B.K.)	28
GRABOWSKI (H.G.)	52
GRANLUND (D.)	69
GRAVELLE (H.)	29, 30, 46, 67, 70, 71
GREGOIRE (J.P.)	56
GRENIER (C.)	41
GRUNDSTEIN (M.)	73
GUILLEMARD (A.M.)	33

H

HAGEN (T.P.).....	66
HARDMAN (G.).....	36
HARDY-DUBERNET (A.C.).....	48
HAUCK (K.).....	15
HEDGECOE (A.).....	29
HEFEZ (S.).....	72
HELASOJA (V.).....	67
HELFTER (C.).....	39
HENNION (M.).....	18
HIRCH (M.).....	38

I

Institut de Recherches Scientifiques sur les Bois- sons. (I.R.E.B.).....	24
ITTAH DESMEULLES (H.).....	40
IVERSEN (T.).....	65

J

JACOBS (R.).....	46, 67, 70
JANSMAN (F.G.A.).....	21
JBERNARD (P.).....	58
JEGER (F.).....	32
JOHNELL (K.).....	54
JOLIVET (A.).....	33
JONES (K.).....	30
JULIEN (J.Y.).....	57
JURCZAK (K.).....	64

K

KAHNAMOUI (K.).....	44
KANGAS (O.).....	62
KARANFILOVIC (C.).....	46
KARLESKIND (H.).....	52
KARLSSON (M.).....	23

KAVANAGH (D.J.).....	53
KAWACHI (I.).....	27
KEARNS (A.).....	62
KEYHANI (S.).....	52
KIND (P.).....	71
KLEPP (K.I.).....	27
KONG (S.X.).....	56
KONTODIMOPOULOS (N.).....	71
KOPP (P.).....	26
KRONEMAN (M.W.).....	43
KUHN (M.).....	56

L

LACAZE (J.P.).....	71
LACROIX (H.).....	42
LAIB (N.).....	37
LEBOUL (D.).....	47
LECONTE (V.).....	19
LE GALES (P.).....	40
LEGENDRE (M.C.).....	45
LEGENDRE (N.).....	47
LEGLEYE (S.).....	32
LEGUE (P.).....	71
LEMAY (M.).....	58
LE NOC (Y.).....	26
LE RHUN (B.).....	45
LESNARD (L.).....	57
LEUNG (G.M.).....	42
LEVIN (K.A.).....	35
LEVY (D.).....	44
LEVY (M.M.).....	44
LEWKOWICZ (M.).....	41
LIN (K.A.).....	62
LINDSTROM (M.).....	54
LIPSCOMB (H.J.).....	63
LOBSTEIN (T.).....	20
LOEWE (M.).....	17
LOMBRAIL (P.).....	42
LOOMIS (D.).....	63
LOUVEAU DE LA GUIGNERAYE (A.).....	30
LUCE (J.M.).....	44

M

MARCHILDON (G.P.).....	62
MARCILHACY (D.).....	38
MARQUIER (R.).....	49
MARTIN (A.).....	74
MARTIN (S.).....	46, 70
MASSE (C.).....	74
MASSON (A.).....	34
MAUJEAN (G.).....	58
MAZIERE (M.).....	51
MCDAID (D.).....	64
MCDONALD (M.A.).....	63
McINTYRE (D.).....	36
MCKAY (N.L.).....	69
MCKEE (M.).....	50
McMAHON (M.).....	51
MERCIER (A.L.).....	50
MIDITUN (L.).....	66
Ministère de la santé et des solidarités.....	50
MITTON (C.).....	51
MOHANGOO (A.).....	25
MOLLBORN (S.).....	36
MORGAN (S.G.).....	51
MORRIS (S.).....	30, 31
MUNOZ (J.).....	47

N

NAUZE-FICHET (E.).....	18
NIAKAS (D.).....	71
NICOT (A.).....	25
NICOT (P.).....	25
NIXON (J.).....	66
NORD (E.).....	15

O

O'MAHONY (M.).....	71
ODEVIN (M.).....	55

P

PACITI (A.).....	52
PALEOLOGOU (V.).....	71
PALIER (B.).....	65
PALMER (S.).....	68
PAREL (V.).....	26
PARISOT (A.).....	19
PARKES (A.).....	62
PARR (J.M.).....	53
PELLET (R.).....	74
PEREIRA (C.).....	54, 55, 66
PERETTI-WATEL (P.).....	20
PERICARD (B.).....	45
PILLET-SHORE (D.).....	49
PLOIN (D.).....	58
PONGE (A.).....	42
POSTMA (M.J.).....	21
POUBELLE (V.).....	19
POUCHAIN (D.).....	69
POWE (N.).....	52
PRENTICE (J.C.).....	35

R

RAAT (H.).....	25
RABEHARISOA (V.).....	69
RAM (R.).....	28
RANDALL (G.E.).....	61
RASMUSSEN (S.R.).....	23
REEMANN (H.).....	64
REHANY (E.).....	73
REVELIN (D.).....	59
RHODES (A.).....	61
RIOCREUX (C.).....	30
ROGNERUD (M.A.).....	27
ROSENHEIM (M.).....	40
ROSENTHAL (M.B.).....	41
ROSES (A.).....	19
ROULEAU (P.).....	69
ROUSSEAU (L.).....	57
RUDHOLM (N.).....	69

S

SALTMAN (R.B.)	64
SARLIO-LAHTENKORVA (S.)	31
SCHEIDEGGER (S.)	34
SCHELLEVIS (F.G.)	25
SCHMIDT (C.)	59
SCHOTT (A.M.)	58
SCULPHER (M.)	68
SICART (D.)	48, 49
SIMONET (D.)	63
SINUFF (T.)	44
SMITH (P.C.)	70
SOUAMES (M.)	40
SOULIER (E.)	41
SPARSA (A.)	51
SPIILKA (S.)	32
STAMOULI (A.)	71
STEPANIKOVA (I.)	36
STREET (A.)	71
SUBRAMANIAN (S.V.)	27
SUTTON (A.)	68
SUTTON (M.)	29

T

THIBAUT (F.)	39
THIEDE (M.)	36
THOMASSON (E. de)	20
TOUZET (S.)	58
TRESPEUX (F.)	16
TRINQUART (L.)	46

U

ULMANN (P.)	66
-------------------	----

V

VAILLANT (H.)	74
VALLEE (J.P.)	25, 26, 53
VAN DER LINDEN (M.W.)	25
VEGA (A.)	48
VERO (J.)	16
VIDAL-BORROSSI (F.)	41
VIGNERON (E.)	45
VILLERET (S.)	55
VRANCEANU (R.)	59

W

WAHLBECK (K.)	64
WANG (Y.R.)	52
WASHINGTON (A.E.)	63
WEALE (M.)	71
WEBER (A.)	33
WHITEHEAD (M.)	36
WIKSTROM (M.)	69
WINDMEIJER (F.)	46
WING (S.)	63
WING HAN AU (D.)	32
WINKELMANN (R.)	60
WIRTZ (V.)	44
WOSZTO (V.)	46

Z

ZAHL (P.H.)	27
ZARIFIAN (E.)	69
ZASLAWSKY (A.)	41

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

► Actualité et dossier en santé publique

Rédaction : HCSP
(Haut Comité Santé Publique)

8, av. de Ségur
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49

Diffusion :

La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex

☎ 01 40 15 70 00

Fax : 01 40 15 68 00

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

1^{er} accès : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11>

(sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)

2^e accès : BDSP :

<http://www.bdsp.tm.fr> => Texte intégral

► Alternatives économiques

Rédaction :
Alternatives économiques

28, rue du Sentier
75002 Paris

☎ 01 44 88 28 90

Fax : 01 40 28 43 58

redaction@alternatives-economiques.fr

<http://www.alternatives-economiques.fr>

Abonnements :

12 rue du Cap Vert
21805 Quetigny cedex

☎ 03 80 48 10 25

Fax : 03 80 48 10 34

Diffusion en librairie : Dif'pop

21 ter, rue Voltaire
75011 Paris

☎ 01 40 24 21 31

Fax : 01 40 24 15 88

► American Economic Review

Rédaction et diffusion :
American Economic Association
2014 Broadway - Suite 305
Nashville TN 37203

États-Unis

Fax : 00 1 615 343 7590

► Annales d'économie et de statistique

Rédaction : ADRES

Diffusion : INSEE

18, Bd Adolphe-Pinard

75675 Paris Cedex 14 (paiement par CB)

ou Insee Info Service

Tour Gamma A

195, rue de Bercy

75582 Paris cedex 12 (autres paiements)

<http://www.adres.prd.fr>

► Antibiotiques

Diffusion :

Elsevier Masson SAS

Service relations clientèle,

62, rue Camille Desmoulins

92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

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 méthodologie sociologique

Rédaction : BMS

LASMAS-CNRS

59, rue Pouchet

75017 Paris

☎ 01 40 51 85 19

Fax : 01 40 25 12 47

bms@iresco.fr

<http://www.iresco.fr/revues/bms/Welcome.htm>

Diffusion :

AIMS (Association Internationale
de Méthodologie Sociologique)

45 rue Linné

75005 Paris

C

► Cahiers de sociologie et de démographie médicale (les)

Rédaction et diffusion :

CDSM (Centre de Sociologie et de
Démographie Médicales)

60, boulevard de La Tour-Maubourg

75340 Paris SP 07

☎ 01 45 55 73 77

Fax : 01 45 55 87 94

► Che research paper series - che technical paper series

Rédaction et diffusion :

CHE (Center for Health Economics)

The Publications Office

University of York

York YO1 5DD

Royaume-Uni

☎ 00 44 1904 433 718

Fax : 00 44 1904 433 644

<http://www.york.ac.uk/inst/che/publications.htm>

=> Research Papers

D

► Documentaliste : sciences de l'information

Rédaction et diffusion : ADBS

(Association des Professionnels de
l'Information et de la Documentation)

25, rue Claude-Tilliers

75012 Paris

☎ 01 43 72 25 25

Fax : 01 43 72 30 41

adbs@adbs.fr

<http://www.adbs.fr> (sommaires de la revue)

► Dossiers solidarité et santé

Rédaction : Ministère de l'Emploi et
de la Solidarité DREES

Diffusion :

La Documentation Française

29-31, quai Voltaire

75344 PARIS Cedex 07

☎ 01 40 15 70 00

Fax : 01 40 15 72 30

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

(En ligne depuis le n° 1-2003,
sommaire depuis 1998)

► Droit social

Rédaction :

Jean-Jacques Dupeyroux

Diffusion :

Éditions techniques et économiques

3, rue Soufflot

75005 Paris

☎ 01 55 42 61 30

Fax : 01 55 42 61 39

editecom@starnet.fr

<http://www.editecom.com>

E

► **Économies et sociétés** **Série « Economia »**

Diffusion : Les Presses de l'ISMEA
BP 22
75622 PARIS Cedex 13
☎ 01 55 48 90 76
Fax : 01 55 48 90 71
<http://www.ismea.org>

► **Études et résultats**

Rédaction et diffusion :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Centre d'information et de diffusion de la
DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75694 Paris Cedex 14
☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm>
(tous les numéros sont en ligne)

► **Eurohealth**

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

► **European journal of health economics**

Rédaction :
Springer Verlag
Katharina Tolkmitt
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg
Allemagne
☎ 00 49 6221 487 929
Fax : 00 49 6221 487 461
tolkmitt@springer.de
<http://springerlink.metapress.com> => Search
HEPAC in publications

Diffusion :
Springer Customer Service
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ 00 49 6221 345 247
Fax : 00 49 6221 345 200
orders@springer.de
<http://link.springer.de>

► **European journal of public health**

Diffusion : Oxford University Press
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 556 767
Fax : 00 44 1865 267 773
<http://www3.oup.co.uk/eurpub/>

F

► **Focus alcoolie**

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

G

► **Gestions hospitalières**

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

H

► Health affairs

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

► Health & Place

Rédaction éditeur scientifique) :
Editor Graham Moon
School of social and historical studies
University of Portsmouth Milldam
Burnaby Road
Portsmouth PO1 3AS
Royaume-Uni
© 00 44 23 9284 2232
Fax : 00 44 23 9284 2174
graham.moon@port.ac.uk

► Health economics

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

► Health economics policy and law

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

► Health policy

Diffusion : Elsevier Science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
© 00 31 20 485 37 57
Fax : 00 31 20 485 34 32
nlinfo-f@elsevier.nl
<http://www.elsevier.com/locate/healthpol>

► Health services reseach

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

I

► Informations sociales

Diffusion : CNAF
(Caisse nationale des allocations familiales)
23, rue Daviel
75634 PARIS Cedex 13
© 01 45 65 52 52
<http://www.cnaf.fr> => Publications

► International journal of health services

Diffusion :
Baywood Publishing Compagny, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis

J

► Journal d'économie médicale

Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne
Diffusion : Diffusion ESKA
12, rue du quatre septembre
75002 Paris
© 01 42 86 56 00
Fax : 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr/site2001/revues/revue2.htm>

► Journal of health economics

Diffusion : Elsevier Science
PO Box 945
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
© 00 31 20 485 3757
Fax : 00 31 20 485 3432
nlinfo@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505560/description#description#description

M

► Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques

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
unformec@wanadoo.fr
<http://www.unaformec.org>
Diffusion : Éditions John Libbey Eurotext
Service abonnement
127, av. de la République
92120 Montrouge
© 01 46 73 01 39
Fax : 01 40 84 09 99
abonnements@jle.com
<http://www.jle.com>

► Moniteur des pharmacies et des laboratoires (le)

Rédaction et diffusion :
1, av. Edouard-Belin
92856 Rueil-Malmaison
© 01 41 29 77 42
Fax : 01 41 29 77 35
<http://www.moniteurpharmacies.com>
(recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

P

► Pédagogie médicale

Diffusion : ACALIS
34 rue Camille Pelletan
92309 Levallois-Perret cedex
France
© + 33 (0)1 47 30 77 60
Fax : + 33 (0)1 47 39 68 35
acalis@acalis.fr
<http://www.pedagogie-medicale.org/>

► Petites affiches de la loi le quotidien juridique

2, rue Montesquieu
75041 Paris cedex 01
© 01 42 61 56 14
Fax : 01 47 03 92 02
<http://www.petites-affiches.com/pa/>
(certains sommaires en ligne)

► Pharmaceutiques

Rédaction et diffusion :
PR Éditions
22, av. d'Eylau
75116 Paris
© 01 44 05 83 00
Fax : 01 44 05 83 24
redaction@pharmaceutiques.com
<http://www.pharmaceutiques.com>

R

► Prescrire (La Revue)

Rédaction et diffusion :
Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75527 Paris cedex 11
☎ 01 49 23 72 86
Fax : 01 48 07 87 32
revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org>
(pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

► Problèmes économiques

Diffusion :
La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
infodoc@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-economiques/index.shtml>
(sommaires des numéros depuis 1999, index des articles par pays et par thème depuis 1993)

► Problèmes politiques et sociaux

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

► Retraite & Société

Rédaction : CNAV
(Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)
Diffusion : la Documentation française
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
<http://www.cnav.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

► Revue belge de Sécurité sociale

Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement
Service Publications
Rue de la Vierge noire 3c
B-1000 Bruxelles
Belgique
social.security@minsoc.fed.be
Revue partiellement consultable sur le site :
<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

► Revue d'économie politique

Rédaction et diffusion :
Éditions Dalloz
31-35, rue Froidevaux
75685 Paris cedex 14
☎ 01 40 64 54 54

► Revue d'épidémiologie et de santé publique

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

► Revue hospitalière de France

Rédaction et diffusion :
FHF (Fédération Hospitalière de France)
33, av. d'Italie
75013 Paris
☎ 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
fhf@fhf.fr
<http://www.fhf.fr>

► Revue internationale de Sécurité sociale

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

► Revue médicale de l'Assurance maladie

Rédaction :
CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance
maladie des Travailleurs Salariés)
DMS (Direction du Service Médical)
1^{er} accès :
<http://www.ameli.fr/235/RUB/235/omb.html>
(en ligne à partir du vol 34 n° 3, juillet 2003)
2^e accès : <http://www.bdsp.tm.fr> => Texte intégral
(accès à tous les articles depuis le n° 1 de 2000
pour les abonnés à la BDSP)
Diffusion :
UCANSS
Service publications
33, av. du Maine
Boite n° 45
75755 Paris cedex 15
☎ 01 45 38 81 48 ou 49
Fax : 01 45 38 82 76

► Ruptures

Rédaction et diffusion :
Groupe de Recherche Interdisciplinaires
en Santé (GRIS)
Faculté de Médecine
Université de Montréal
CP 6128, Succ., Centre Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Canada
☎ 00 1 514 343 6185
Fax : 00 1 514 343 2207
<http://alize.ere.umontral.ca/gris.cp/ruptures/index.html>

S

► Série études - document de travail

Rédaction et diffusion :
Ministère chargé de la santé
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 44 36 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/doc.htm>
(sommaries et résumés jusqu'au n° 12, puis en
ligne à partir du n° 13)

► Sève : les tribunes de la santé

Rédaction et diffusion :
Éditions de santé
49, rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14
<http://www.editionsdesante.fr/SiteEDS.nsf/AGdefaultRevueSEVE?OpenFrameSet>

► Sciences sociales et santé

Rédaction : ADESSS
(Association pour le Développement
des Sciences Sociales de la Santé)
Diffusé par : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
marketing@jle.com
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm> (résumés en ligne depuis 1997)

► Série statistiques - documents de travail

Rédaction et diffusion :
Ministère chargé de la santé
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 44 36 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/doc.htm>
(sommaires et résumés jusqu'au n° 19, puis en
ligne à partir du n° 20)

► Social science and medicine

Diffusion : Elsevier Science
Customer Service Department
PO Box 211
1001 AE AMSTERDAM
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 3757
Fax : 00 31 20 485 3432
nlinfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description

► Societal

Rédaction : SERPE (Société d'Études,
de Recherche et de Publications économiques)
6, rue Clément-Marot
75008 Paris
☎ 01 53 23 05 40
Fax : 01 47 23 79 01
contact@societal.fr
<http://www.societal.fr>
Diffusion :
PUF (Presses Universitaires de France)
abonnements :
☎ 01 58 10 31 63
Fax : 01 58 10 31 82
revues@puf.com

T

► Tendances

Rédaction et diffusion :
OFDT (Observatoire Français
des Drogues et Toxicomanies)
3, av. du Stade de France
93218 St Denis cedex
☎ 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
ofdt@ofdt.fr
http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/synthese_ses_dossiers/savoir_plus_synthese_index.html
(en ligne)

► Calendrier des colloques

► **Éthique et accès aux soins : Soins conceptuels et inégalités sociales d'accès aux soins**

Nantes Renseignement : Dr Jean-Joseph Ferron
France Conseil départemental de l'ordre des médecins de Loire-Atlantique
 8, rue du Cherche-Midi
 BP 27504
 44275 Nantes cedex 2
 France
 ☎ 02 40 20 18 050

13 Janvier 2007 Email : jjferron@chu-nantes.fr

► **3^e Séminaire scientifique de pharmaco-épidémiologie**

Paris Renseignement : Dr Agnès Charlemagne
France 45 bd du maréchal Joffre
 92340 Bourg-la-Reine
 ☎ 01 41 87 95 24
 Fax : 01 40 91 30 31

24-25 Janvier 2007 Email : colloque-pharmacoepidemie2007@cemka.fr

► **Journée d'étude ARSI (Association de Recherche en Soins Infirmiers)
 Management : Concepts et recherche**

Courbevoie France Renseignement :
 25-26 Janvier 2007 Site internet : <http://www.arssi.asso.fr/jearsi.htm>

► **Colloque internationale « Politiques publiques et pratiques professionnelles
 face aux inégalités sociales de santé »**

Lille Renseignement : Aurélie Dupré, Chantal Lebecq
France ☎ 03 20 41 69 42
 Email : aurelie-dupre@wanadoo.fr

26-27 Janvier 2007 Email : chantal.lebecq@univ-lille3.fr

► **Santé médiatisée : la force des images et des représentations**

Strasbourg Renseignement : Euros Cos Humanisme et Santé
France Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
 1, place de l'Hôpital
 67091 Strasbourg Cedex France
 ☎ +33 (0) 3 88 11 50 06
 Email : Claude.Laedlein@chu-strasbourg.fr

26-27 Janvier 2007 Site internet : <http://eurocos.u-strasbg.fr/>

► **Filières, pôles et réseaux gériatriques**

Boulogne-Billancourt Renseignement : Catherine Powell-Evans
France CNEH
 3, rue Danton
 Malakoff – France
 ☎ 01 41 17 15 73
 Fax : 01 41 17 15 71
 Email : Catherine.powell@cneh.fr

30 Janvier 2007 Site internet : <http://www.cneh.fr>

Global Pricing and Reimbursement Congress 2007

Prague Renseignement :
Czech republic 29 Bressenden place
London SW1E 6DR
☎ +44 (0) 20 7017 7481
Fax : +44 (0) 20 7017 7823
30-31 Janvier 2007 Site internet : <http://www.informa-ls.com/pricing>

FÉVRIER 2007

Le stress au travail : une réalité

Nancy Renseignement : Joëlle Genoud
France INRS
avenue de Bourgogne
BP N7
☎ 03 83 50 20 00
Fax : 03 83 50 20 97
1^{er}-2 Février 2007 Email : joelle.genoud@inrs.fr

Colloque « Précarité et milieu du travail - Connaître pour agir »

Tours Renseignement :
France Institut National de Médecine Agricole
14, rue Auguste-Comte
3700 Tours – France
☎ 02 47 66 61 07
Fax : 02 47 66 08 28
Email : contact@inma.fr
2 février 2007 Site internet : www.inma.fr

17^e Journée scientifique de la cohorte Gazel

Paris Renseignement : Sophie Launay
France Unité mixte 687 Inserm/Cnamts
18 bis Chaussée de l'étang
94160 Saint-Mandé
☎ +33 (0)1 58 64 15 50
Fax : +33 (0)1 58 64 15 51
7 Février 2007 Email : sophie.launay@st-maurice.inserm.fr

Colloque international 2007 - Promotion de la santé et éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de recherche

Luxembourg Renseignement :
8-9 Février 2007 Site internet : <http://pses.crp-sante.lu/>

6^e Rencontre Annuelle Complémentaire Santé 2007

Paris Renseignement : Dii
France 87, bd Haussman
75008 Paris
☎ +33 (0)1 43 12 85 55
Fax : +33 (0)1 40 06 95 26
8-9 Février 2007 Site internet : <http://www.development-institute.com/>

▮ Les Forums Francophones de cancérologie

Paris Renseignement : TCO
France 14 bd Poissonnière
75009 Paris
☎ +33 (0)1 42 94 87 32
Fax : +33 (0)1 42 94 87 33
Email : forumfrancophone@icact.com

Du 6 au 9 Février 2007 Site internet : <http://www.icact.com/forums.html>

▮ National 2007 – Health Policy Conference

Washington, DC Renseignement :
USA 1801 K Street, NW, Suite 701-L
Washington, DC 20006

12-13 Février 2007 Site internet : <http://www.academyhealth.org/>

MARS 2007

▮ Journées RSI « Santé-retraite »

Paris Renseignement : Philippe Ulmann
France Directeur de la Politique de Santé et Gestion du Risque (DPSGR)
RSI – Régime Social des Indépendants
☎ + 33 (0)1 49 33 32 15

19 Mars 2007 Email : philippe.ulmann@canam.fr

▮ Les journées de la prévention de L'Inpes

Paris - France Renseignement : Philippe Ulmann
29-30 Mars 2007 Site internet : <http://www.inpes.sante.fr>

AVRIL 2007

▮ The 4th Annual World Health Care Congress

Washington Renseignement :
USA ☎ 800 817 8601
Fax : 781 939 2490
Email : wcreg@worldcongresse.com

Du 22 au 24 Avril 2007 Site internet : <http://www.whcc2007.com>

▮ 2nd International Congress on « prediabetes » and the metabolic syndrome, epidemiology, management and prevention of diabetes and cardiovascular disease

Barcelone Renseignement :
Espagne c/o Kenes International
PO BOX 1726
CH-1211 Geneva 1
☎ +41 22 908 0488
Fax : +41 22 732 2850

Du 25 au 28 Avril 2007 Email : prediabetes2007@kenes.com

MAI 2007

- **The 4th International Evidence Based Library & Information Practice Conference**
Chapel Hill-Durham, NC Renseignement :
USA Site internet : <http://www.eblip4.unc.edu/index.html>
Du 6 au 11 Mai 2007
- **38^e congrès de la CBPQ**
Gatineau Renseignement :
Québec Corporation des Bibliothécaires
Professionnels du Québec
353, rue Saint-Nicolas, bureau 103
Montréal (Québec) à HZY 2P1
© (514) 845-3327
Email : info@cbpq.ca
Du 16 au 18 Mai 2007 Site internet : <http://www.cbpq.qc.ca>
- **12th Annual Int. Meeting Int. Society for Pharmacoeconomics & outcomes Research**
Virginia - USA Renseignement :
E-mail : info@ispor.org
19-23 Mai Site internet : <http://www.ispor.org/meetings>
- **RC28 Spring meeting ISA Resarch Committee on Social Stratification and Mobility**
Brno Renseignement : Petr Mateju
Czech republic Institut of Sociology
Jilska 1,
110 00 Prague 1 – Czech republic
Tél/Fax : +420 222 220 678
Email : mateju@mbox.cesnet.cz
And Meir Yaish
Department of Sociology and Anthropologie
University ofHaifa
Haifa 31905, Israel
Fax : +972-4-8240819
Email : myaish@univ.haifa.ac.il
Du 24 au 27 Mai 2007 Internet : <http://www.soc.cas.cz/rc28/info/en/25011/Registration.html>

JUIN 2007

- **4^e Conférence sur les questions de politique économique dans l'Union européenne**
Bologne Renseignement : Stefania Tomasini
Italie © +39 (0) 51 648 09 27
Email : stefania.tomasini@prometeia.it
Catherine Mathieu
© +33 (0)1 44 18 54 37
8 Juin 2007 Email : catherine.mathieu@ofce.sciences-po.fr

► **19^e Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé de l'UIPES - La Promotion fait son chemin : Recherche, Politique & Pratiques pour le 21^e siècle**

Vancouver, BC Renseignement :
Canada Email : canda2007@iupeconference.org
10 au 15 Juin 2007 Site internet : <http://www.iuhpeconference.org/fr/index.htm>

JUILLET 2007

► **Explorations in Health Economics : 6th Ihea World Congress**

Copenhagen Renseignement :
Danemark International Health Economics Association
435 East Durham Street,
Philadelphia PA 19119-1223 USA
© 215 242 1196
8-11 juillet 2007 Site internet : <http://www.healtheconomics.org>

AOÛT 2007

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

Boston, Massachusetts Renseignement :
USA Email : premis@premum2007.org
26 au 30 août 2007

OCTOBRE 2007

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

Banff, Alberta - Canada Renseignement :
9 octobre 2007 Email : epicon2007@med.ualberta.ca

■ Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

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

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 00 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Tarif d'abonnement 2006 : 100 € (franco de port)

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

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

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

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

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

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