

Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé

Août - Septembre - Octobre 2009

■ Service Documentation

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

E-mail : documentation@irdes.fr

Tél. : 01 53 93 43 56/01

► Présentation

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

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

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

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

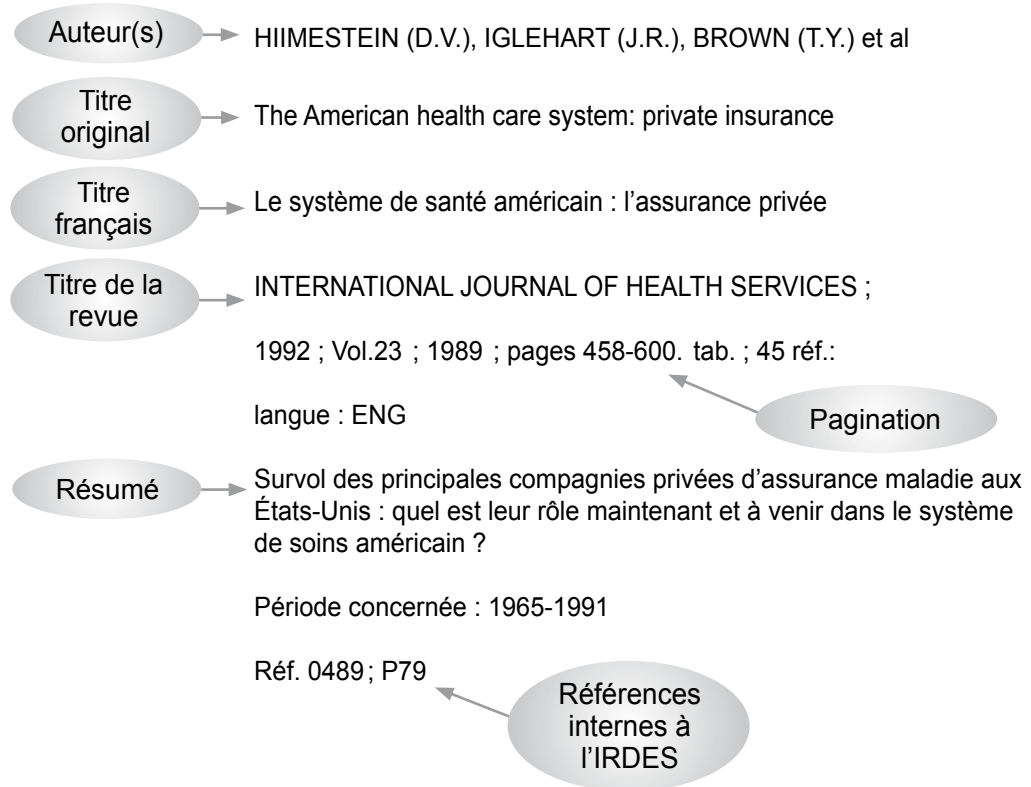
L'IRDES est disponible sur Internet.

Pour contacter le centre de documentation : email : documentation@irdes.fr

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

Serveur Web : www.irdes.fr


► Comment lire une notice ?



► Signification des abréviations

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

Sommaire



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

Sommaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

17 POLITIQUE DE SANTÉ

Acteurs économiques	17
Choix des priorités	17
Études comparées	17
Études d'ensemble	17
Politiques sociales	18
Psychiatrie	19
Réformes	19
Réseaux de santé	20
Satisfaction des patients	20

21 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie	21
Comptes de la protection sociale	21
Couverture d'entreprise	22
Couverture sociale	22
Financement	22
Indicateurs de développement humain	23
Prestations familiales	23
Protection complémentaire	24
Retraite	25
RSA	27

27 PRÉVENTION - SANTÉ

Éducation thérapeutique	27
Santé bucco-dentaire	28
Obésité	29

29 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSES DE SANTÉ

Consommateurs de soins	29
Coûts de la maladie	29
Dépenses de santé	31
Dépenses pharmaceutiques	31
Forfait soins	32

32 ÉTAT DE SANTÉ

Accidents de la circulation	32
Alcoolisme	33
Cancers	33
Canicule	34
Comportement alimentaire	34
Drogues	35
Incapacité	36
Maladie d'Alzheimer	36
Mortalité	36
Santé perçue	37
Travail et santé	37
Viellissement	41

41 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance	41
Emploi des seniors	42
Établissements d'hébergement	42
Études comparées	43
Relations familiales	43
Sociologie de la santé	43

44 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Immigration	44
Inégalités devant soins	45
Inégalités sociales de santé	45
Pauvreté	47
Recours aux soins	48

48 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Accès aux soins	48
Indicateur de santé sociale	49
Territorialisation	50

50 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Conditions de travail	50
Démographie médicale	51
Formation	51
Histoire	52
Installation professionnelle	52
Médecin traitant	52
Permanence des soins	52
Pratique médicale	53
Relations médecin/malade	54
Rémunérations	55
Réseaux de santé	56
Santé mentale	56
Sociologie de la santé	57

58 HÔPITAL

Chirurgie	58
Chirurgie ambulatoire	59
Effizienz	59
Études d'ensemble	60
Filières de soins	60
Financement des soins	60
Gestion hospitalière	61
Hôpitaux psychiatriques	61
Hospitalisation à domicile	61
Listes d'attente	62
Performance	63
Privatisation	63
Qualité des soins	63
Réformes	65
Restructuration	65
Tarification hospitalière	66

68 PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Collaboration interprofessionnelle	68
Conditions de travail	68
Délégation des tâches	69
Démographie médicale	70
Infirmiers	70
Pédiatres	71
Spécialités médicales	71

71 MÉDICAMENTS

Automédication	71
Biotechnologies	71
Contrefaçons	72
Dispositifs médicaux	72
Industrie pharmaceutique	72
Innovation médicale	74
Marché du médicament	75
Médicaments biosimilaires	75
Médicaments du système nerveux	75
Pharmacies d'officine	76
Pharmacovigilance	76
Politique des médicaments	76
Prix	77

77 TECHNOLOGIES - INFORMATIQUE MÉDICALE

Dossier médical partagé	77
Imagerie médicale	78

78 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne	78
Australie	79
Belgique	79
Canada	79
Colombie	80
Espagne	80
États-Unis	80
Europe	81
Grèce	81
Pays-Bas	81
Royaume-Uni	82
Suède	82
Suisse	83
Turquie	83

83 PRÉVISION - ÉVALUATION

Analyses économiques	83
Coûts de la santé	84
Essais cliniques	84
Évaluation des pratiques professionnelles	85
Information des patients	85
Innovation médicale	85

Médicaments.....	86
Psychiatrie	86
Qualité des soins	86

87 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Banques de données.....	87
Capital humain	87
Enquêtes de santé	88
Méthodes épidémiologiques	88
Méthodes statistiques	89
Modèles économiques	89
Questionnaires de satisfaction.....	90
Systèmes d'information.....	90

90 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Vieillesse démographique	90
--------------------------------	----

91 RÉGLEMENTATION

Effets indésirables des soins	91
Indemnités journalières.....	91
Médicaments.....	91
Préjudices liés aux soins.....	91

Encart publicitaire

Questions d'économie de la santé dernière page

— AUTRES RUBRIQUES —

Index des auteurs	95
Carnet d'adresses des éditeurs	105

► Références bibliographiques

► **Acteurs économiques**

42051

ARTICLE

BOREL (T.), LECORPS (P.), MICHAUD (C.)

Les acteurs économiques ont-ils leur place dans les instances de décision et d'orientation en santé publique ? (notamment dans les futures Agences régionales de santé).

SANTE PUBLIQUE

2009/03-04 ; n° 2 : 217-223

Cote Irdes : P143

Si la question de la reconnaissance de l'industrie comme acteur de santé publique est acquise, en revanche, la question reste posée sur la place qui lui est consentie, soit dans les instances de concertation, soit dans celles de décision. Cet article dresse le compte-rendu d'un débat qui s'est déroulé le 1^{er} juillet 2008 lors de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon.

► **Choix des priorités**

MITTON (C.), SMITH (N.), PEACOCK (S.), EVOY (B.), ABELSON (J.)

Public participation in health care priority setting: A scoping review.

La participation communautaire dans le choix des priorités en santé : une revue étendue de la littérature.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 3 : 219-228.

Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: While much literature has debated public engagement in health care decision-making, there is no consensus on when public engagement should be sought and how it should be obtained. We conducted a scoping review to examine public engagement in one specific area: priority setting and resource allocation. METHOD: The review drew upon a broad range of health and non-health literature in an attempt to elicit what is known and not known on this topic, and through this to outline any guidance to assist decision-makers and identify where efforts for future research should be directed. RESULTS: Governments appear to recognize benefits in consulting multiple publics using a range of methods, though more traditional approaches to engagement

continue to predominate. There appears to be growing interest in deliberative approaches to public engagement, which are more commonly on-going rather than one-off and more apt to involve face-to-face contact. However, formal evaluation of public engagement efforts is rare. Also absent is any real effort to demonstrate how public views might be integrated with other decision inputs when allocating social resources. CONCLUSION: While some strands can be taken to inform current priority setting activity, this scoping review identified many gaps and highlights numerous areas for further research

► **Études comparées**

41574

ARTICLE

GRIGNON (M.)

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?

Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 507-520, 3 tabl.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

► **Études d'ensemble**

40964

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Crises et réformes.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 22 : 19-40

Cote Irdes : P168

Crises récurrentes et réformes incessantes, le secteur de la santé est soumis depuis une trentaine d'années à un maelström permanent. Drames et alertes de sécurité sanitaire, conflits sociaux à l'hôpital et en médecine de ville, déficits de l'assurance maladie... Des événements viennent régulièrement déstabiliser le système de santé, mettre en lumière ses carences et souligner ses insuffisances. Ces bouleversements servent souvent de levier pour d'indispensables mutations du système de santé et provoquent parfois de véritables transformations dans son organisation et son fonctionnement. Pourtant les relations entre les crises et les réformes sont ambiguës. Placées sous le signe de l'urgence, elles té-

moignent d'une certaine immaturité politique en matière de santé et recèlent le risque d'une instrumentalisation de la crise (Résumé de l'auteur).

40971

ARTICLE
SAOUT (C.)

La crise de confiance dans le système de santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 22 : 119-131

Cote Irdes : P168

Pour aussi certaine que soit la crise de confiance dans le système de santé français, celle-ci n'a pas modifié l'attitude de nos concitoyens envers lui. Les correctifs apportés par la loi du 4 mars 2002 ont permis de résoudre les problèmes d'accès à certains droits, mais la très grande difficulté des pouvoirs publics à financer un mouvement des usagers à la hauteur des espoirs suscités par les états généraux de la santé laisse le secteur en panne de militants formés à la transformation sociale par la participation aux décisions qui les concernent. Dans ces conditions, la protection des droits individuels dans la santé, l'équité d'accès aux soins et à la promotion de la santé, la qualité des soins et l'équilibre des comptes de l'assurance maladie stagnent ou reculent. Car il n'y a pas d'armée pour exiger avant toute chose une santé démocratique dont les enjeux ont été remis en toute transparence dans le débat public. Comme si la vision tutélaire de la médecine des mandarins avait pour pendant naturel l'administration bonapartiste de la question sanitaire. Quelques réformes à venir dessinent néanmoins les premiers pas hésitants d'une refonte du pacte social de santé. Il faut continuer dans cette voie.

41662

FASCICULE
CAMBOIS (E.), MESLE (F.), PARIS (V.),
BOURGUEIL (Y.) et al.

***Au chevet de la santé : quels diagnostics ?
quelles réformes ?***

REGARDS CROISES SUR L'ECONOMIE

2009/04 ; n° 5 : 240p., tab., graph.

Cote Irdes : A3888

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1.htm>

Le système de soins français fait figure de modèle, mais sa pérennité est menacée. Pourquoi ? Et comment changer de direction ? Si

l'on vit en moyenne plus longtemps en France que presque partout ailleurs, les inégalités ne cessent de se creuser. Déserts médicaux et dépassements d'honoraires compromettent l'égal accès de tous aux soins. On ne pourra pas briser cette spirale sans une remise à plat des principes de la médecine libérale ! Les Français ont la chance de bénéficier d'une couverture maladie de base universelle et généreuse. Mais sa cohésion s'effrite silencieusement sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé. Faut-il accepter une assurance à deux vitesses ? Combien sommes-nous prêts à payer pour la Sécurité sociale de demain ? Afin d'équilibrer les comptes, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures de «responsabilisation financière des patients», dont l'efficacité est douteuse et l'iniquité avérée. Ce discours comptable a occulté la nécessité d'agir pour accroître l'efficacité de l'offre de soins. Comment réformer l'hôpital et mieux piloter les différents acteurs de la santé ? C'est à une révolution de la régulation de la santé qu'appelle ce numéro de Regards croisés sur l'économie, pour préserver un système de soins unique au monde.

► Politiques sociales

41336

ARTICLE
DANG (A.T.), LETABLIER (M.T.)
Observatoire Français des Conjonctures
Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA

Citoyenneté sociale et reconnaissance du care. Nouveaux défis pour les politiques sociales.

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2009/05 ; n° 109 : 5-31

Cote Irdes : P120

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/109/r109-1.pdf>

L'objet de ce texte est double. Dans un premier temps, il s'agira de revenir de façon synthétique sur les aspects théoriques de la citoyenneté sociale en relation avec la reconnaissance du « care » et dans une perspective de genre. Nous en soulignerons les implications en termes de politiques sociales. Dans un second temps, nous verrons dans quels termes la question de la reconnaissance du « care » se pose en France et nous caractériserons l'évolution du régime français de citoyenneté sociale. Nous montrerons qu'il est traversé par des tensions entre familialisme et individualisme d'une part et par un déplace-

ment des frontières dans le partage des obligations familiales entre l'État, la famille et le marché d'autre part. En matière de « care », l'évolution récente indique que des directions différentes, voire opposées, sont prises : une refamilialisation ou une défamilialisation de la prise en charge du « care » avec un rôle accru dévolu au marché, même si ce dernier reste encadré (Résumé de l'auteur).

► Psychiatrie

39619

ARTICLE

LEHEMBRE (O.)

Commission sur les Missions et l'Organisation des Soins en Psychiatrie et Santé Mentale. sl. FRA

Psychiatrie et institutions : pour une meilleure adéquation.

LETTRE DE PSYCHIATRIE FRANCAISE (LA)

2008/10 ; n° 178 : 8-15

Cote Irdes : c, Bulletin français

Cette intervention est une réflexion prospective sur l'organisation des soins en psychiatrie et une réflexion sur la spécificité de la psychiatrie comme spécialité de la médecine avec ses dimensions scientifiques, de formation et de recherche.

40766

ARTICLE

TORRES (D.-L.)

Réflexions à propos des pratiques sectorielles en psychiatrie et de leur évaluation.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2008/09 ; n° 64 : 11-16

Cote Irdes : C, P49

La psychiatrie française est organisée en secteurs. La population d'un territoire peut avoir recours à une équipe soignante pluridisciplinaire qui prend en charge la prévention, les soins et le suivi des pathologies mentales. Qu'en est-il 40 ans après de politique de sectorisation ? Cette politique de secteur a-t-elle été mise en place ou bien la politique de santé mentale en France est-elle restée hospitalo-centrée plutôt que développée en réseaux dans la cité en s'appuyant sur la continuité des soins ?

► Réformes

41084

ARTICLE

PODEUR (A.)

La loi de modernisation du système de santé : le projet de loi "Hôpital, patients santé territoires".

REGARDS DE LA FHP

2009/01-02 ; n° 61 : 36-40

Cote Irdes : c, P27/1

Cet article présente les grands axes du projet de loi Hôpital patients santé territoires, qui concerne la réorganisation de l'offre de soins dans son ensemble (ville, hôpital, médico-social) avec un souci d'égalité de l'accès aux soins. Les structures de pilotage au niveau régional vont enfin coller au parcours de soins et à la réalité des prises en charge. Les agences régionales de santé sont au coeur du dispositif.

42125

ARTICLE

SUAREZ (C.)

Quelle organisation sanitaire alternative pour le système sanitaire français ?

REVUE DE L'IRES (LA)

2008/4 ; n° 59 : 41-74

Cote Irdes : P178

<http://www.ires-fr.org/IMG/File/R59-2.pdf>

Les éléments d'organisation alternative exposés ici reposent sur un principe stratégique fondamental : la responsabilisation privilégiée des instances politiques dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Il nous paraît en effet essentiel de re-politiser (au sens noble du terme) les enjeux stratégiques d'une politique de santé et de clairement distinguer ce qui est de l'ordre de l'expertise technique de ce qui est de l'ordre du choix politique : quelle stratégie de la santé, quels objectifs, quels moyens, quels résultats escomptés ? Voici donc quelques propositions structurelles à débattre.

► Réseaux de santé

40635

ARTICLE
BUTTARD (A.)

La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2008/09 ; vol. 26 : n° 5 : 283-296, fig.
Cote Irdes : C, P85

L'efficacité du réseau est affirmée par la théorie économique. Pourtant, l'essor du réseau de santé en France reste marginal et très inégal selon les régions et les pathologies prises en charge. Nous soutenons que ce paradoxe est dû aux conditions de son développement dans le système de soins français. Nous partons d'un constat critique qui pointe essentiellement sur le cloisonnement du système de santé. Nous mobilisons ensuite certains fondements théoriques standard et non standard pour dégager les modalités d'une mise en oeuvre pertinente des réseaux de santé. Nous débouchons enfin sur la proposition d'une gouvernance duale pour le réseau : une régulation externe entre la tutelle et l'organisation, sur le mode d'une contractualisation incitative, et une régulation interne sur le mode d'une coopération entre agents, valorisant la confiance et la délibération, précédée néanmoins d'une phase de coercition (Résumé d'auteur).

► Satisfaction des patients

40925

ARTICLE
BLEICH (S.N.), ÖZALTINB (E.), MURRAYC (C.J.L.)

How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience ?

Quel lien existe-t-il entre la satisfaction à l'égard du système de santé et l'expérience des soins vécue par les patients ?

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
2009/04 ; vol. 87 : n° 4 : 271-278, tabl., fig.

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/08-054379.pdf>

L'objectif de cet article est d'étudier ce qui détermine la satisfaction des individus à l'égard du système de santé au-delà de leur expérience en tant que patients. Les données sur

l'aptitude du système de santé à répondre aux attentes, qui portent sur les conditions et l'environnement dans lesquels sont traités les patients lorsqu'ils sollicitent des soins, fournissent une occasion unique de mieux comprendre les déterminants de la satisfaction des individus à l'égard de ce système et dans quelle mesure cette satisfaction est influencée par leur expérience en tant que patients. Ces données ont été obtenues auprès de 21 pays de l'Union européenne dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans le monde de 2003. Des modèles de régression multiple additifs (méthode des moindres carrés ordinaires) ont été utilisés pour évaluer dans quelle mesure des variables couramment associées à la satisfaction à l'égard du système de santé d'après les indications de la littérature peuvent expliquer la variation autour du concept de satisfaction. Une analyse des résidus a servi à identifier d'autres facteurs prédictifs de la satisfaction à l'égard du système de santé. Il existait une association significative entre l'expérience des patients et la satisfaction à l'égard du système de santé, qui expliquait 10,4 % de la variation autour du concept de satisfaction. D'autres facteurs tels que les attentes des patients, l'état de santé, le type de soins et la couverture vaccinale, présentaient également une valeur prédictive importante pour la satisfaction à l'égard du système, même si globalement, ils n'expliquaient que 17,5 % de la variation observée, tandis que des facteurs sociétaux plus larges pouvaient amplement rendre compte de la fraction inexpliquée de cette satisfaction. Contrairement à ce qu'indiquent les rapports publiés, la satisfaction des personnes à l'égard du système de santé dépend plus de facteurs externes à ce système que de l'expérience vécue par ces personnes en tant que patients. La mesure de cette satisfaction devrait donc être d'une utilité limitée comme base pour améliorer la qualité et réformer le système de santé.

► Assurance maladie

39823

ARTICLE
NYMAN (J. A.)

Théorie de l'assurance maladie : le cas du gain perdu en justice sociale

Health insurance theory : the case of missing welfare gain.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/11 ; vol. 9 : n° 4 : 369-380, fig.

Cote Irdes : P151

An important source of value is missing from the conventional welfare analysis of moral hazard, namely, the effect of income transfers (from who purchase insurance and remain healthy to those who become ill) on purchase medical care. Income transfers are containing within the price reduction that is associated with standard health insurance. However, in contrast to the income effects contained within an exogenous price decrease, these income transfers act to shift out the demande for medical care. As a result, the consumer's willingness to pay for medical care increases and the resulting additional consumption is welfare increasing.

39826

ARTICLE
HONEKAMP (I.), POSSENRIEDE (D.)

Redistributive effects in public health care financing.

Effets redistributifs dans le financement public des soins de santé.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/11 ; vol. 9 : n° 4 : 405-416, fig.

Cote Irdes : P151

This article focuses on the redistributive effects of different measures to finance public health insurance. We analyse the implications of different financing options for public health insurance on redistribution of income from good to bad risks and from high-income to low-income individuals. The financing options considered are either income-related (namely income taxes, payroll taxes, and indirect taxes), health-related (co-insurance, deductibles, and no-claim), or neither (flat fee). We show that governments who treat access to health care

as a basic right for everyone should consider redistributive effects when reforming health care financing.

40968

ARTICLE
VAN ROEKEGHEM (F.)

L'assurance maladie : sortie de crise ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 22 : 81-89

Cote Irdes : P168

Notre système de protection sociale est confronté à de réelles difficultés, tenant notamment à l'importance des pathologies lourdes et à la crise financière. Dégradation sensible de la situation de l'assurance maladie au début des années 2000, évolution défavorable de la conjoncture économique, croissance rapide des dépenses de santé ont conduit, en 2003, le Haut Conseil pour l'assurance maladie à dresser un constat alarmiste. Depuis 2004, de nombreux points ont évolué positivement. Toutefois, la soutenabilité de notre système n'est pas complètement acquise. Une politique de soins efficiente, mobilisant toujours plus les marges de manoeuvres qui existent, permet de rendre plus soutenable notre système de protection sociale à l'avenir. Il est de notre devoir de ne pas léguer à nos enfants un système surendetté.

► Comptes de la protection sociale

42052

FASCICULE
BOURGOIS (A.), DUEE (M.), HENNION-AOURIRI (M.), LEBOURG (N.), LEVREY (P.)

Les comptes de la protection sociale en 2007.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/05 ; n° 134 : 126p.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat134.pdf>

En 2007, les dépenses liées à la protection sociale se sont accrues de 3,9 % (hors transferts) en valeur et de 1,9 % en termes réels. Les prestations de protection sociale perçues par les ménages (549,6 milliards d'euros, soit 95 % des dépenses) ont progressé de +3,9 % en euros courants. Elles représentent 29,0 % du PIB. Comme en 2006, les prestations du risque vieillesse-survie, qui représentent la part

la plus importante de l'ensemble des prestations (44,9 % en 2007), sont les plus dynamiques. Les prestations santé ont progressé un peu plus fortement en 2007. À l'inverse, dans un contexte d'amélioration de la situation sur le marché du travail, les dépenses relatives au risque emploi accentuent leur diminution entamée en 2006, et celles relatives au risque pauvreté-exclusion ralentissent nettement.

► Couverture d'entreprise

40981

ARTICLE

RIGAUD (D.), BARON (P.), PIGNAUD (X.)

La prévoyance collective des salariés et la loi Evin.

DROIT SOCIAL

2009/04 ; n° 4 : 465-474

Cote Irdes : P109

En 1989, la loi Evin avait pour objectif d'organiser un corps de règles communes aux trois types d'organismes assureurs (les entreprises d'assurance, les institutions de prévoyance et les mutuelles) en matière d'assurance de la personne et, comme le prévoit son titre de renforcer les garanties offertes aux assurés. Vingt ans après la promulgation de cette loi, certains thèmes sont encore source de contentieux. Plus précisément, les interrogations juridiques se concentrent sur les dispositions relatives aux opérations collectives de prévoyance, au sens large, visant les salariés. Afin de tenter de dresser le panorama le plus complet possible, des thèmes d'actualité sur ces opérations, cet article analyse les conséquences de trois événements essentiels rythmant la vie d'un régime de prévoyance : la souscription d'un contrat d'assurance ex nihilo, la résiliation d'un contrat d'assurance et la rupture du contrat de travail d'un salarié.

GABEL (J. R.), MCDEVITT (R.), LORE (R.), PICKREIGN (J.), WHITMORE (H.), DING (T.)

Trends in underinsurance and the affordability of employer coverage, 2004-2007.

Tendances observées d'une faible couverture sociale et accessibilité économique à la protection sociale d'entreprise 2004-2007.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 4 : w595-w606.

Cote Irdes : P95

Based on simulated bill paying, this paper examines trends in comprehensiveness of coverage, out-of-pocket spending for medical services, underinsurance, and the affordability of employer-based insurance from 2004 to 2007. Data are from MarketScan medical claims and an annual survey of employer health benefits. Health plans covered slightly fewer expenses in 2007 than in 2004, but out-of-pocket spending grew more than one-third because of growth in overall health spending. For people at 200 percent of poverty, the percentage spending more than 10 percent of their income out of pocket on premiums plus services increased from 13 percent to 18 percent

► Couverture sociale

GILMER (T. P.), KRONICK (R. G.)

Hard times and health insurance: how many Americans will be uninsured by 2010?

Récession et assurance maladie : combien d'Américains seront exclus de la couverture maladie en 2010 ?

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 4 : w573-w577.

Cote Irdes : P95

In earlier work we demonstrated that increases in the cost of health care accounted for the decline in insurance coverage from 1979 to 2002. Here we examine whether our model adequately accounts for observed changes in coverage through 2007, and we provide an estimate of the effects of the recession on the number of uninsured Americans through 2010. We project that the number will increase by at least 6.9 million. The estimate does not directly take into account the additional effects of job losses, which are likely to add millions more to the number of uninsured Americans.

► Financement

40903

FASCICULE

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 : numéro spécial.

SEMAINE JURIDIQUE (LA)

2009/01/20 ; vol. : n° 4 : 1030-1037

Cote Irdes : B6660

Ce fascicule spécial présente la loi de financement de la Sécurité sociale 2009 selon les rubriques suivantes : l'équilibre financier de

la sécurité sociale, les mesures en faveur de l'emploi des seniors, les dispositions relatives à l'assurance vieillesse, les dispositions relatives à la branche accidents du travail, les charges et contributions sociales : forfait social, les dispositions relatives à la lutte contre la fraude et à la récupération des prestations indues.

40937

ARTICLE
WANECQ (T.)

Les cotisations sociales, un enjeu économique et financier complexe.

DROIT SOCIAL

2009/03 ; n° 3 : 349-362, tabl., ann.

Cote Irdes : P109

Cet article passe en revue les principales questions économiques soulevées par les cotisations sociales, en spécifiant les enjeux pour chacun des acteurs impliqués.

41408

ARTICLE
GAUTHIER (S.)

Un exercice de TVA sociale.

ECONOMIE ET PREVISION

2009/01 ; n° 187 : 65-81, tabl., ann.

Cote Irdes : B6698

Ce texte s'intéresse aux effets sur l'économie réelle d'une substitution de la TVA à des cotisations sociales dans le cadre d'une politique dite de TVA sociale. La littérature académique retient qu'une telle mesure pourrait parfois se révéler neutre. Pour certains, l'assiette effective de la TVA coïnciderait en effet avec celle des cotisations ; pour d'autres, un argument d'incidence fiscale impliquerait l'inanité de la politique.

41742

ARTICLE
CHAMBARETAUD (S.), HARTMANN (L.)

Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/01-03 ; n° 1 : 31-38, tabl.

Cote Irdes : C, P25

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

Cette synthèse propose de comparer les expériences étrangères en terme de participation financière des patients et d'analyser les mécanismes d'exonération (et leur logique) qui ont été, le cas échéant, institués. Les auteurs ont étudié cinq pays européens qui, tout en étant relativement comparables à la France en terme de développement du système de santé, présentent des caractéristiques particulières au regard des mécanismes de participation financière et de protection des patients : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse.

► Indicateurs de développement humain

39806

ARTICLE
EUZEBY (A.)

Défendre la protection sociale au nom du développement humain.

SOCIÉTAL

2008 ; n° 62 : 107-117

Cote Irdes : P114

Pour évaluer la situation économique et sociale de ses membres, l'Organisation des nations unies (ONU) calcule des indicateurs de développement humain qui entendent dépasser le caractère un peu limitatif du PIB et du PIB par habitant. En utilisant de tels indicateurs, on peut mieux apprécier le rôle des Etats-providence et des systèmes de protection sociale, souvent en situation financière délicate, mais qui ont permis une amélioration des conditions de vie (Résumé de l'auteur).

► Prestations familiales

41606

ARTICLE
JEANDIDIER (B.), RAY (J.C.),
REINSTADLER (A.)

Allocation parentale d'éducation et choix d'activité à temps partiel.

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE

2002 ; vol. 112 : n° 1 : 121-136

Cote Irdes : c, INI 1637

<http://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2002-1-page-121.htm>

L'article porte sur l'analyse des choix d'activité effectués par les parents qui sont éligibles à l'Allocation parentale d'éducation (APE). La

revue de la littérature montre que la plupart des analyses se sont intéressées à l'impact très important, en termes de retrait total des mères hors de l'activité marchande, de la réforme de 1994, réforme qui a consisté à étendre cette allocation aux naissances de rang deux. En revanche, peu d'études ont porté sur le comportement consistant à demander une allocation à taux réduit en poursuivant une activité à temps partiel. C'est sur cet aspect particulier de l'APE que portent nos analyses. En tentant d'identifier les facteurs qui amènent certaines femmes à choisir l'activité à temps partiel avec APE à taux réduit, notre objectif est de tenter de comprendre pourquoi peu de femmes y ont recours. Nos analyses, qui ont porté initialement sur la probabilité de choisir une telle option, s'intéressent ici au nombre d'heures de travail à temps partiel et à la réduction du temps de travail ; elles montrent que quatre déterminants semblent jouer principalement : les coûts de garde, le taux de salaire horaire de la mère, son secteur d'activité et la disponibilité de son conjoint.

► Protection complémentaire

41065

FASCICULE

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

Le chiffre d'affaires des complémentaires santé en 2008.

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

2009/05 ; n° 35 : 6p., tabl., graph.

Cote Irdes : Bulletin français

Le secteur des complémentaires santé tient bon malgré la crise financière. L'édition d'avril de Références, la lettre du Fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU), fait état d'une évolution sensible de ce marché, qui a progressé de 65% depuis 2001 et donc connu un taux de croissance annuel moyen de 7,4%. En 2008, les complémentaires ont connu une augmentation de leur chiffre d'affaires de près de 6% par rapport à 2007. Le nombre total d'organismes s'établit à 876, un chiffre en constante diminution depuis 2000 (48% de moins par rapport à 2001). Cette diminution est due essentiellement à des regroupements d'organismes. On compte 748 mutuelles (57% des parts de marché), 92 sociétés d'assurance (26%) et 36 institutions de prévoyance (18%). Le pé-

riodique constate que les assurances privées ont doublé leur chiffre d'affaires entre 2001 et 2008 (+101,34%), ce qui peut s'expliquer en partie par une augmentation des primes. Face à ces hausses de prix, le Fonds CMU se réjouit de la forte croissance des demandes déposées pour obtenir une attestation d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), et que leur taux d'utilisation progresse de 65 à 75% : « on peut considérer que l'ACS connaît une nouvelle naissance ». Le périodique note par ailleurs que le nombre de bénéficiaires de la CMU semble diminuer en 2008 (-5%) malgré la crise, mais prévoit « un effet retard mécanique » et estime que « ce n'est que lorsque les droits à indemnisation des chômeurs seront épuisés que les dommages de la crise pourraient faire ressentir leurs effets sur le nombre de bénéficiaires de la CMU ». Cette publication note enfin que, pour la première fois depuis la création du parcours de soins, le nombre de bénéficiaires de la CMU ayant déclaré un médecin traitant (84,7%) dépasse légèrement celui des autres assurés sociaux (83,9%).

41559

ARTICLE

LEGAL (R.)

L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France.

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 441-453, 5 tab.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Les assurances complémentaires pèsent de plus en plus dans le paysage de la protection sociale. Dans ce contexte, identifier les préférences individuelles en matière de couverture complémentaire devient une question cruciale, aussi bien pour les organismes complémentaires que pour les pouvoirs publics. Cet article utilise la base de données d'un important assureur santé français et profite des variations interdépartementales exogènes du niveau des primes pour estimer la sensibilité de la demande d'assurance complémentaire au montant de la prime et au contexte local d'offre de soins. Nos résultats montrent que le poids de la contrainte budgétaire semble prépondérant dans le processus de décision de l'assuré. Dès lors, toute augmentation brutale

du niveau des primes aurait des conséquences graves en matière de couverture.

41765

ARTICLE
OR (Z.), CASES (C.)

France: rising taxes on private health insurers.

Taxation en hausse pour les organismes d'assurance maladie complémentaire en France.

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2009 ; n° 12 : 38-40

Cote Irdes : P184

http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/12/New_turnover_tax_for_private_insurers.html

Pour financer la protection sociale, le gouvernement français, a instauré, en 2008, une taxe sur les assurances maladie complémentaires privées. Cet article fait une analyse du dispositif et montre qu'aucune donnée n'est disponible pour l'instant pour évaluer l'impact pour les assurés (augmentation des cotisations...) - The government asked private complementary health insurance funds to pay about 1.1 billion Euros in 2009 to reduce the public health insurance budget deficit that is estimated to reach 4.1 billion € in 2008, and 7.6 billion in 2009. As compensation, complementary insurance funds are offered a place in collective bargaining over fees for health professionals.

▮ Retraite

41179

FASCICULE
BONNET (C.), GERACI (M.)
Institut National d'Etudes Démographiques.
(I.N.E.D.). Paris. FRA

Comment corriger les inégalités de retraite entre hommes et femmes ? L'expérience de cinq pays européens.

POPULATIONS ET SOCIÉTÉS

2009/02; n° 453 : 4p., fig., tabl.

Cote Irdes : C, P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1438/publi_pdf1_453.pdf

La moindre présence des femmes sur le marché du travail ne leur permet d'atteindre que des niveaux de retraite limités par rapport aux hommes. L'évolution des comportements conjugaux, entre autres, conduira un nombre

croissant d'entre elles à vivre isolées à la retraite, sans toutefois être veuves. Leur niveau de vie dépendra alors plus étroitement de leurs droits propres. Afin de corriger les inégalités de retraite entre les hommes et les femmes, cinq pays européens - l'Allemagne, l'Italie, le Royaume Uni, la Suède et la France - semblent limiter les conditions d'octroi de la réversion et développer parallèlement des dispositifs visant au renforcement des droits propres des femmes : le partage des droits à la retraite au sein des couples (le splitting) mais surtout la compensation à la retraite de l'impact des enfants sur les carrières (Résumé d'auteur).

41339

ARTICLE
BENALLAH (S.), DUC (C.), LEGENDRE (F.)
Observatoire Français des Conjonctures
Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA

Faut-il reculer l'âge légal du départ à la retraite ?

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2009/05 ; n° 109 : 101-108

Cote Irdes : P120

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/109/r109-4.pdf>

En 2009, en France, près des trois quarts des prestataires du Régime général d'assurance-vieillesse partent à la retraite à (ou avant) l'âge de 60 ans, l'âge minimum légal d'ouverture de leurs droits. Nous discutons, dans ce travail, les arguments en faveur d'un relèvement de cet âge. Cet article fait également valoir que le recul de l'âge légal est moins satisfaisant, du point de vue de l'équité intra et inter-générationnelle, qu'une règle basée sur une durée d'assurance. Les réformes des retraites de 1993 et de 2003, combinées avec certaines tendances socioéconomiques (âge d'entrée dans la vie active plus tardive, carrières davantage heurtées), devraient ainsi conduire à un important relèvement de l'âge moyen de départ en retraite dans les quinze prochaines années, sans nécessairement passer par un recul de l'âge légal du départ à la retraite (d'après le résumé des auteurs).

41340

ARTICLE

STERDYNIAC (H.)

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

**Retraites : à la recherche de solutions
miracles...**

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2009/05 ; n° 109 : 109-140, tabl.

Cote Irdes : P120

Malgré la réforme de 2003, l'avenir du système français de retraite n'est pas assuré : l'inquiétude persiste tant sur sa soutenabilité financière que sur l'évolution du niveau des retraites ; son équité est mise en doute en raison des disparités entre public et privé ou entre générations ; le taux d'emploi des seniors n'a guère progressé. L'article analyse deux propositions de réforme. Bozio et Piketty proposent d'introduire un système unifié basé sur des comptes individuels notionnels. Certes, son équilibre financier serait automatiquement réalisé, mais au prix d'une forte baisse du taux de remplacement, baisse qui s'accroîtrait avec l'allongement de la durée de vie. Hairault, Langot et Sopraseuth proposent d'introduire de fortes incitations financières (surcote en capital ou cumul emploi-retraite) au report de l'âge de la retraite. Ces propositions prétendent favoriser le libre choix du départ à la retraite et respecter la neutralité actuarielle, mais ne tiennent pas compte des différences d'employabilité et d'espérance de vie des salariés à 60 ans. Elles creuseraient les inégalités entre retraités et ne sont pas compatibles avec le contrat implicite de gestion des carrières. Basant le niveau de la retraite sur des choix individuels, elles dégageraient la société et les entreprises de leurs responsabilités : garantir la parité de niveau de vie entre retraités et salariés, assurer une retraite satisfaisante aux salariés que les entreprises ne veulent plus employer (Résumé de l'auteur).

41554

ARTICLE

BARNAY (T.), BRIARD (K.)

**Carrière incomplète et départ en retraite :
une estimation de l'incidence de l'état de
santé à partir de données individuelles.**

Le marché de la santé : efficience, équité et
gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 345-363, 4 tabl., ann.

Cote Irdes : P57

[http://www.cairn.info/revue-
economique-2009-3.htm](http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm)

Cet article vise à comprendre les comportements d'activité et de liquidation des assurés du régime général de la génération 1940 dont la carrière est incomplète, c'est-à-dire qui ne remplissent pas les critères de durée d'assurance pour bénéficier d'une pension à taux plein. À partir d'une typologie des parcours professionnels et de modèles logistiques, il souligne les liens significatifs entre parcours professionnels, âge de départ en retraite et conditions de liquidation (pension d'inaptitude, d'invalidité, pension normale à taux réduit, au taux plein par l'âge). Il met ainsi en exergue le rôle prépondérant de l'état de santé.

41581

FASCICULE

Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.).
Paris. FRA

**Le pilotage des régimes de retraite. Les
leviers d'actions mobilisés dans les pays
développés.**

LETTRE DU CONSEIL D'ORIENTATION
DES RETRAITES (LA)

2009/06 ; n° 3 : 8p., tabl.

Cote Irdes : c, Bulletin français

[http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1167.
pdf](http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1167.pdf)

La plupart des pays européens ainsi que le Japon et le Canada ont, depuis le début des années 1990, réformé leurs systèmes de retraite. Les Etats-Unis avaient réformé le leur dès 1983. Les réformes ont en général consisté à trouver un compromis entre différents objectifs, principalement la stabilité financière, une meilleure équité intra et intergénérationnelle, une plus grande contributivité des régimes et le maintien d'un système solidaire et régulable sur le long terme. On constate que cinq voies de réforme ont été empruntées, y compris en France, selon des modalités diverses, l'importance accordée aux différents objectifs variant selon les pays étudiés : la recherche de nouvelles ressources et d'économies de prestations à plus long terme, des mesures visant à relever les âges de la retraite, un développement des projections financières et des mécanismes de stabilisation, le développement de régimes de retraite par capitalisation, le développement de dispositifs correcteurs relevant de la solidarité.

► RSA

40718

ARTICLE
DUJOL (J.B.), GRASS (E.)

La construction du Rsa.

DROIT SOCIAL

2009/03 ; n° 3 : 300-307

Cote Irdes : P109

Cet article décrit les objectifs du Rsa, son processus original d'élaboration et ses mécanismes de mise en œuvre.

PRÉVENTION - SANTÉ

► Éducation thérapeutique

40884

GAY (B.), DEMEAUX (J.L.), MARTY (M.L.)

Éducation thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude Ethiccar : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/01 ; vol. 5 : n° 1 : 42-46

Cote Irdes : P198

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en France. L'éducation thérapeutique fait du patient un acteur de sa maladie et permet un meilleur suivi des pathologies chroniques. Les objectifs sont donc de mettre en place une action d'éducation thérapeutique auprès de patients à risque cardiovasculaire en pratique de médecine générale et d'évaluer son impact. Une étude d'intervention randomisée et stratifiée chez des patients à risque cardiovasculaire a été réalisée pour cela. Dans le premier groupe, les médecins déterminent avec le patient les objectifs éducatifs prioritaires et assurent les séances éducatives individuelles. Dans le deuxième groupe, les médecins réalisent le diagnostic éducatif et les patients participent à des ateliers collectifs. Le troisième groupe (témoin) bénéficie du suivi médical usuel. Résultats : Parmi les médecins tirés au sort, 102 ont donné leur accord de participation (taux moyen d'acceptation 31 %). Les médecins ont été formés à la démarche éducative et le matériel éducatif élaboré spécifiquement pour cette action. Les séances éducatives ont été mises en place dans une démarche

de proximité, sous forme de consultations individuelles dédiées assurées par le médecin ou d'ateliers de groupes de patients animés par des éducateurs. Discussion : Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans une perspective de proximité, ce qui nécessite à la fois une formation adaptée et des évolutions structurelles et conceptuelles pour développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire.

40973

ARTICLE
DRAHI (E.)

Et si l'éducation thérapeutique des patients n'étaient pas à sa place ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/02 ; vol. 5 : n° 2 : 52-54

Cote Irdes : P198

Cet article propose des réflexions sur la définition de l'éducation thérapeutique, sur la formation des médecins dans ce domaine et sur la nécessité de l'acquisition de l'autonomie du patient dans le contrôle de sa propre santé.

41664

FASCICULE

Chronic disease management and remote patient monitoring.

Prise en charge de la maladie chronique et télé-surveillance du patient.

EUROHEALTH

2009; vol. 15: n°1 : 1-17

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf

This issue focuses on chronic disease management and remote patient monitoring with six articles discussing policies in Europe and the US. The issue also includes articles on the EU Directive on patients' rights in cross-border health care, the EU Green Paper on the health care workforce, and pharmaceutical policies in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. Finally, country snapshots look at mental health in Norway and long term care insurance in Korea.

41827

ARTICLE

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

Education thérapeutique du patient. Le médecin est-il aussi un éducateur ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/05 ; vol. 5 : n° 5 : 218-224

Cote Irdes : P198

En France, selon les estimations actuelles, 15 millions de personnes, près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques avec un retentissement sur la vie quotidienne considérable. Le « plan santé 2007-2011 », le rapport 2008 sur ce sujet, les innombrables publications de la presse médicale ou grand public, pourraient faire croire à une opération de communication sur des sujets artificiellement « innovants ». Pourtant, les notions sous-jacentes sont presque aussi anciennes que notre médecine : Hippocrate en témoignait déjà. Les seules vraies « nouveautés » sont l'augmentation du nombre et l'allongement de la durée de vie des malades chroniques, mais aussi l'augmentation des conditions chroniques liées à la nouvelle approche de la prévention. Soins et accompagnement à réaliser par les médecins en sont d'autant multipliés et leur prise en charge individuelle de tous les instants devient hors de portée. Il apparaît par ailleurs que l'observance au quotidien des prescriptions médicales passe par l'adhésion des patients aux principes qui en sont le fondement. Cette constatation rejoint le souhait, voire la revendication des patients, d'une médecine qui leur apporte les moyens d'être pleinement responsables de leur santé et de décider en toute connaissance de cause. Il devient ainsi plus clairement admis que la prise en charge « médicale » d'une maladie est d'autant plus efficace que le patient y est impliqué. Tout cela va peut-être sans dire il s'agit de placer le malade au cœur du système de soins mais n'est pas si évident au quotidien.

LEMMENS (K.), STRATING (M.), HUIJSMAN (R.), NIEBOER (A.)

Professional commitment to changing chronic illness care: results from disease management programmes.

Les engagements des professionnels à changer la prise en charge des maladies chroniques : résultats issus des programmes d'éducation thérapeutique.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2009 : vol. 21 : n° 4 : 233-242.

Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: The aim of this exploratory study was to investigate to what extent primary care professionals are able to change their systems for delivering care to chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients and what professional and organizational factors are associated with the degree of process implementation. **DESIGN:** Quasi-experimental design with 1 year follow-up after intervention. **SETTING:** Three regional COPD management programmes in the Netherlands, in which general practices cooperated with regional hospitals. **PARTICIPANTS:** All participating primary care professionals (n = 52). **INTERVENTION:** COPD management programme. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Professional commitment, organizational context and degree of process implementation. **RESULTS:** Professionals significantly changed their systems for delivering care to COPD patients, namely self-management support, decision support, delivery system design and clinical information systems. Associations were found between organizational factors, professional commitment and changes in processes of care. Group culture and professional commitment appeared to be, to a moderate degree, predictors of process implementation. **CONCLUSIONS:** COPD management was effective; all processes improved significantly. Moreover, theoretically expected associations between organizational context and professional factors with the implementation of COPD management were indeed confirmed to some extent. Group culture and professional commitment are important facilitators.

► Santé bucco-dentaire

42020

ARTICLE

DEVOUE (E.M.)

Arbitrage entre prévention et soins curatifs dentaires.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/12 ; vol. 26 : n° 8 : 419-430, rés., tabl.

Cote Irdes : C, P85

Il existe en France de fortes inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire. L'objectif du présent article est d'analyser les arbitrages des agents économiques entre prévention et soins curatifs bucco-dentaires à l'aide d'une étude d'économie expérimentale et de voir l'importance de la politique de pré-

vention. L'échantillon de l'étude est composé de jeunes étudiants (2ème et 3ème année de licence sciences économiques). Les résultats de l'étude d'économie expérimentale montrent que nos hypothèses de départ sont vérifiées. Nous constatons que 86,4% des individus ont volontiers recours à la prévention secondaire. Cette étude révèle que le recours à la prévention apparaît important pour les jeunes. Elle montre la légitimité des interventions au profit d'actions préventives et pas seulement curatives. La prévention permet de réduire les dépenses pour les soins curatifs.

► Obésité

41573

ARTICLE

FRANC (C.), RENARD (E.), LE VAILLANT (M.), PELLETIER-FLEURY (N.)

La perception par les pédiatres des contraintes économiques : quelle incitation dans la prise en charge de l'obésité infantile ?

Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 507-520, 3 tabl.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-2.htm>

Le dépistage précoce et la prévention sont essentiels dans la prise en charge de l'obésité infantile. L'approche « santé publique » a élargi le champ de l'analyse économique à l'étude de l'offre de prévention : le rôle des médecins est central particulièrement pour la fourniture de prévention secondaire (dépistage). Il s'agit alors de comprendre quels incitatifs peuvent encourager les médecins ou pédiatres à intervenir activement dans la prise en charge de l'obésité infantile. Ce travail propose d'étudier les perceptions qu'ont les pédiatres des contraintes économiques auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique de routine en les analysant au regard de leurs différents profils que nous avons construits sur la base de leurs connaissances, attitudes, croyances et pratiques en matière de prise en charge de l'obésité de l'enfant. Il en tire des conséquences sur des incitatifs (pas nécessairement économiques) qu'il faudrait mettre en place pour améliorer la prise en charge au quotidien de cette affection chronique.

► Consommateurs de soins

41544

ARTICLE

LE PEN (C.)

Patient ou personne malade ? les nouvelles figures du consommateur de soins.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 257-271

Cote Irdes : R1746, P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

À l'encontre de l'idée traditionnelle d'un consommateur de soins à la souveraineté atténuée, nous montrons que ce dernier n'est ni aussi ignorant ni aussi dénué de raison que le suppose le modèle tutélaire de l'économie de la santé. Cela tient pour une part à son meilleur niveau d'information, mais aussi à la chronicisation de la maladie qui amènent à un effacement des frontières traditionnelles entre le normal et le pathologique. L'économie de la santé voit donc s'affirmer la figure d'un consommateur rationnel, informé et actif, qui revendique l'exercice de l'autonomie et de la responsabilité que lui reconnaît désormais la Loi et qui cherche à s'insérer dans un jeu institutionnel où il n'avait jusqu'à présent guère de place. Et il n'y a plus que l'impératif d'équité, limitant sa responsabilisation financière, qui empêche sa transformation en consommateur souverain de plein exercice.

► Coûts de la maladie

39727

ARTICLE

GUICHARD (C.), SULTAN TAIEB (H.), PEDEN (A.), BEJEAN (S.)

Le Mildac, un médicament source d'économie pour l'Assurance Maladie ?

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/05 ; vol. 26 : n° 3 : 141-158, rés., tabl.

Cote Irdes : C, P85

Cette étude a deux objectifs. Le premier est la comparaison, du point de vue de l'Assurance Maladie, du coût par patient de la prise en charge des troubles dépressifs mineurs par antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la récapture (IRS) versus une prise en charge par Mildac. Le deuxième objectif porte sur une étude des coûts évités par l'Assurance Mala-

die d'une prescription plus systématique du Mildac, par une méthode de généralisation du coût par patient à la population cible française. A partir de données statistiques de la littérature économique et médicale et d'un modèle de calcul du coût moyen de la prise en charge des troubles dépressifs mineurs (coût des médicaments et des consultations), une analyse comparative du coût du traitement par IRS et par Mildac est menée pour l'année 2004. Une analyse de sensibilité est réalisée sur les principales hypothèses de calcul : fréquence du suivi médical, durée du traitement et taux de substitution entre Mildac et IRS. Le coût total des troubles dépressifs mineurs pour l'Assurance Maladie en 2004 est estimé à 71,5 millions d'euros. Dans ce cadre, une substitution des traitements par Mildac aux antidépresseurs IRS entraînerait une diminution des dépenses comprise entre 35,5% et 64% du budget de l'Assurance Maladie consacré aux prises en charge par IRS (Résumé d'auteur).

MOLINIER (L.), BOCQUET (H.), BONGARD (V.), FRAYSSE (B.)

The economics of cochlear implant management in France: a multicentre analysis.

Coût des implantations cochléaires en France : une analyse multicentrique.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 10 : n° 3 : 347-355.

Cote Irdes : P151

This study assessed the direct medical cost of cochlear implantation in children and adults in France. A prospective multicentre study involving 19 French University Hospitals included 268 children and 201 adults who were severely to profoundly hearing-impaired. Medical resources utilisation included diagnostic tests, in-patient care, device implants, adverse events and follow-up visits for rehabilitation in the 1st year. The mean costs were <euro>34,686 per child and <euro>31,946 per adult. The cost of device implant represents 64.4% and 68.8% of the total cost for children and adults, respectively. The current reform of financing of the healthcare system requires detailed knowledge of the costs of interventions, hence the costs of cochlear implantation should be factored into resource allocation decisions. Differences in our results compared to other studies can be explained mostly by methodological differences in cost analyses.

RESCH (A.), WILKE (M.), FINK (C.)

The cost of resistance: incremental cost of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in German hospitals.

Coût de la résistance aux antibiotiques : coût marginal de la résistance du staphylocoque doré à la méthicilline dans les hôpitaux allemands.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 10 : n° 3 : 287-297.

Cote Irdes : P151

Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) is a significant problem in many healthcare systems. In Germany, few data are available on its economic consequences and, so far, no study has been performed using a large sample of real-life data from several hospitals. We present a retrospective matched-pairs analysis of mortality, length of stay, and cost of MRSA patients based mainly on routine administrative data from 11 German hospitals. Our results show that MRSA patients stay in hospital 11 days longer, exhibit 7% higher mortality, are 7% more likely to undergo mechanical ventilation, and cause significantly higher total costs (<euro> 8,198).

SCHROEDER (E. A.), PETROU (S.), BALFOUR (G.), EDAMMA (O.), HEATH (P. T.)

The economic costs of Group B Streptococcus (GBS) disease: prospective cohort study of infants with GBS disease in England.

Les coûts économiques des maladies à streptocoque de type B : étude prospective à partir d'une cohorte d'enfants souffrant de la maladie à streptocoque de type B en Angleterre.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 10 : n° 3 : 275-285.

Cote Irdes : P151

The objective of this study was to estimate the economic costs over the first 2 years of life of Group B Streptococcus (GBS) disease occurring in infants less than 90 days of age. A cost analysis was conducted using a prospective cohort of children born between 2000 and 2003 in the Greater London, Oxford, Portsmouth and Bristol areas of England. Unit costs were applied to estimates of the health and social resource use made by 138 infants diagnosed with GBS disease and 305 non-GBS controls matched for birth weight and hospital stay and time of birth. The health and social care costs for infants exposed to GBS disease

were analysed in a multiple linear regression model. The mean health and social care cost over the first 2 years of life was estimated at pound11,968.9 for infants with GBS, compared to pound6,260.7 for the non-GBS controls; a mean cost difference of pound5,708.1 (bootstrap 95% CI pound2,977.1, pound8,391.2, P=0.03). After adjusting for gestational age and other potential confounders in a multiple linear regression, mean societal costs was pound 6,144.7 higher among GBS cases than among non-GBS controls (P<0.001). This study shows that the health and social care costs for infants with GBS disease is, on average, two-fold higher during the first 2 years of life than for infants without GBS disease. These data should be used to inform policy decisions regarding the cost-effectiveness of prevention and treatment strategies for GBS disease during early childhood.

2009/07; vol. 10 : n° 3 : 243-254

Cote Irdes : P151

The determinants for per capita general practitioner (GP) public expenditure across Danish municipalities are analysed using data from the period 1997–2004. Heterogeneity and dependency across years are controlled for. Spatial spillover effects across municipalities are investigated in order to disclose the spatial dynamics of public GP expenditure. The results reveal substantial heterogeneity and dependency across time, as well as the presence of a significant spatial spillover effect. The effects of determinants are seriously over-estimated if such features are ignored. The spatial coefficient is strongly significant and suggests that there is an indirect effect on expenditure of non-observable variables that are geographically concentrated.

► Dépenses de santé

41794

ARTICLE , INTERNET
Agence Fédérale d'Information Mutualiste.
(A.F.I.M.). Paris. FRA

Lorsque la dépense remboursée par le régime obligatoire augmente, le reste à charge des assurés diminue-t-il ? Une étude de la Mutualité contredit les idées reçues.

REVUE DE PRESSE DE L'AFIM
2009/07/19 ; n° 3515 : 2-4, tabl., graph.
Cote Irdes : Bulletin français

Contrairement à une idée couramment véhiculée, lorsque le niveau des dépenses remboursées par le régime obligatoire augmente, le reste à charge pour les complémentaires et les assurés augmente également. C'est ce que démontre une étude de la Mutualité française menée au niveau départemental à partir des données du Système national d'informations inter-régimes d'assurance maladie (Sniiram).

41819

ARTICLE
BECH (M.), LAURISDEN (J.)

Exploring spatial patterns in general practice expenditure.

Explorations des caractéristiques spatiales dans les dépenses en médecine générale.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

► Dépenses pharmaceutiques

41736

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

Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme.

POINTS DE REPERE
2008/12 ; n° 24 : 1-12
Cote Irdes : C, S36

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_asthme1.pdf

Cette étude a pour but de décrire les modalités de recours, en 2007, aux médicaments antiasthmatiques pour les personnes relevant du régime général. Ses résultats confirment que l'asthme représente un enjeu majeur de santé publique, tant du point de vue de la qualité de vie des patients que des conséquences médicales ou économiques engendrées par un contrôle insuffisant de la maladie. Il semble établi aujourd'hui que des actions d'éducation des patients asthmatiques conduisent à améliorer la perception qu'ils ont de leur maladie, et par suite favorisent une meilleure observance des traitements.

41770

FASCICULE

Les économies sur les médicaments en 2008 : l'éclairage de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2009/06/25 ; n° 663 : 9p., tab.

Cote Irdes : P72

http://www.securite-sociale.fr/comprendre/dossiers/comptes/2009/ccss200906_fic-10-5.pdf

La Commission des comptes de la Sécurité sociale vient de publier dans son dernier rapport sur les comptes de la Sécurité sociale une fiche thématique consacrée aux économies réalisées sur le médicament en 2008. Cet article reprend les points essentiels contenus dans ce document.

41821

ARTICLE

GARCIA-GONI (M.), IBERN (P.), INORIZA (J.M.)

Hybrid risk adjustment for pharmaceutical benefits.

Gestion des risques multiples pour les profits de l'industrie pharmaceutique.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2009/07 ; vol. 10 : n° 3 : 299-308, tabl.

Cote Irdes : P151

This paper analyses the application of hybrid risk adjustment versus either prospective or concurrent risk adjustment formulae in the context of funding pharmaceutical benefits for the population of an integrated healthcare delivery organisation in Catalonia during years 2002 and 2003. We apply a mixed formula and find that, compared to prospective only models, a hybrid risk adjustment model increases incentives for efficiency in the provision for low risk individuals in health organisations, not only as a whole but also within each internal department, by reducing within-group variation of drug expenditures.

► Forfait soins

42167

ARTICLE

Réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD : l'expérimentation annoncée pour octobre 2009.

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

2009/09/03 ; n° 385 : 7

Cote Irdes : P29/2

L'expérimentation de réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD (Etablissement pour personnes âgées dépendantes) vient de voir ses conditions de réalisation détaillée par une circulaire conjointe DSS/DGS/CNSA du 8 août 2009. Sa diffusion avait été précédée, en juillet, par la remise du rapport de Pierre-Jean Lancry.

ÉTAT DE SANTÉ

► Accidents de la circulation

CONSTANT (A.), SALMI (L. R.), LAFONT (S.), CHIRON (M.), LAGARDE (E.)

Road casualties and changes in risky driving behavior in France between 2001 and 2004 among participants in the GAZEL cohort.

Accidents de la route et changements intervenus dans les comportements de conduite à risque en France entre 2001 et 2004 chez les participants de la cohorte GAZEL.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2009 : vol. 99 : n° 7 : 1247-1253.

Cote Irdes : P36

OBJECTIVES: We investigated behavioral changes in a large cohort of drivers to identify underlying causes of the decline in road casualties in France. METHODS: In 2001 and 2004, 11,240 participants used self-administered questionnaires to report attitudes toward road safety and driving behaviors. Injury road traffic collisions were recorded from 2001 to 2005 through the cohort's annual questionnaire. RESULTS: Between 2001 and 2004, speeding and cell phone use decreased concomitantly with a decrease in injury road traffic collision rates among participants. Re-

ported driving while sleepy remained unchanged and driving while alcohol intoxicated was reported by a higher proportion in 2004 than in 2001. Decreases in speeding between 2001 and 2004 were strongly linked with positive attitudes toward road safety in 2001. CONCLUSIONS: In this cohort, speeding and using a cell phone while driving decreased over the 2001 to 2004 period concomitantly with increases in traffic law enforcement and a dramatic decline in road mortality in France. However, the deterrent effect of traffic enforcement policies may have been reduced by negative attitudes toward traffic safety and having had a history of traffic penalty cancellations

D Alcoolisme

41073

ARTICLE

Alcoolodépendance : après le sevrage. Première partie.

REVUE PRESCRIRE

2009/04 ; n° 306 : 270-273

Cote Irdes : P80

Les patients alcoolodépendants ayant réussi leur sevrage, c'est-à-dire à être abstinents pendant quelques jours, sont souvent confrontés à la difficulté de contrôler leur consommation d'alcool à long terme. La première partie de cet article présente les données qui justifient de viser l'abstinence, ou parfois la sobriété.

41074

ARTICLE

Alcoolodépendance : après le sevrage. Deuxième partie.

REVUE PRESCRIRE

2009/04 ; n° 306 : 274-278

Cote Irdes : P80

Les patients alcoolodépendants ayant réussi leur sevrage, c'est-à-dire à être abstinents pendant quelques jours, sont souvent confrontés à la difficulté de contrôler leur consommation d'alcool à long terme. Cette deuxième partie aborde les différents modes de soutien psychosocial.

D Cancers

39318

ARTICLE

BELOT (A.), GROSCLAUDE (P.), BOSSARD (N.), JOUGLA (E.), BENHAMOU (E.), DELAFOSSE (P.), GUIZARD (A.V.), MOLINIE (F.), DANZON (A.), BARA (S.), BOUVIER (A.M.), TRETARRE (B.), BINDER FOUCARD (F.), COLONNA (M.), DAUBISSE (L.), HEDELIN (G.), LAUNOY (G.)

Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005.

Incidence et mortalité des cancers en France durant la période 1980-2005.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2008/06 ; vol. 56 : n° 3 : 143-157, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : C, P11

Notre étude avait pour objectif d'estimer les tendances de l'incidence et de la mortalité des cancers en France sur la période 1980-2005. Vingt-cinq localisations cancéreuses ont été analysées. Les données d'incidence sur la période 1975-2003 ont été collectées par 17 registres départementaux, couvrant environ 16% de la population. Les données de mortalité sur la période 1975-2004 ont été fournies par l'Inserm. L'estimation de l'incidence nationale a été basée sur l'utilisation de la mortalité comme corrélat de l'incidence, la mortalité étant disponible au niveau départemental et national. Les données d'incidence et de mortalité observées ont été modélisées à partir d'un modèle âge-cohorte incluant un terme d'interaction. En 2005, le nombre de nouveaux cas a été estimé à 320 000, traduisant une augmentation de 89% depuis l'année 1980. Cette augmentation était due presque pour moitié aux changements démographiques. La part restante était largement expliquée par l'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate chez l'homme et du cancer du sein chez la femme. Le taux d'incidence standardisé selon l'âge pour la population mondiale a augmenté de 39%. Le nombre de décès a été estimé à 146 000 en 2005, traduisant une augmentation de 13% depuis 1980. Cette augmentation du nombre de décès est très inférieure à celle prévue par les changements démographiques (37%). Le taux de mortalité standardisé selon l'âge a diminué de 22%. Cette décroissance a été plus importante de 2000 à 2005 pour les deux sexes. L'incidence et la mortalité des cancers liés à l'alcool ont continué à diminuer chez l'homme. L'incidence et la mortalité du cancer du poumon

chez la femme ont continué à augmenter : ce cancer était la deuxième cause de décès par cancer chez la femme. L'incidence du cancer du sein a augmenté régulièrement alors que la mortalité a diminué depuis la fin des années 1990. Ces nouvelles estimations portant sur la période 1980-2005 confirment la divergence importante entre les tendances d'incidence et de mortalité par cancer en France. Cette divergence s'explique par l'effet combiné de la diminution de l'incidence des cancers les plus agressifs et l'augmentation de l'incidence des cancers de meilleur pronostic, cette augmentation étant liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales, entraînant des diagnostics précoces.

41055

FASCICULE
LAUNOIS (G.)

Cancers : la cause de l'augmentation du nombre de cas en France.

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE

2009/04 ; n° 4 : 1-4, fig.

Cote Irdes : c, Bulletin français

http://www.iresp.net/imgs/publications/090420100348_qspnumero4--inciden.pdf

Le nombre de cancers a doublé entre 1980 et 2008 en France, alors que la mortalité par cancer ne cesse de diminuer. Grâce aux 21 registres de cancer, coordonnés par le réseau FRANCIM, 20 % à 25 % des nouveaux cas sont enregistrés et des estimations nationales régulières peuvent être fournies. Près de la moitié de l'augmentation du nombre de cas de cancers est due à l'augmentation de la population française et à son vieillissement. Si l'on prend en compte ces évolutions, l'augmentation du nombre de cas est d'abord due aux modifications des pratiques de soins : développement des techniques d'imagerie diagnostique et surtout extension des dépistages. Pour certains cancers, la question de la pertinence de la pratique actuelle de dépistage doit néanmoins être posée.

► Canicule

41803

ARTICLE

Vague de chaleur 2003 ; bilan définitif en France.

Environnement et santé : mieux comprendre, pour mieux agir.

REVUE PRESCRIRE

2009/08 ; n° 310 : 587-589, tabl., graph.,

Cote Irdes : P80

La surmortalité observée en France métropolitaine au mois d'août 2003 n'a été suivie, dans les mois suivants et jusqu'à la fin de l'année, ni d'une surmortalité, ni d'une sous-mortalité. L'espérance de vie à la naissance a stagné en 2003. L'analyse des causes médicales de décès dans la population générale durant la vague de chaleur 2003, et celles des facteurs de risque de décès des personnes âgées, apportent des informations complémentaires sur les personnes à risque en période caniculaire.

► Comportement alimentaire

41557

ARTICLE

BOIZOT-SZANTAI (C.), ETILE (F.)

Le prix des aliments et la distribution de l'indice de masse corporelle des Français.

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 413-440, 5 tab.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique>

Cet article étudie l'effet des prix de vingt-trois catégories d'aliments sur la distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) de la population adulte française, à l'aide des données de scanner du panel de ménages TNS-WorldPanel. Les résultats de régressions quantiles indiquent que l'IMC des femmes à risque pour le surpoids ou l'obésité a une élasticité négative aux prix des fromages, des huiles, des pâtisseries et desserts, et des plats préparés. L'IMC des hommes à risque pour le surpoids a une élasticité négative aux prix des boissons non alcoolisées (hors eau) et des plats préparés. Si des politiques de prix visant simultanément plusieurs catégories de produits pourraient avoir des effets significatifs, nos résultats doivent donc être utilisés avec la plus grande prudence. En effet, l'inobservabilité de variables importantes, comme l'activité physique des individus, pourrait biaiser les résultats.

D Drogues

39890

ARTICLE

APAIRE (E.), Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (Mildt). Paris.

NORDMANN (R.) / disc., TUBIANA (M.) / disc., HENRION (R.) / disc., DUBOIS (G.) / disc., HILLEMAND (B.) / disc., DUBOIS (F.) / disc., DREUX (C.) / disc., LAUNOIS (B.) / disc.

Quelle est la situation des drogues et de leurs modes de consommation dans notre pays ? Discussion.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2008 ; vol. 192 : n° 2 : 261-274

Cote Irdes : P76

Après avoir rappelé les traits caractéristiques de la situation des drogues en France et des tendances de leur consommation, le Président de la MILDT évoque les grandes orientations qu'il souhaite donner à l'action publique pour les quatre prochaines années, qu'il s'agisse de la prévention, des soins, de l'application de la loi ou de la recherche. La mise en oeuvre de ces différents leviers a pour finalité de diminuer la consommation de l'ensemble des drogues afin d'en réduire significativement les conséquences négatives pour la société, aussi bien en termes de mortalité et de morbidité qu'en termes de dommages familiaux et sociaux. Dans la dernière partie de son intervention, le Président de la MILDT décrit les instruments de politique publique permettant de mettre en oeuvre ces orientations et souligne le rôle central de la MILDT dans la construction et la coordination de ces instruments.

41665

FASCICULE

LEGLEYE (S.), SPIKA (S.), LE NEZET (O.), LAFFITEAU (C.)

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

Les drogues à 17 ans : résultats de l'enquête Escapad 2008.

TENDANCES OFDT

2009/06 ; n° 66 : 4p.

Cote Irdes : Bulletin français

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

Les jeunes consomment plus de drogues dites « rares » (cocaïne, amphétamines, héroïne,

poppers), mais ont diminué leur consommation de cannabis et de tabac. Dans des proportions moindres l'alcool - hors ivresses - est également en régression. Tels sont les constats effectués par l'OFDT dans l'enquête ESCAPAD menée chez les 40 000 jeunes de 17 ans participant aux journées d'appel de préparation à la défense. L'augmentation de l'expérimentation des drogues rares triplent entre 2000 et 2008 pour atteindre des taux de 3% et correspondrait à un rattrapage des chiffres français qui s'aligneraient sur les chiffres des pays européens environnants.

41698

ARTICLE

BECK (F.), LEGLEYE (S.), MAILLOCHON (F.), DE PERETTI (G.)

La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005.

Numéro thématique. Femmes et addictions.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2009/03/10 ; n° 10-11 : 90-93

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/BEH/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf

Objectifs - Évaluer l'influence du genre sur les usages de substances psychoactives parmi les adultes en France, suivant le niveau d'éducation, le statut face à l'emploi, la profession et catégorie sociale. Méthode - Le Baromètre santé 2005 est une enquête téléphonique nationale représentative des 12-75 ans suivant un sondage à deux degrés (ménages, individus) incluant les téléphones portables. Cette étude est centrée sur les 24 674 individus âgés de 18 à 64 ans. Les données ont été analysées à l'aide de régressions logistiques ajustées sur l'âge et trois indicateurs de situation sociale. Résultats - Les niveaux d'usage sont plus élevés parmi les hommes. Pour les deux sexes, une surconsommation de tabac est liée au chômage. La consommation d'alcool et l'ivresse alcoolique sont plus communes parmi les hommes sans emploi, mais pas parmi les femmes, chez qui la consommation d'alcool, l'ivresse et le cannabis sont plus fréquents chez les cadres que chez les ouvriers, ce qui n'est pas le cas pour les hommes. Des résultats similaires sont observés pour le niveau de diplôme, associé à des consommations plus élevées d'alcool, des ivresses plus fréquentes et un usage de cannabis plus répandu parmi les femmes, mais moins élevé parmi les hommes. Par conséquent, pour

ces usages, les écarts entre les hommes et les femmes diminuent avec l'élévation du milieu social, quel que soit l'indicateur retenu. Conclusion - Les hommes sont généralement plus consommateurs de drogues que les femmes, mais l'ampleur de la différence varie suivant le milieu social : lorsqu'ils occupent des positions plus favorables, les hommes tendent à adopter des comportements d'usages plus raisonnables, tandis que les femmes ont tendance à les «masculiniser» (résumé d'auteur).

▮ Incapacité

GANNON (B.)

The influence of economic incentives on reported disability status.

L'impact des incitations économiques sur l'état d'incapacité déclaré.

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 7 : 743-759.

Cote Irdes : P173

Self-reported disability status is often relied upon in labour force participation models, but this may be reported with error for economic or psychological reasons and can lead to a bias in the effect of disability on participation. In this paper, we explore the possibility that reported limitations in daily activities are mis-reported, in particular for those who define their labour force status as disabled/ill, and assess if economic incentives influence this group to mis-report. The main questions we wish to address therefore are: (1) was there state-dependent reporting error and did economic incentives play a role, and (2) did this change over the years 1995-2001? Using a generalised ordered response model, we compute cleansed measures of disability that correspond to predicted responses individuals would have made if employed. Unobserved differences between the employed and non-employed may exist; therefore, we control for this via correlated random effects. The results indicate that the disabled/ill group did over-report and the difference between actual and predicted probabilities only marginally changed between 1995 and 2001. The extent of this measurement error is lower once we control for unobserved heterogeneity.

▮ Maladie d'Alzheimer

41441

ARTICLE

DARTIGUES (J.-F.), HELMER (C.), BERR (C.), JOEL (M.-E.), LAVALLART (B.), PIN LE CORRE (S.), VINCENT (I.), GUILLAUMOT (P.), PUYOULET (F.), ANDRIEU (S.), GRAND (A.), VELLAS (B.), SCODELLARO (C.), DEROCHE (C.), DUBOIS (B.), ROBERT (P.), PONCET (M.)

Dossier : La maladie d'Alzheimer.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2008/12 ; n° 65 : 13-48, fig, tabl.

Cote Irdes : C, P49

La maladie d'Alzheimer est devenue un problème majeur de santé publique et une priorité nationale pour le président de la république, Nicolas Sarkozy. C'est aussi, selon une récente étude de l'INPES, la crainte numéro un des Français après 50 ans en matière de santé, devant le cancer. Toujours selon la même étude, cette crainte serait surtout liée au fait que les Français, et même leurs médecins ne comprennent pas clairement ce qu'est la maladie d'Alzheimer. C'est donc le moment de faire le point sur ce problème de santé publique.

▮ Mortalité

KRONICK (R.)

Health insurance coverage and mortality revisited.

La couverture maladie et la mortalité revisitées.

HEALTH SERVICES RESEARCH

2009 : vol. 44 : n° 4 : 1211-1231.

Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To improve understanding of the relationship between lack of insurance and risk of subsequent mortality. DATA SOURCES: Adults who reported being uninsured or privately insured in the National Health Interview Survey from 1986 to 2000 were followed prospectively for mortality from initial interview through 2002. Baseline information was obtained on 672,526 respondents, age 18-64 at the time of the interview. Follow-up information on vital status was obtained for 643,001 (96 percent) of these respondents, with approximately 5.4 million person-years of follow-up. STUDY DESIGN: Relationships between insurance status and subsequent

mortality are examined using Cox proportional hazard survival analysis. PRINCIPAL FINDINGS: Adjusted for demographic, health status, and health behavior characteristics, the risk of subsequent mortality is no different for uninsured respondents than for those covered by employer-sponsored group insurance at baseline (hazard ratio 1.03, 95 percent confidence interval [CI], 0.95-1.12). Omitting health status as a control variable increases the estimated hazard ratio to 1.10 (95 percent CI, 1.03-1.19). Also omitting smoking status and body mass index increases the hazard ratio to 1.20 (95 percent CI, 1.15-1.24). The estimated association between lack of insurance and mortality is not larger among disadvantaged subgroups; when the analysis is restricted to amenable causes of death; when the follow-up period is shortened (to increase the likelihood of comparing the continuously insured and continuously uninsured); and does not change after people turn 65 and gain Medicare coverage. CONCLUSIONS: The Institute of Medicine's estimate that lack of insurance leads to 18,000 excess deaths each year is almost certainly incorrect. It is not possible to draw firm causal inferences from the results of observational analyses, but there is little evidence to suggest that extending insurance coverage to all adults would have a large effect on the number of deaths in the United States.

▮ Santé perçue

SNELGROVE (J W), PIKHART (H), STAFFORD (M)

A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey.

Une analyse multiniveau du capital social et de la santé perçue à partir de l'enquête panel ménage menée en Angleterre.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2009 : vol. 68 : n° 11 : 1993-2001.

Cote Irdes : P103

Social capital is often described as a collective benefit engendered by generalised trust, civic participation, and mutual reciprocity. This feature of communities has been shown to associate with an assortment of health outcomes at several levels of analysis. The current study assesses the evidence for an association between area-level social capital and individual-level subjective health. Respondents participating in waves 8 (1998) and 9 (1999) of the British Household Panel Survey were identified and followed-up 5 years la-

ter in wave 13 (2003). Area social capital was measured by two aggregated survey items: social trust and civic participation. Multilevel logistic regression models were fitted to examine the association between area social capital indicators and individual poor self-rated health. Evidence for a protective association with current self-rated health was found for area social trust after controlling for individual characteristics, baseline self-rated health and individual social trust. There was no evidence for an association between area civic participation and self-rated health after adjustment. The findings of this study expand the literature on social capital and health through the use of longitudinal data and multilevel modelling techniques.

▮ Travail et santé

39384

ARTICLE

DURAND (E.), MULLER (M.), MAIRIAUX (P.), et al.

Évaluer et planifier : définir les politiques de santé au travail.

La santé au travail : enjeux pour la santé publique.

SANTE PUBLIQUE

2008/05-06 ; vol. 20 : supp.3 : 5151-5201

Cote Irdes : C, P143

Grâce aux contributions des chercheurs et professionnels de santé publique ou d'autres disciplines, ce supplément de la revue «santé publique» présente une réflexion globale sur la santé au travail, en examinant l'impact du travail sur la santé, les méthodologies et outils disponibles pour mesurer la santé au travail, le nouveau défi que représentent les risques psycho-sociaux, ainsi que les actions et politiques développées pour la prévention des risques et la promotion de la santé au travail. Cette dernière section tente de faire le lien entre les mesures et intervention présentées dans les deux sections précédentes, avec les politiques de santé au travail. Un premier exemple concerne les addictions au travail, problème dont la prise en charge fait appel à des considérations sanitaires mais aussi éthiques et juridiques. La question de la promotion de la santé au travail est ensuite posée, avec notamment l'importance de l'adhésion de tous les acteurs de l'entreprise au programme de promotion. L'examen des politiques de santé au travail met à jour la manière dont les questions relatives à la santé des travailleurs sont

soumises à des modalités d'élaboration de compromis entre administrations et représentants des employeurs et des employés qui rendent peu visibles les maladies professionnelles. Enfin, la santé au travail est aussi un élément de politique internationale, comme dans le cas du programme européen REACH, avec ses logiques de décision et ce qu'elles disent de la prévention des risques et la responsabilisation des industriels.

39964

ARTICLE

BUE (J.), COUTROT (T.), GUIGNON (N.), SANDRET (N.)

Les facteurs de risques psychosociaux au travail : une approche quantitative par l'enquête Sumer.

Dossier «Santé et travail».

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2008/04-09 ; n° 2-3 : 45-70

Cote Irdes : C, P59

Cet article présente des éléments de quantification statistique de certains des principaux facteurs de risques psychosociaux au travail susceptibles d'entraîner une dégradation de la santé mentale et physique des salariés. Trois indicateurs de ces risques sont identifiés dans l'enquête Sumer (constat sur des expositions des salariés aux principaux risques professionnels) : les agressions de la part du public, la violence morale au travail (comportements hostiles s'inscrivant dans la durée) et le job strain, analysé par le modèle de Karasek. Au-delà des limites de toute enquête déclarative, les résultats mettent en lumière le rôle prépondérant des caractéristiques de l'organisation du travail (contraintes hiérarchiques, manque de moyens, contraintes de rythme...) dans la survenue des facteurs de risques psychosociaux, ainsi que l'effet protecteur que représente le soutien social sur le lieu de travail.

41285

FASCICULE

ROCHEFORT (T.), HELARDOT (V.), DAUBAS-LETOURNEUX (V.) et al.

La santé à l'épreuve du travail.

MOUVEMENTS DES IDEES ET DES LUTTES

2009/06 ; n° 58 : 190p.

Cote Irdes : A3872

Ce numéro de Mouvement souhaite en finir avec cette relégation politique, à gauche, du travail, de son contenu, de ses modes d'organisations et de leurs conséquences dans le prolongement du chantier ouvert récemment sur le site de la revue. Pour cela, il s'agit de rouvrir la discussion sur le travail, y compris en interrogeant les relations qu'entretient ce dernier avec le consumérisme consubstantiel au productivisme. Les perspectives scientifiques rassemblées ici y contribuent, qui interrogent de près les évolutions du contenu du travail et leurs conséquences sur les vies humaines. Les initiatives syndicales, artistiques y contribuent également, dès lors qu'elles permettent de libérer la parole sur le travail et la place qu'il occupe, avec ses ambivalences et ses contradictions, dans la vie quotidienne de chacun d'entre nous. Car indéniablement, restituer aux travailleurs leur pouvoir d'agir passe par la libération de cette parole dans des cadres collectifs.

41409

ARTICLE

AFSA (C.), GIVORD (C.)

Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers.

ECONOMIE ET PREVISION

2009/01 ; n° 187 : 83-103, tabl., ann.

Cote Irdes : B6698

Souvent négligées par la littérature économique, les conditions de travail sont susceptibles d'influencer les comportements d'activité. Cette étude s'intéresse en particulier à leur impact sur les absences pour maladie. Le modèle théorique développé dans une première partie suggère deux effets contradictoires : de mauvaises conditions de travail dégradent l'état de santé et accroissent les absences pour maladie, mais l'absentéisme peut être inversement freiné par un effet salaire, si les conditions de travail défavorables sont compensées par un salaire plus élevé. L'évaluation empirique, dans le cas spécifique des horaires irréguliers pour les ouvriers travaillant dans le secteur privé, montre que le premier effet prédomine, particulièrement aux âges élevés.

41514

ARTICLE
DUMOND (J.-P.)

**L'absentéisme pour raison de santé :
comparaison méthodologique.**

SANTE PUBLIQUE

2009/01-02 ; vol. 21 : n° 1 : 25-35

Cote Irdes : C, P143

L'article compare trois démarches d'analyse de l'absentéisme professionnel pour raison de santé sur la base de leur mise en oeuvre dans des établissements hospitaliers : la démarche empirique consistant à mener des analyses statistiques sur les données d'absence du personnel, la démarche explicative qui vise à tester des liens entre les absences pour raison de santé et des facteurs supposés d'absentéisme, enfin la démarche clinique consistant à mener une investigation approfondie avec les personnes concernées de leurs conditions de travail. La comparaison montre les avantages et les limites de chaque démarche.

41541

ARTICLE
CHABROL (A.)

Souffrance au travail : les dérives du "ticket psy".

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

2009/05-06 ; n° 5 : 22-27

Cote Irdes : P69

http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/dossier_2009-05.pdf

La souffrance au travail ne date pas d'aujourd'hui, mais sa prise en considération est un phénomène récent qui a généré, au sein des entreprises, le développement de dispositifs d'alerte des risques psychosociaux et autres cellules d'écoute... avec des dérives qui préoccupent l'Ordre, les médecins du travail et les psychiatres attachés au respect de la déontologie. La souffrance au travail ne date pas d'aujourd'hui, mais sa prise en considération est un phénomène récent qui a généré, au sein des entreprises, le développement de dispositifs d'alerte des risques psychosociaux et autres cellules d'écoute... avec des dérives qui préoccupent.

41555

ARTICLE
ORTIZ (A.)

**Trajectoire professionnelle et état de santé
déclaré des salariés seniors en activité.**

*Le marché de la santé : efficience, équité et
gouvernance.*

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 365-383, 4 tab.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Cet article s'inscrit dans le cadre général d'une réflexion sur la réforme des retraites et le prolongement de la vie active. Ce travail met en évidence les liens entre la qualité de la trajectoire professionnelle et l'état de santé perçu des salariés seniors en activité à 50 ans et plus. Pour ce faire, en se basant sur les travaux de Siegrist et au moyen d'un modèle de régression logistique qui souligne l'association entre la sécurité des trajectoires et la bonne santé, cet article montre que la sécurisation des trajectoires professionnelles et la préservation de la santé des travailleurs sont des préalables au prolongement de la durée de la vie active.

42024

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

**Santé et instabilité professionnelle :
résultats issus des centres d'examens de
santé de l'assurance-maladie.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE
PUBLIQUE

2009/06 ; vol. 57 : n° 3 : 141-149, rés., tabl.,
fig.

Cote Irdes : C, P11

Les formes d'instabilité professionnelle se sont développées au cours des 30 dernières années. L'objectif est d'étudier les relations entre la santé et diverses situations d'emploi : emplois non stables, emplois à temps partiel, chômage. Méthodes : La population d'étude comporte 767184 sujets, de 26 à 59 ans, examinés entre 2003 et 2005 dans les centres d'examens de santé de l'assurance-maladie. L'instabilité professionnelle est mesurée par les diverses situations d'emplois instables, temporaires ou à temps partiel et le chômage de durée croissante de moins de six mois à trois ans ou plus. Plusieurs dimensions

de la santé sont étudiées : santé perçue, tabagisme, absence de suivi gynécologique, obésité, mauvais état buccodentaire et pression artérielle élevée. Les données ont été analysées par des modèles logistiques multivariés (odds ratios [OR]), ajustés sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'étude, le groupe «emploi stable à temps plein» étant la catégorie de référence (OR=1). Résultats : Les indicateurs sont d'autant plus perturbés que la situation par rapport à l'emploi est plus défavorable : les emplois précaires sont plus à risque de mauvaise santé que les emplois stables, les chômeurs sont eux-mêmes plus à risque que les actifs et d'autant plus à risque que la durée du chômage est élevée. À titre d'exemple, chez les hommes, les OR de la perception négative de la santé varient de 1,00 à 1,68 [1,57-1,78] selon les formes d'emploi et de 1,75 [1,67-1,83] à 2,80 [2,72-2,89] selon la durée de chômage. De même, pour l'obésité chez les femmes, les OR varient entre 1,00 à 1,48 [1,37-1,60] chez les actifs, et de 1,35 [1,27-1,44] à 1,77 [1,70-1,84] chez les chômeurs. Conclusion : Un gradient de santé est mis en évidence au travers du continuum social lié à l'instabilité professionnelle. Les travailleurs titulaires d'emplois aidés de l'État et les chômeurs de longue durée présentent des risques particulièrement élevés de santé dégradée.

BROCKMANN (H.), MULLER (R.), HELMERT (U.)

Time to retire--time to die? A prospective cohort study of the effects of early retirement on long-term survival.

Il y a t-il une vie après le départ à la retraite ? Etude des effets d'une retraite précoce sur l'espérance de vie des individus à partir des résultats d'une étude de cohorte prospective.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2009 : vol. 69 : n° 2 : 160-164.

Cote Irdes : P103

In a long-term prospective cohort study we try to assess selective and protective impacts of early retirement on life expectancy. The results are based on the members of a compulsory German health insurance fund (Gmunder Ersatzkasse). We analyzed 88,399 men and 41,276 women who retired between the ages of 50 and 65 from January 1990 to December 2004. Our main outcome measures are hazard ratios for death adjusted for age, sex, marital and socioeconomic status, year of observation, age at retirement, hospitalization, and form of retirement scheme. We found a significantly

higher mortality risk among pensioners with reduced earning capacities than among old-age pensioners who either left the labor market between the ages of 56 and 60 or between 61 and 65. The youngest male and female pensioners who left the labor market between the ages of 51 and 55 because of their reduced earning capacity faced the highest mortality risk. But healthy people who retire early do not experience shorter long-term survival than those who retire late. On the contrary, if we take into consideration the amount of days spent in hospital during the last 2 years prior to retirement, early retirement in fact lowers mortality risks significantly by 12% for men and by 23% for women. Thus with respect to mortality, early retirement reflects both selective and protective processes. First of all, individuals with poor health and lower survival chances are filtered out of the labor market. However, healthy pensioners may be protected during retirement. For the former, early retirement is a necessity, for the latter it is an asset. Pension reformers should take health differentials into consideration when cutting back pension programs and increasing retirement age.

LUND (T), CHRISTENSEN (K B), VAEZ (M), LABRIOLA (M), JOSEPHSON (M), VILLADSEN (E), VOSS (M)

Differences in sickness absence in Sweden and Denmark: the cross national HAKNAK study.

Les différences de recours aux arrêts maladie en Suède et au Danemark : l'étude comparée HAKNAK.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2009 : vol. 19 : n° 3 : 343-349.

Cote Irdes : P167

AIM: To investigate potential differences in sickness absence among public sector employees in Sweden and Denmark, and to what extent a difference was associated with age, gender, physical and psychosocial work environment exposures, lifestyle factors, self-rated health or work ability. METHODS: In 2000, two cross-sectional samples of 8562 public sector employees in Sweden and Denmark were surveyed. The study outcome, self-reported number of sick-leave days the year preceding interview, was dichotomized into 7 days or less, and more than 7 days. Chi square test was used to analyse distribution of dependent and independent variables in the two sub-cohorts. Stratified logistic regression analysis was performed to identify causes for absence within the two sub-cohorts, and logistic regression

analysis was performed to study differences in sickness absence levels between the two sub-cohorts. RESULTS: More subjects from the Swedish study population reported more than 7 days of sickness absence. Factors associated with sickness absence were largely similar in the two countries. The difference in absence level between Sweden and Denmark was not associated with differences in age, gender, skill level, lifestyle, psychosocial or physical work environment, musculoskeletal symptoms or self-rated health, whereas work ability score decreased the difference in sickness absence level. CONCLUSION: The results could indicate an increased retention of employees with health problems in the Swedish labour market compared with the Danish labour market. A possible explanation for the differences in sickness absence ascertained in this study could be due to differences in the sickness insurance legislation.

► Vieillesse

41358

ARTICLE, INTERNET
MARTIN (L.G.) , FREEDMAN (V.A.) ,
SCHOEN (R.F.) , ANDRESKI (P.M.)

Health and functioning among baby boomers approaching 60.

Etat de santé global et fonctionnel parmi les baby-boomers approchant 60 ans.

JOURNAL OF GERONTOLOGY : SOCIAL SCIENCES

2009 ; 9p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/cgi/reprint/gbn040v1.pdf>

Objective. To investigate whether the health and functioning of the Baby Boom generation are better or worse than those of previous cohorts in middle age. Methods. Trend analysis of vital statistics and self-reports from the National Health Interview Survey for the 40 – 59 population. Specific outcomes (years of data): mortality (1982 – 2004); poor or fair health (1982 – 2006); nine conditions (1997 – 2006); physical functional limitations (1997 – 2006); and needing help with personal care, routine needs, or either (1997 – 2006). Results. In 2005, the mortality rate of 59-year-olds, the leading edge of the Baby Boom, was 31% lower than that of 59-year-olds in 1982 (8.3 vs. 12.1 per 1,000). There was a similar proportional decline in poor/fair health, but the decline reversed in the last decade.

From 1997 to 2006, the prevalence of reports of four conditions increased significantly, but this trend may reflect improvements in diagnosis and treatment. Functional limitations and need for help with routine needs were stable, but the need for help with personal care, while quite low, increased. Discussion. Trends varied by indicator, period, and age. It is surprising that, given the socioeconomic, medical, and public health advantages of Baby Boomers throughout their lives, they are not doing considerably better on all counts.

PERSONNES ÂGÉES

► Dépendance

41138

ARTICLE
GAYMU (J.)

Quel environnement familial pour les européens âgés dépendants de demain ?

Familles dépendantes.

GERONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ

2008/12 ; n° 127 : 11-27

Cote Irdes : P8

La population de personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus devrait augmenter de plus de 70% en Europe d'ici à 2030 dans les conditions de santé d'aujourd'hui. Dans le même temps, celle sans conjoint ni enfant devrait progresser beaucoup plus faiblement voire même diminuer en cas d'amélioration de l'état de santé. C'est la population dépendante composée de personnes ayant potentiellement des aidants familiaux qui augmentera le plus fortement : son effectif pourrait doubler. La croissance de la part des personnes dépendantes très âgées, la masculinisation des aidants conjugaux et la survie plus fréquente de couples dont les deux membres seront dépendants sont autant de facteurs qui plaident en faveur d'une politique de prise en charge de la dépendance orientée en priorité vers l'aide aux aidants (Résumé d'auteur).

41140

ARTICLE

DAVIN (B.), PARAPONARIS (A.), VERGER (P.)

Entraide formelle et informelle. Quelle prise en charge pour les personnes âgées dépendantes à domicile ?

Familles dépendantes.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2008/12 ; n° 127 : 49-65, tabl.

Cote Irdes : P8

Les évolutions démographiques et sociales liées au vieillissement de la population posent la question de l'organisation de l'aide et des soins de longue durée à apporter aux personnes âgées. Ce travail utilise les données de l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), menée en ménages ordinaires en 1999. Il porte sur un échantillon de personnes âgées de 60 ans et plus, ayant déclaré avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes (se laver, s'habiller, préparer les repas, faire les tâches ménagères, etc.). L'article cherche à identifier les facteurs médicaux, socioéconomiques et environnementaux (réseau de proches potentiellement disponibles) associés au type d'aide reçue. (Extrait du résumé d'auteur).

► Emploi des seniors

39743

ARTICLE

JOLIVET (A.)

Réforme des retraites de 2003 : quel impact sur l'emploi des seniors ?

RETRAITE ET SOCIETE

2008 ; n° 54 : 9-31

Cote Irdes : C, P63

Cet article dresse le bilan, après 5 années d'existence, de la réforme des retraites initiée en 2003 sur l'emploi des seniors. Ce bilan est assez mitigé puisque le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans a faiblement augmenté. Les mesures de la réforme telles le retard du départ en retraite, la limitation des départs anticipés et la négociation collective quant à la prise en compte de la pénibilité et l'emploi des salariés âgés ont eu des conséquences relativement faible jusqu'à présent. Ceci s'explique par des données démographiques mais aussi par la cohérence et surtout les difficultés et les délais de mise en place de ces mesures et leur connaissance par les personnes concernées, salariés et employeurs.

41337

ARTICLE

HAIRAULT (J.O.), LANGOT (F.), SOPRASEUTH (T.)

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

Le faible taux d'emploi des seniors. Distance à l'entrée dans la vie active ou distance à la retraite ?

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2009/05 ; n° 109 : 63-84, tabl., ann.

Cote Irdes : P120

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/109/r109-3.pdf>

Dans un article récent, les auteurs ont avancé l'idée que la proximité de la retraite est en soi un frein à l'emploi des seniors. Par conséquent, le recul de l'âge de la retraite pourrait être un instrument efficace pour stimuler l'emploi des seniors repoussant l'horizon de la fin de vie active. Cette thèse a été contestée sur un plan économétrique, soulignant les limites de la stratégie d'identification de l'effet distance à la sortie (du marché du travail) qui pourrait se confondre avec un effet distance à l'entrée (l'expérience). Cet article propose une stratégie d'identification plus convaincante. Il montre alors que les résultats en faveur de leur thèse en sortent renforcés (D'après résumé de l'auteur).

► Établissements d'hébergement

41731

FASCICULE

PREVOT (J.)

L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/05 ; n° 689 : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er689.pdf>

Au 31 décembre 2007, les 10 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) proposent 684 000 places et accueillent 657 000 résidents, soit un taux global d'occupation de 96% et un taux d'équipement moyen de 127 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans et plus. En application de la réforme de la tarification, tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes deviennent progressivement

des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceux-ci sont en 2007, 6 850 (67% du total) pour 515 000 places (75% du total).

► Études comparées

41419

FASCICULE , INTERNET
CAMIRAND (J.), SERMET (C.), DUMITRU (V.), GUILLAUME (S.)
Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.).
Montréal. CAN, Institut de Recherche et
Documentation en Economie de la Santé.
(I.R.D.E.S.). Paris. FRA

La perception de la santé dans la population de 55 ans et plus et les caractéristiques de santé modulant cette perception en France et au Québec.

ZOOM SANTE

2009/06 ; n° 18 : 12p., 4 tabl.

Cote Irdes : R1752

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom_sante_juin09.pdf

Cet article compare la perception qu'ont les Français et les Québécois de 55 ans et plus de leur état de santé. Les analyses (bivariées et multivariées) mettent en relief le rôle de diverses maladies chroniques et de différents indicateurs de limitations d'activités dans cette perception. Parmi les principales conclusions, on retient l'effet plus marqué du cancer au Québec, de même que l'importance des problèmes de mobilité et des restrictions dans les activités domestiques dans cette perception, en France et au Québec. L'analyse a été faite avec les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et de l'Enquête décennale santé 2002-2003, pour la France.

► Relations familiales

41175

ARTICLE
RENAUT (S.), OGG (J.)

Enfants du baby-boom et parents vieillissants : des valeurs et des attitudes contingentes au parcours de vie.

Familles dépendantes.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2008/12 ; n° 127 : 129-158, tabl.

Cote Irdes : P8

L'évolution des valeurs et des attitudes est une préoccupation importante des sociétés vieillissantes, notamment pour ce qui concerne les relations intergénérationnelles. Au moment où les premiers enfants du baby-boom abordent la retraite ou sont en deuxième partie de carrière professionnelle, leurs parents doivent composer avec le vieillissement. L'univers de l'enfance et le parcours de vie, tout autant que la construction des normes sociales et des comportements familiaux, influencent mutuellement les relations entre les deux générations familiales. C'est ce que montre l'analyse des données pour les cohortes nées entre 1941 et 1960 dans l'Etude des Relations Familiales Intergénérationnelles (Erfi) réalisée en 2005 par l'Ined, en partenariat avec l'Insee. Les valeurs et les attitudes témoignent d'une réelle diversité des normes et des comportements mais, c'est moins l'appartenance générationnelle que le parcours personnel et familial autant qu'économique qui les structurent et orientent le mode de relations avec les parents vieillissants (Extrait du résumé d'auteur).

► Sociologie de la santé

40488

ARTICLE
HENCHOZ (K.), CAVALLI (S.), GIRARDIN (M.)

Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2008/09 ; vol. 26 : n° 3 : 47-72, fig., tabl.

Cote Irdes : P86

Cet article s'intéresse au lien entre état de santé et perception de la santé dans le grand âge. Il se demande, d'une part, comment les personnes âgées évaluent leur état de santé et, d'autre part, quel est le lien entre cet état et la perception qu'elles en ont. Sur la base des données quantitatives et qualitatives de l'étude longitudinale SWILSOO (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old), il confirme que, si état et perception de santé se dégradent tous deux dans le grand âge, l'appréciation portée par les vieillards sur leur état tend à en relativiser le déclin. Il montre que l'écart croissant entre ces deux éléments s'explique par des mécanismes de comparaison. Le matériel qualitatif met en évidence diverses formes de comparaison dont le recours permet de préserver jusqu'au plus grand âge une perception de la santé — et donc de soi — relativement positive (d'après résumé des auteurs).

Immigration

PYLYPCHUK (Y), HUDSON (J)

Immigrants and the use of preventive care in the United States.

Le recours des immigrants aux services de soins préventifs aux Etats-Unis.

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 7 : 783-806.

Cote Irdes : P173

Using data from the Medical Expenditure Panel Survey, we compare immigrants' use of preventive care with that of natives. We employ a multinomial switching regression framework that accounts for non-random selection into continuous private insurance, temporary private insurance, public insurance, and no insurance. Our results indicate that among the populations with continuous private coverage and without coverage (uninsured), immigrants, especially non-citizens, are less likely to use preventive care than natives. We find that the longer immigrants stay in the US the more their use of care approximates to that of natives. However, for most types of care, immigrants' use of care never fully converges to that of natives. Among the publicly insured population, immigrants' use of care is similar to natives, but non-citizen immigrants are significantly less likely to use preventive measures. We find that the ability to speak English does not have a significant effect on the use of preventive care among publicly insured persons.

AGUDELO-SUAREZ (A), GIL-GONZALEZ (D), RONDA-PEREZ (E), PORTHE (V), PARAMIO-PEREZ (G), GARCIA (A M), GARI (A)

Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain.

Discrimination, travail et santé chez les immigrants en Espagne.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2009 : vol. 68 : n° 10 : 1866-1874.

Cote Irdes : P103

One of the most important social phenomena in the global context is the flow of immigration from developing countries, motivated by economic and employment related issues. Discrimination can be approached as a health risk factor within the immigrant population's working environment, especially for those immigrants at greater risk from social exclusion

and marginalisation. The aim of this study is to research perceptions of discrimination and the specific relationship between discrimination in the workplace and health among Spain's immigrant population. A qualitative study was performed by means of 84 interviews and 12 focus groups held with immigrant workers in five cities in Spain receiving a large influx of immigrants (Madrid, Barcelona, Valencia, Alicante and Huelva), covering representative immigrant communities in Spain (Romanians, Moroccans, Ecuadorians, Colombians and Sub-Saharan Africans). Discourse narrative content analysis was performed using pre-established categories and gradually incorporating other emerging categories from the immigrant interviewees themselves. The participants reported instances of discrimination in their community and working life, characterised by experiences of racism, mistreatment and precarious working conditions in comparison to the Spanish-born population. They also talked about limitations in terms of accessible occupations (mainly construction, the hotel and restaurant trade, domestic service and agriculture), and described major difficulties accessing other types of work (for example public administration). They also identified political and legal structural barriers related with social institutions. Experiences of discrimination can affect their mental health and are decisive factors regarding access to health-care services. Our results suggest the need to adopt integration policies in both the countries of origin and the host country, to acknowledge labour and social rights, and to conduct further research into individual and social factors that affect the health of the immigrant populations.

PITKIN (D K), BAHNEY (B W), LURIE (N), ESCARCE (J J)

Review : immigrants and health care access, quality, and cost.

Revue systématique : accès, qualité et coûts du recours aux soins des immigrants.

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

2009 : vol. 66 : n° 4 : 355-408.

Cote Irdes : P182

Inadequate access and poor quality care for immigrants could have serious consequences for their health and that of the overall U.S. population. The authors conducted a systematic search for post-1996, population-based studies of immigrants and health care. Of the 1,559 articles identified, 67 met study criteria of which 77% examined access, 27% quality, and 6% cost. Noncitizens and their children

were less likely to have health insurance and a regular source of care and had lower use than the U.S. born. The foreign born or non-English speakers were less satisfied and reported lower ratings and more discrimination. Immigrants incurred lower costs than the U.S. born, except emergency department expenditures for immigrant children. Policy solutions are needed to improve health care for immigrants and their children. Research is needed to elucidate immigrants' nonfinancial barriers, receipt of specific processes of care, cost of care, and health care experiences in nontraditional U.S. destinations.

► Inégalités devant soins

41076

ARTICLE

Accès aux soins : difficultés des exilés en France..

REVUE PRESCRIRE

2009/04 ; n° 306 : 296

Cote Irdes : P80

Cet article rend compte des difficultés que rencontrent certains exilés à se soigner en France, à partir des données d'un centre de soins gratuit ; le Comede : refus de prise en charge, droit au séjour pour raison médicale mal appliqué, disparités de traitement, etc

GULLIFORD (M.)

Modernizing concepts of access and equity.

Modernisation des concepts d'accès aux soins et d'équité.

HEALTH ECONOMICS POLICIES AND LAW

2009 : vol. 4 : n° Pt 2 : 223-230.

Cote Irdes : P197

BRYANT (T), LEAVER (C), DUNN (J)

Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada.

Besoin en soins non satisfaits et inégalités de santé selon les sexes au Canada.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 1 : 24-32.

Cote Irdes : P92

Unmet healthcare need should be rare in nations with a universally accessible publicly funded healthcare system such as Canada. This however is not the case. This study examines

the extent to which predictors of such need are consistent with various paradigmatic approaches (e.g., structural-critical, social capital, social support, and lifestyle) that consider such issues. Analyses of data from a probability sample of 2536 urban residents in British Columbia specified the relationship of unmet need with socioeconomic issues such as income, gender, and housing tenure, community issues such as social networks and social support, and traditional lifestyle or behavioural risk factors. The structural-critical model concerned with socio-demographics provided the most parsimonious explanation for having an unmet healthcare need. Consistent with a structural-critical approach, gender was found to be a reliable predictor of having an unmet health need in each of the models tested. Increasing federal transfers to healthcare and providing childcare and other community supports that are of special value for women may help to reduce unmet healthcare need.

► Inégalités sociales de santé

39322

ARTICLE

GRIGNON (M.), JUSOT (F.)

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

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2008/06 ; vol. 56 : n° 3 : 209-213, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Dans l'article cité, les auteurs tentent de montrer une aggravation notable des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996, avec une augmentation de l'indice relatif d'inégalité (IRI) de 41% pour les hommes et de 35% pour les femmes. Dans ce commentaire, nous souhaitons soulever une question : l'accroissement de l'IRI signale-t-il réellement une augmentation des inégalités sociales devant la mort ? Il ne nous semble pas que l'IRI par niveau de diplôme permette de mettre en évidence des inégalités de mortalité, car il confond trois choses : le lien entre position sociale et santé, le lien entre diplôme et position sociale, et le lien entre éducation et santé.

40827

ARTICLE

HEBERT (C.), DE KONINCK (M.),
VALENTINI (H.)

Réduction des inégalités sociales de santé et francophonie : une meilleure compréhension en faveur d'une action concrète en santé publique.

SANTE PUBLIQUE

2008/09-10 ; vol. 20 : n° 5 : 401-403

Cote Irdes : C, P143

La compréhension actuelle des mécanismes en cause dans la construction des inégalités sociales qui ont un impact sur la santé, est actuellement insuffisante pour permettre de les réduire de façon notable. Une meilleure compréhension des réalités et des concepts est certainement propice à une prise de conscience par tous les acteurs de santé publique. L'avancement des connaissances sur les inégalités sociales de santé passe par une meilleure répartition des ressources et financement suffisant pour les milieux de la recherche et de l'intervention. L'année 2007-2008 fut marquée par une série d'évènements de santé publique qui témoignent de l'importance accordée à cette question, notamment ceux de Paris, Mons, Marseille, Dakar, Québec. Cet élan est l'occasion de poser les bases de collaborations, de partenariats de recherche et d'intervention entre et pour des équipes francophones, aussi bien au Nord qu'au Sud.

TESTI (A), IVALDI (E)

Material versus social deprivation and health: a case study of an urban area.

Comparaison du poids de la précarité matérielle et de la précarité sociale sur la santé : une étude de cas en zone urbaine.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS

2009 : vol. 10 : n° 3 : 323-328.

Cote Irdes : P151

Socioeconomic factors are one of the main determinants of health inequalities. However, which component of socioeconomic status affects health most and how that relationship should be measured remains an open question. The aim of this study was to compare material and social deprivation indexes in order to determine which better explains health inequalities within an urban area. Following a review of the literature on small area deprivation indexes, a case study of the Italian city Genoa is presented. The city of Genoa is split into

71 small areas [urbanistic units (UU)], each of which has about 9,500 inhabitants. For each small area, socioeconomic indicators were extracted from the 2001 Census, whereas health indicators were computed from the death registry for 2001-2003. Factorial analyses was used to choose the deprivation variables, which were utilised to create two distinct deprivation indexes referring to material and social deprivation, respectively. Both deprivation indexes are positively correlated with health status proxied by standardised mortality ratios (SMRs) under 65. The material index, however, correlates more highly with SMRs than the social index, and thus the material index is the more suitable measure to explain variations in premature mortality within an urban area. Moreover, the two indexes must be kept distinct.

MANSYUR (C L), AMICK III (B C), HARRIST (R B), FRANZINI (L), ROBERTS (R E)

The cultural production of health inequalities: a cross-sectional, multilevel examination of 52 countries.

La production culturelle des inégalités de santé : une étude transversale multiniveau réalisée dans 52 pays.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
SERVICES

2009 : vol. 39 : n° 2 : 301-319.

Cote Irdes : P35

In a 2001 report, the U.S. National Institutes of Health called for more integration of the social sciences into health-related research, including research guided by theories and methods that take social and cultural systems into consideration. Based on a theoretical framework that integrates Hofstede's cultural dimensions with sociological theory, the authors used multilevel modeling to explore the association of culture with structural inequality and health disparities. Their results support the idea that cultural dimensions and social structure, along with economic development, may account for much of the cross-national variation in the distribution of health inequalities. Sensitivity tests also suggest that an interaction between culture and social structure may confound the relationship between income inequality and health. It is necessary to identify important cultural and social structural characteristics before we can achieve an understanding of the complex, dynamic systems that affect health, and develop culturally sensitive interventions and policies. This study takes a step toward identifying some of the relevant cultural and structural influences. More

research is needed to explore the pathways leading from the sociocultural environment to health inequalities.

BORRELL (C), ESPELT (A), RODRIGUEZ-SANZ (M), BURSTROM (B), MUNTANER (C), PASARIN (M I), BENACH (J), MARINACCI (C), ROSKAM (A J), SCHAAP (M), REGIDOR (E), COSTA (G), SANTANA (P), DEBOOSERE (P), KUNST (A), NAVARRO (V.)

Analyzing differences in the magnitude of socioeconomic inequalities in self-perceived health by countries of different political tradition in Europe.

Analyse des différences de niveau des importantes inégalités socio-économiques de santé perçue dans des pays européens aux traditions politiques diverses.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2009 : vol. 39 : n° 2 : 321-341.

Cote Irdes : P35

The objectives of this study are to describe, for European countries, variations among political traditions in the magnitude of inequalities in self-perceived health by educational level and to determine whether these variations change when contextual welfare state, labor market, wealth, and income inequality variables are taken into account. In this cross-sectional study, the authors look at the population aged 25 to 64 in 13 European countries. Individual data were obtained from the Health Interview Surveys of each country. Educational-level inequalities in self-perceived health exist in all countries and in all political traditions, among both women and men. When countries are grouped by political tradition, social democratic countries are found to have the lowest educational-level inequalities.

VAN (O T), VAN (D E), KOOLMAN (X)

The effect of income growth and inequality on health inequality: Theory and empirical evidence from the European Panel.

L'impact de la croissance et des inégalités de revenus sur les inégalités de santé : théorie et résultats empiriques issus du panel européen des ménages.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 525-539.

Cote Irdes : P79

Governments of EU countries have declared that they would like to couple income growth with reductions in social inequalities in income and health. We show that, theoretically, both aims can be reconciled only under very specific conditions concerning the type of growth and the income responsiveness of health. We investigate whether these conditions were met in Europe in the 1990s using panel data from the European Community Household Panel. We demonstrate that (i) in most countries, the income elasticity of health was positive and increases with income, and (ii) that income growth was not pro-rich in most EU countries, resulting in small or negligible reductions in income inequality. The combination of both findings explains the modest increases we observe in income-related health inequality in the majority of countries.

► Pauvreté

41823

ARTICLE

MATSAGANIS (M.) , MITRAKOS (T.) , TSAKLOGLOU (P.)

Modelling health expenditure at the household level in Greece

Modélisation des dépenses de santé au niveau du ménage en Grèce.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/07; vol. 10 : n° 3 : 329-336, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

Health expenditure data are known to be afflicted by restricted range, zero values, skewness and kurtosis. Several methods for modelling such data have been suggested in the literature to cope with these problems. This paper compares the performance of several alternative estimators, including two-part models and generalised linear models. The dependent variable is household expenditure on health care in Greece, a country where out-of-pocket health expenditure is higher than anywhere else in the European Union, whether as a proportion of GDP, as a share of all health spending, or in per capita terms. To facilitate comparison of model performance, household health expenditure is examined in two different specifications: expenditure on all health care (where zero values are rare) and expenditure on hospital services alone (where zero values are common). In the case of expenditure on all health care, three of the estimators performed almost equally well in terms of three alterna-

tive model performance indicators: a modified two-part model with non-linear least squares in the second part, a constant-variance generalised linear model and a variance-proportional-to-mean generalised linear model. In the case of expenditure on hospital services, the constant-variance generalised linear model out-performed the rest. The findings suggest that no estimator is best under all circumstances, while most alternative estimators are likely to produce relatively similar results. The paper concludes by discussing implications for further research.

► Recours aux soins

41187

ARTICLE

REVIL (H.)

Caisse Nationale d'Allocations Familiales.
(C.N.A.F.). Paris. FRA

**Identifier des populations en non-recours
aux dispositifs de l'Assurance maladie :
proposition de méthode.**

RECHERCHES ET PREVISIONS

2008/09 ; n° 93 : 102-109

Cote Irdes : C, P190

[http://www.cnaf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/d9c806b23b4bda5ec12574cc0038067a/\\$FILE/RP93-HRevil.pdf](http://www.cnaf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/d9c806b23b4bda5ec12574cc0038067a/$FILE/RP93-HRevil.pdf)

Avec la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 1999 et de l'aide complémentaire santé (ACS) en 2004, il s'agissait de réduire des inégalités persistantes d'accès au système de santé et de mettre fin à l'une des pires exclusions : l'exclusion des soins. Actuellement, les organismes sociaux sont tenus de gérer attentivement la CMU et de promouvoir l'ACS afin de faciliter l'accès aux soins des populations précaires, objectif prioritaire de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la période 2006-2009. L'amélioration de l'accès aux droits sociaux et aux soins s'inscrit, d'ailleurs plus globalement, dans une politique nationale de lutte contre l'exclusion et dans la politique européenne pour l'inclusion sociale (Warin, 2007). Cependant, les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS ne touchent pas tous ceux et celles à qui ils sont destinés. Un non-recours existe mais aucune mesure précise et systématique du phénomène n'est, pour l'instant, réalisée. Dans ce cadre, cet article présente un travail réalisé dans le département de l'Isère qui vise à construire une méthode

ad hoc de quantification du non-recours à la CMU-C et à l'ACS au sein des populations allocataires des minima sociaux. Cette expérimentation locale implique les deux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les deux caisses d'Allocations familiales (CAF) de l'Isère, la caisse régionale d'Assurance maladie (CRAM) de la région Rhône-Alpes ainsi que l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). L'outil créé au sein de ce partenariat est original et a mobilisé organismes de recherche et organismes sociaux ; il a donné des résultats probants puisque la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés a décidé, après quelques ajustements, sa généralisation pour répondre à des attentes ministérielles fortes concernant principalement l'ACS. L'objectif de cet article est donc de montrer qu'il est possible de repérer et de mesurer le non-recours à la CMU-C et à l'ACS. La méthode développée permet, en outre, de mieux connaître des populations habituellement peu visibles et mal connues.

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

► Accès aux soins

41215

ARTICLE , INTERNET

MIZRAHI (An), MIZRAHI (Ar)

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

**Mesures des inégalités géographiques
d'accès aux soins hospitaliers : la densité
répartie appliquée à la France 2006.**

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2009/04 ; 15p.

Cote Irdes : en ligne

http://argses.free.fr/textes/47_Mesure_de_laccess_aux_soins_hospitaliers_France_2006.pdf

Avec la volonté de rationaliser la production hospitalière, le problème de l'accès à l'hôpital apparaît particulièrement central. C'est pourquoi il nous a semblé utile d'appliquer le modèle de la densité répartie, préparé pour le Numéro de « Villes en parallèles » sur la santé, au cas de la France pour en montrer les implications. Le texte présenté ici est une application de ce modèle et est appelé à remplacer l'annexe qui avait été publié en première intention (Cf. http://argses.free.fr/textes/46_densite_repartie.pdf);

41216

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

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

BIBLIOGRAPHIE ARGSES

2008/09 ; 12p., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://argses.free.fr/textes/46_Densite_repartie.pdf

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

► Indicateur de santé sociale

40713

ARTICLE
JANY-CATRICE (F.) , ZOTTI (R.)

**La santé sociale des territoires. Un
indicateur de santé sociale pour les régions
françaises.**

FUTURIBLES

2009/03 ; n° 350 : 65-87, cartes, graph., tabl.
Cote Irdes : P166

Le choix des indicateurs qui nous permettent de comprendre le monde, la société, etc., et d'agir en conséquence, a toujours été au centre des préoccupations de la revue *Futuribles*. À cet égard, il a souvent été dénoncé dans ces colonnes les limites de l'appareil statistique français (par exemple pour mesurer les flux migratoires ou l'intégration des populations d'origine étrangère) ou des indicateurs de développement humain, tels ceux des Nations unies, qui ne prennent pas suffisamment en compte les aspects sociaux et environnementaux. Dans cet article, Florence Jany-Catrice et Rabih Zotti prolongent le débat et présentent un indicateur de santé sociale (ISS), applicable aux régions françaises, inspiré de celui expérimenté récemment par la région Nord-Pas-de-Calais (baromètre d'inégalités et de pauvreté). Tenant compte des multiples dimensions qui participent à la santé sociale des territoires (éducation, justice, emploi, logement, revenus, santé, liens sociaux), cet ISS a été appliqué aux différentes régions françaises pour 2004 et éclaire sous un jour nouveau leurs performances sociales. Ce sont ainsi surtout les régions urbanisées qui enregistrent les moins bonnes performances alors que d'autres comme le Limousin ressortent comme socialement performantes. Quelques régions restent en bas de classement quel que soit l'indicateur retenu, comme le Nord-Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, parmi les derniers en termes tant de revenu par habitant que de santé sociale. Mais de manière générale, on constate que bonne santé économique et bonne santé sociale ne vont pas systématiquement de pair (Résumé de l'éditeur).

PHILO (C), PICKSTONE (J)

**Unpromising configurations: towards local
historical geographies of psychiatry.**

*Emergence des géographies locales historiques
dans le cas d'environnements défavorables en
psychiatrie.*

HEALTH & PLACE

2009 : vol. 15 : n° 3 : 895-902.

Cote Irdes : P118

This paper introduces a theme section comprising of three other papers, written from cross-disciplinary perspectives, exploring what might be termed 'local historical geographies of psychiatry', and in particular demonstrating how pioneering innovations in the treatment

of mental health problems sometimes emerge from the most 'unpromising' of spaces and places. The introductory paper contextualises the studies that follow, laying out claims regarding the need to take seriously the thoroughly situated character of the knowledge and practices that are taken to comprise the 'stuff' of science, technology and medicine, and more specifically drawing out what such claims mean for an emerging 'spatial turn' in historical research on psychiatry and other mental health subjects. We focus on innovations which emerged where least expected, in 'backwaters' or even 'deprived' locations and institutions, thereby qualifying more conventional accounts of change in the field that prioritise centres of learning as the key sites from which developments arise and diffuse.

► Territorialisation

39916

ARTICLE
BUDET (J.-M.)

Territoires de santé et recomposition de l'offre de soins. Quid novi sub sole ?

GESTIONS HOSPITALIERES

2008/05 ; n° 476 : 297-305

Cote Irdes : C, P67

La prochaine loi de modernisation de l'organisation de la santé devrait être baptisée «loi patients, santé et territoires». Les territoires de santé auront ainsi acquis leur titre de noblesse après un long cheminement vers la reconnaissance en miroir de la démarche des collectivités territoriales vers les pays et les agglomérations. Les travaux initiés dans le cadre de la Diacte et d'Ihedeate auront été les ferments de la territorialisation des politiques publiques, y compris dans le domaine sanitaire. L'article fait état du rapport de la commission Larcher, du discours du président de la République sur la réforme de l'hôpital avec les réactions d'Emmanuel Vigneron. Sont évoqués les travaux du groupe Prospective santé 2020 de la Datar et l'Atlas hospitalier de la FHF.

41560

ARTICLE
CLAVIER (C.)

Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques et territoriaux.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2009/06 ; vol. 27 : n° 2 : 47-72

Cote Irdes : P86

Cet article analyse la manière dont les élus locaux légitiment les politiques de santé développées par les collectivités locales en s'appropriant et en reformulant des enjeux de santé publique dans les termes de la compétition politique locale. Il en ressort, d'une part, que les élus légitiment le traitement territorial de la santé en insistant sur les avantages supposés de la proximité. D'autre part, les élus ont recours à deux stratégies distinctes pour légitimer leur propre capacité à prendre des décisions en matière de santé, stratégies dont ils se servent pour se positionner dans l'espace politique local. Selon leurs parcours professionnels et politiques, ils insistent plus sur la dimension technique de la santé ou sur leur capacité politique à faire des choix (résumé de l'éditeur). Cet article est suivi d'un commentaire de M. Autès.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

► Conditions de travail

41725

ARTICLE
DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.),
TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

Les conditions de vie et d'exercice.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/01-03 ; vol. 49 : n° 1 : 41-60

Cote Irdes : C, P14

Au début de 2008, sur 10 médecins libéraux, 4 estiment que la qualité de leur exercice professionnel est restée stable ou s'est améliorée mais 6 sont d'avis qu'elle s'est détériorée peu ou prou. Les enquêtés d'âge intermédiaire (de 40 à 54 ans) sont les plus pessimistes. La détérioration semble évidente aux deux tiers de ces quadras alors que la proportion atteint seulement la moitié des jeunes (de moins de 40 ans) et des aînés (âgés de 55 ans et plus). C'est précisément chez les quadras que l'on trouve le plus de praticiens ayant une forte clientèle. Ainsi, aujourd'hui, l'afflux des patients n'est pas toujours une bénédiction mais peut être une source de pessimisme ou de morosité. Ce trait est révélateur des changements qui affectent aujourd'hui l'exercice médical. Il y a la qualité de la pratique professionnelle mais il y a aussi les conditions de vie matérielle. Sur ce dernier sujet, 43 % des enquêtés penchent vers la stabilité ou l'amélioration et 54 % res-

sentent plutôt une dégradation, 3 % préfèrent l'abstention. Cette perception de la dégradation des conditions de vie matérielle ne vient pas du manque de patients : de fait, ceux qui se plaignent au début de 2008 du manque de travail ne sont que 2 % dans le corps médical libéral. Ceci est encore un autre trait révélateur de l'enquête. De 2005 à 2008, il y eut par ailleurs une progression de l'optimisme dans les jugements portant sur les conditions de vie matérielle. Sur 100 médecins, ceux qui pensent que ces conditions se sont dégradées étaient 80 en 2005 mais leur proportion s'est abaissée à 54 % trois ans plus tard. De l'autre côté, les enquêtés estimant que leurs conditions de vie sont restées stables ou se sont améliorées, de 17 % en 2005, atteignent 43 % en 2008. Ce vent d'optimisme souffle surtout du côté des spécialistes. On note que la période 2005-2008 a été le théâtre d'une augmentation importante des difficultés et problèmes pour les spécialistes dans les relations avec les patients, l'assurance-maladie, l'hôpital. Ceci n'a donc aucun impact sur cela. Le chapitre se termine avec la présentation des commentaires des enquêtés. La plupart des propos viennent des questionnaires à tonalité pessimiste, mais les considérations positives ne sont pas absentes (Résumé d'auteur).

► Démographie médicale

41133

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

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

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/02 ; n° 679 : 8p., graph., cartes

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf>

Au 1er janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs, leur nombre devrait baisser de près de 10 % au cours des dix prochaines années. Au-delà, l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des décisions publiques prises aujourd'hui et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. En supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme, malgré un fort relèvement du numerus clausus jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030.

41737

ARTICLE
BORIES-MASKULOVA (V.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).
Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA

Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006.

POINTS DE REPÈRE

2008/12 ; n° 23 : 1-12

Cote Irdes : C, S36

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MAQUETTE_23_MEDECINS_LIBERAUX_2006_.pdf

Ce Point de repère présente quelques résultats synthétiques, issus du système national inter-régimes (SNIR), sur la démographie et les honoraires des médecins libéraux.

► Formation

41741

ARTICLE
BOURGEOIS (M.), COUDERT (H.),
ALLARIA-LAPIERRE (V.), SCIORTINO (V.)

Évaluation d'une formation en matière de sécurité sociale pour les jeunes médecins généralistes.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/01-03 ; n° 1 : 25-30

Cote Irdes : C, P25

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

Le département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de Marseille a dispensé six sessions de formation théorique « le médecin généraliste et l'assurance maladie » entre octobre 2003 et avril 2006, en partenariat avec la direction régionale du service médical de l'assurance maladie qui contribue à la formation initiale des professionnels de santé. Au moment où la réforme universitaire de la médecine générale de 2004 se met en place, cette étude a pour objectif d'évaluer le contenu de cet enseignement afin de proposer les modifications nécessaires pour répondre au mieux aux attentes des étudiants.

► Histoire

40979

ARTICLE
TABUTEAU (D.)

L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary.

DROIT SOCIAL

2009/04 ; n° 4 : 383-392

Cote Irdes : P109

A l'heure d'une réforme annoncée du système de santé avec la discussion au parlement du projet de loi -hôpital, patient, santé, territoires-, et au moment où la crise financière décuple les risques d'implosion de l'assurance maladie, il paraît utile de revenir sur le malentendu historique sur lequel se sont établies, en France, les relations entre le corps médical, du moins sa composante libérale, et les pouvoirs publics. L'histoire de l'exercice de la médecine en France a été marquée par l'invention des officiers de santé par les pouvoirs publics et le traumatisme que cette initiative a provoqué. La médecine libérale en France se caractérise de ce fait par un isolationnisme identitaire, tant à l'égard des pouvoirs publics et des organismes de Sécurité sociale que des autres acteurs du système de santé. Toutefois les tensions qui s'exercent actuellement sur le système de santé français pourraient paradoxalement représenter une opportunité pour que la médecine de ville réalise son nécessaire aggiornamento.

► Installation professionnelle

39370

ARTICLE
LEFEBVRE (A.), WORONOFF (A.-S.),
GAGEY (S.), et al.

Lieu d'installation des médecins spécialistes : enquête auprès de 3 générations de jeunes diplômés de l'Université de Franche-Comté.

SANTE PUBLIQUE

2008/03-04 ; vol. 20 : n° 2 : 141-151

Cote Irdes : C, P143

Les problèmes de démographie médicale en France, dont souffre particulièrement la Franche-Comté, notamment en ce qui concerne les spécialistes, ont conduit la DRASS et la faculté de médecine et de pharmacie de Franche-Comté à solliciter l'ORS pour mener une étude dont l'objectif était de quantifier les

départs des spécialistes formés en Franche-Comté hors de la région et d'en analyser les motifs. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de fuites importantes des jeunes diplômés, puisque 59% des spécialistes formés en Franche-Comté y exercent 2 ans après. Qu'ils aient ou non quitté la région, les principales motivations du choix du lieu d'exercice sont liées à la région d'origine et aux opportunités de débouché.

► Médecin traitant

41147

ARTICLE
DOMIN (J.P.)

La réforme du médecin traitant : l'émergence d'une régulation par la demande.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/10-11 ; vol. 26 : n° 6-7 : 303-315, rés.

Cote Irdes : C, P85

Ce travail s'interroge sur la capacité de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie à favoriser réellement la diminution des dépenses de santé. En effet, si la réforme prend appui principalement sur une régulation par la demande de santé, notamment via un arsenal de mesures incitatives, elle néglige toute action sur l'offre. Or, en refusant toute évolution du mode de rémunération des praticiens, la loi génère implicitement des comportements dépensiers. La politique économique de la santé aboutit donc à un résultat opposé à celui qui est escompté. Ce paradoxe est lié aux fondements théoriques de cette politique qui, en privilégiant les incitations extrinsèques, détériore les motivations intrinsèques. Il s'agit d'un effet crowding out (Résumé d'auteur).

► Permanence des soins

41726

ARTICLE
DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.),
TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

La permanence des soins.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/01-03 ; vol. 49 : n° 1 : 61-66

Cote Irdes : C, P14

Au printemps 2008, environ 51 % des médecins libéraux français déclarent participer à un système de gardes organisées. La participa-

tion est plus élevée chez les hommes, elle est aussi plus élevée parmi les moins de 40 ans. Les données de l'enquête montrent également qu'elle est plus forte chez les spécialistes que parmi leurs confrères de la médecine générale : deux tiers chez les premiers et un tiers seulement chez les seconds. Néanmoins, il convient de remarquer que la durée hebdomadaire des gardes, qui est en moyenne d'environ 8 heures dans les spécialités, s'élève à 13 heures en médecine générale. La permanence des soins pèse plus sur les généralistes non seulement en termes de durée hebdomadaire mais également par rapport au temps de travail. Chaque semaine, les gardes occupent l'équivalent de 26 % du temps de travail en médecine générale et seulement 14 % du même temps dans l'ensemble des spécialités. Où les médecins font-ils les gardes : 18 % à domicile, 18 % aussi en cabinet, 16 % dans les services d'urgence autorisés et 8 % dans les maisons médicales de garde, certains praticiens faisant leurs gardes sur deux sites (Résumé d'auteur).

D Pratique médicale

39365

ARTICLE

Fonder les décisions de soins sur du solide. Éthique, pensée critique et gestion des incertitudes.

REVUE PRESCRIRE

2008 ; vol. 28 : n° 298 : 561-640

Cote Irdes : C, P80

Gérer l'incertitude des décisions dans les soins est un exercice difficile. Mais il l'est moins quand on prend le temps d'établir les décisions de soins sur des bases solides. Celles-ci reposent sur quelques principes : principes éthiques des métiers de soignants, lecture et pensée critique, gestion sereine de l'incertitude à partir des informations disponibles. D'abord ne pas nuire. Et respecter, écouter, dialoguer, partager. Il reste enfin à acquérir un minimum de connaissance des méthodes d'analyse des données, afin d'apprécier avec clairvoyance la marge d'incertitude qui entoure toutes ces données et les décisions qui en découlent. Depuis 1981, l'équipe «Prescrire» publie régulièrement des textes qui mettent en valeur ces principes fondateurs et les renforcent. Ce numéro spécial est dans cette droite ligne.

41080

ARTICLE

Soins primaires en Grande-Bretagne : le travail en équipe.

REVUE PRESCRIRE

2009/04 ; n° 306 : 304-306

Cote Irdes : P80

En France, entre autres pour des raisons démographiques, beaucoup mettent leur espoir dans des regroupements professionnels, des transferts de compétences, une meilleure coordination des soins... Le système britannique, souvent critiqué, favorise le travail en équipe. Certains de ses modes de fonctionnement, exempts de clientélisme, méritent l'attention. Voici un aperçu de ce travail en équipe, présenté sous forme de poster par un praticien français exerçant à Londres lors des Rencontres de Prescrire, à Rennes, les 30, 31 mai et le 1er juin 2009.

41722

ARTICLE

DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.),
TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

Les médecins libéraux et les autres praticiens.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/01-03 ; vol. 49 : n° 1 : 6-17

Cote Irdes : C, P14

Aujourd'hui, sur 100 médecins en activité en France, ceux qui exercent peu ou prou en clientèle privée (c'est-à-dire en pratique libérale) sont environ 60, contre 72 il y a trente ans. La place des médecins libéraux s'est donc réduite, mais le mode d'exercice reste majoritaire au sein de la profession médicale. Sur 100 praticiens libéraux, 46 sont en exercice exclusif (n'ayant pas d'autres cadres de pratique), 50 combinent la clientèle privée avec d'autres activités d'appoint, tandis que 4 ont un exercice principal ailleurs, la clientèle privée étant une activité d'appoint pour eux. A la fin de 2007, sur 100 médecins en activité en France, 44 sont des femmes mais dans la pratique libérale, les femmes ne sont que 36 %. Les contraintes propres à l'exercice en clientèle privée expliquent la moindre féminisation. Cette dernière entraîne à son tour une moindre proportion de jeunes praticiens dans l'exercice libéral, les femmes étant précisément plus nombreuses dans les promotions médicales récentes. Le médecin libéral travaille aujourd'hui 50,6 heures chaque semai-

ne, soit 2,7 heures de plus que la moyenne de l'ensemble de la profession médicale. Le temps hebdomadaire des lectures médicales, de 2,7 heures en exercice libéral, s'élève à 2,9 heures pour tout le corps médical. Depuis trois décennies, le temps de travail, tout comme celui consacré aux lectures médicales, s'est fortement réduit. Dans l'exercice libéral, la semaine de travail de 1977 était de 56 heures, soit 5,4 heures de plus qu'aujourd'hui ; quant au temps des lectures médicales, il s'élevait à 3,9 heures, soit 1,2 heure de plus que trente ans plus tard. En ce domaine, le contraste le plus saisissant est sans doute celui qui existe entre les jeunes médecins (de moins de 40 ans) et leurs aînés, ayant dépassé la mi-cinquantaine. Dans le seul exercice libéral, les jeunes travaillent chaque semaine en moyenne 45,7 heures contre 50,9 heures chez les aînés, soit 5,2 heures en moins. Dans le même temps, les jeunes consacrent 2,1 heures aux lectures médicales, leurs aînés 3,2 heures, soit 1,1 heure en moins. Au total, le jeune praticien consacre chaque semaine moins de 48 heures à sa vie professionnelle contre plus de 54 heures chez son aîné. (Résumé d'auteur).

42044

ARTICLE

VENTELOU (B.), ROLLAND (S.)

Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments.

SANTÉ PUBLIQUE

2009/03-04 ; n° 2 : 129-137

Cote Irdes : P143

La loi de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 («médecin traitant») cherche à améliorer l'usage des médicaments, notamment en luttant contre le risque iatrogène. Cette étude porte sur la manière dont les médecins généralistes relayent dans leur pratique cette politique publique. Cinq cent vingt-huit médecins généralistes de la région PACA ont participé à une enquête téléphonique. Le questionnaire évaluait leur implication dans l'information des patients sur les risques liés à l'automédication et sur la prévention des iatrogénies médicamenteuses. On constate que le repérage des effets iatrogènes est bien intégré dans les pratiques (87,3 % des médecins généralistes la font fréquemment), mais que l'information sur les risques de l'automédication est moins suivie (46,1 %). Les généralistes exerçant en commune rurale sont plus réguliers dans le repérage du risque iatrogène que leurs confrères urbains. Le manque

de temps et la surcharge de travail semblent entraver fortement l'engagement des médecins dans ce type d'actions de prévention, ainsi que le problème de la coordination entre prescripteurs.

► Relations médecin/malade

MOUMJID (N), CHARLES (C), MORELLE (M), GAFNI (A), BREMOND (A), FARSI (F), WHELAN (T), CARRERE (M O)

The statutory duty of physicians to inform patients versus unmet patients' information needs: the case of breast cancer in France.

L'obligation légale des médecins à informer les patients versus les besoins d'information non satisfaits des patients : le cas du cancer du sein en France.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 2 : 162-173.

Cote Irdes : P92

OBJECTIVES: (1) To explore empirically the extent to which early stage breast cancer patients in France wish to be informed about their disease and treatments and (2) in view of the statutory duty of physicians to inform patients, to explore, from the patients' point of view, the type of information given by physicians and whether it meets their information needs. METHODS: A retrospective, cross-sectional survey questionnaire using standardized questions was administered by mail to newly diagnosed breast cancer patients and evaluated their relationships with the different physicians involved in their treatment at different points in time. Focus was placed on the relationship between surgeons and patients. RESULTS: Two hundred and thirty-eight patients completed the questionnaire on their relationship with their surgeon. Patients' reported information needs are considerable, though significantly different depending on the item. Patients report that surgeons do not fully respond to their needs. Even though physicians are legally required to provide information to their patients, in routine practice they seem to favour providing information about disease and treatment side effects over treatment consequences, even though patients express a need for information on these latter items. CONCLUSION: More research is needed on the development, use and outcomes of the various strategies and interventions designed to facilitate and improve information transfer in the physician-patient encounter in France.

► Rémunérations

40692

ARTICLE , INTERNET
KRONEMAN (M.D.) , VAN DER ZEE (J.) ,
GROOT (W.)

Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005.

Evolution du revenu des médecins généralistes dans huit pays européens de 1975 à 2005.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2009/02 ; vol. 9 : n° 26 : 27p., ann.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-26.pdf>

This study aims to gain insight into the international development of GP incomes over time through a comparative approach. The study is an extension of an earlier work (1975-1990, conducted in five yearly intervals). The research questions to be addressed in this paper are: 1) how can the remuneration system of GPs in a country be characterized? 2) How has the annual GP income developed over time in selected European countries? 3) What are the differences in GP incomes when differences in workload are taken into account? And 4) to what extent do remuneration systems, supply of GPs and gate-keeping contribute to the income position of GPs?

41449

ARTICLE
BERNSTEIN (D.)

Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE
PUBLIQUE

2008/12 ; vol. : n° 65 : 49-52

Cote Irdes : C, P49

<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-65/ad654952.pdf>

Le Quality and Outcomes Framework des médecins généralistes anglais constitue la première expérience de paiement à la performance à la grande échelle en Europe. Quelques années après sa mise en place, ses objectifs ont-ils été atteints ?

41456

FASCICULE
FRECHOU (H.), GUILLAUMAT-TAILLET (J.-P.)

Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/04 ; n° 686 : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er686.pdf>

En 2007, les médecins ont perçu 86 300 euros en moyenne au titre de leur activité libérale, une fois prises en compte leurs charges professionnelles et leurs cotisations sociales personnelles. Cette progression des revenus concerne la plupart des spécialités, y compris les omnipraticiens (+3,0%), et fait suite à une augmentation de 0,4% en 2006 en termes réels. Les revenus libéraux des médecins sont davantage tirés par les prix que par l'activité. Les prix progressent en effet de +3,5% en 2006 puis de +2,6% en 2007 alors que l'activité individuelle se redresse légèrement (-0,5% en 2006 puis +0,8% en 2007) sous l'effet d'une moindre baisse pour les omnipraticiens. La progression des dépassements, confirmée pour les spécialistes après la pause observée en 2005, a concerné tout particulièrement les dermatologues et les ophtalmologues en 2007. Les forfaits se développent et ont représenté plus de 6% des honoraires des omnipraticiens en 2007.

ZUCKERMAN (S), WILLIAMS (A F),
STOCKLEY (K E)

Trends in Medicaid physician fees, 2003-2008.

Tendances observées dans la rémunération des médecins du Medicaid, 2003-2008.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : w510-w519.

Cote Irdes : P95

Medicaid physician fees increased 15.1 percent, on average, between 2003 and 2008. This was below the general rate of inflation, resulting in a reduction in real fees. Only primary care fees grew at the rate of inflation-20 percent between 2003 and 2008. However, because of slow growth in Medicare fees, Medicaid fees closed a small portion of their ongoing gap relative to Medicare-growing from 69 percent to 72 percent of Medicare. The increase in Medicaid fees relative to Medicare fees resulted from relative increases for

primary care and obstetrical services, but not for other services.

► Réseaux de santé

40927

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

Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines

Favoriser la participation des médecins généralistes dans les réseaux de soins coordonnés : motivations, obstacles et recommandations.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2009/02 ; vol. 9 : n° 48 : 11p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-48.pdf>

While the active participation of general practitioners (GPs) in integrated health services networks (IHSNs) plays a critical role in their success, little is known about the incentives and barriers to their actual participation. Data were gathered through semi-structured interviews and a mail survey with GPs enrolled in SIPA (system of integrated care for older persons) at 2 sites in Montreal. A total of 61 GPs completed the questionnaire, from which 22 were randomly selected for the qualitative study, with active and non-active participation in the IHSN. The key themes associated with GP participation were clinician characteristics, consequences perceived at the outset, the SIPA implementation process, relationships with the SIPA team and professional consequences. The incentive factors reported were collaborative practices, high rates of elderly and SIPA patients in their clientele, concerns about SIPA, the selection of frail elderly patients, close relationships with the case manager, the perceived efficacy of SIPA, and improved professional practices. Barriers to GP participation included high expectations, GP recruitment, lack of information on SIPA, difficult relationships with SIPA geriatricians and deterioration of physician-patient relationships. Four profiles of participation were identified: 2 groups of participants active in SIPA and 2 groups of participants not active in SIPA. The active GPs were familiar with collaborative practices, had higher IHSN patient rates, expressed more concerns than expecta-

tions, reported satisfactory relationships with case managers and perceived the efficacy of SIPA. Both active and non-active GPs reported quality care in the IHSN and improved professional practice. Throughout the implementation process, the participation of GPs in an IHSN depends on numerous professional (clinician characteristics) and organizational factors (GP recruitment, relationships with case managers). Our study provides guiding principles for establishing future integrated models of care. It suggests practical guidelines to support the active participation of GPs in these networks such as physicians with collaborative practices, recruitment of significant number of patients per physicians, the information provided and the accompaniment by geriatricians.

► Santé mentale

CUNNINGHAM (P J)

Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care.

Au-delà de la parité : opinions des médecins généralistes sur l'accès aux soins en santé mentale.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : w490-w501.

Cote Irdes : P95

About two-thirds of primary care physicians (PCPs) reported in 2004-05 that they could not get outpatient mental health services for patients—a rate that was at least twice as high as that for other services. Shortages of mental health care providers, health plan barriers, and lack of coverage or inadequate coverage were all cited by PCPs as important barriers to mental health care access. The probability of having mental health access problems for patients varied by physician practice, health system, and policy factors. The results suggest that implementing mental health parity nationally will reduce some but not all of the barriers to mental health care.

Satisfaction des malades

TUNG (Y C), CHANG (G M)

Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education.

Satisfaction du patient et recommandation d'un producteur de soins primaires : associations de la qualité perçue et de l'éducation du patient.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2009 : vol. 21 : n° 3 : 206-213.

Cote Irdes : P151

OBJECTIVE: To identify whether attributes of perceived clinic quality and patient education are associated with patient satisfaction and recommendation of a primary care provider. **DESIGN:** Data used in this study were obtained through a national telephone survey by random sampling. **SETTING:** Clinics throughout Taiwan. **PARTICIPANTS:** A total of 1910 patients. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Overall patient satisfaction and recommendation were measured by single item questions. Attributes of clinic quality were measured using 11 items: doctor's technical skill (four items), doctor's interpersonal skill (three items), staff care and access (four items). Patient education was measured on the basis of education provided on disease prevention and control during the visit. **RESULTS:** With regard to clinic quality, doctor's technical skill was most related to overall satisfaction and recommendation, followed by doctor's interpersonal skill. Staff care and access were associated with overall satisfaction but were not associated with recommendation. Patient education was related to both overall satisfaction and recommendation. **CONCLUSION:** Doctor's technical skill is the most critical attribute of primary care quality for both overall satisfaction and recommendation, followed by doctor's interpersonal skill. Staff care and access are associated with improved overall satisfaction but not related to increasing the likelihood of recommending a clinic to relatives and friends. Doctor's technical and interpersonal skills rather than staff care and access can be the essence of quality competition in the primary care market. Providing patient education during the visit on how to prevent or control diseases may also relate to improved patient satisfaction and recommendation

GRYTEN (J), SORENSEN (R J)

Patient choice and access to primary physician services in Norway.

Le choix du patient et l'accès aux services de soins primaires en Norvège.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2009 : vol. 4 : n° Pt 1 : 11-27.

Cote Irdes : P197

Quasi-markets have become fashionable within health care. This is also the case in Norway where primary physician services are organized as a quasi-market. Physicians compete for patients, and patients can choose another physician if they are not satisfied with the physician they have. This is meant to provide incentives for physicians to provide services that are both efficient and of high quality. One condition that is necessary in order for such a market to function is that there is excess supply to ensure that patients have a real opportunity for choice. In this study we investigated the influence of excess supply on patient access and the mobility of patients between primary physicians in Norway. The analyses were performed on data from two comprehensive national surveys. Access to physicians is better for physicians who have spare capacity than for physicians who have a lack of capacity. Patients take advantage of their possibilities for choice. They move from physicians who have too little capacity to physicians who have spare capacity. Patient choice means that patients are not 'stuck' with physicians who have too little capacity to provide adequate services for their patients. The results show that quasi-markets can ensure good access to primary physician services, but this presupposes that there is enough spare capacity to provide patients with a real choice of physician.

► Sociologie de la santé

40945

FASCICULE
PERRAUT SOLIVERES (A.), HAZAN (E.),
RICHAUD (J.) et al.

Parler et (se) soigner : dossier.

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA
MEDECINE UTOPIQUE

2009/01 ; n° 44 : 96p., fig.

Cote Irdes : B6673

A quelles conditions se parler peut-il aider à se soigner et à soigner ? Peut-on encore croire aux bienfaits de la parole et du récit ? Voici les

questions auxquelles s'attellent les auteurs du numéro 44, à l'heure du storytelling, orchestré par les médias, qui masque la réalité des conflits et scénarise la vie publique. Médecins, psychanalystes, orthophoniste, sociologue, patients évoquent les difficultés du langage, mais aussi la richesse qu'apportent la création artistique et l'accueil de l'imprévu. Répondent en écho des artistes, conteurs, écrivains, enseignants, qui parlent du plaisir de l'invention des histoires. Pendant que sur des blogs, citoyens et patients partagent leur envie de se soigner et de changer la vie.

41764

ARTICLE
TONNELIER (F.)

Le médecin de campagne ou l'ambiguïté des symboles.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 23 : 57-63

Cote Irdes : P168

Le médecin de campagne est le personnage fondateur d'un genre littéraire créé au début du XIXe siècle : le roman médical. Le héros, médecin exemplaire, illustre les valeurs fondatrices de la société en exerçant dans une campagne paisible, loin des bruits et de l'agitation des villes. Mais ces symboles sont ambigus : à côté de romans célébrant la victoire de la science et du progrès, d'autres romanciers donnent une vision plus réaliste, loin de la société du spectacle. A côté d'un paysage idéalisé apparaît un paysage bouleversé par la maladie, la souffrance, le désarroi des soignés comme des soignants.

41836

ARTICLE
MONNERAUD (L.)

Le regard des acteurs de santé sur le système de santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 23 : 73-80

Cote Irdes : P168

Dans un contexte de permanente évolution cognitive et normative du monde de la santé, il est intéressant d'étudier la manière dont ses acteurs professionnels centraux se représentent les réformes et leurs effets, donc leur disposition vis-à-vis des processus réformateurs. Si l'ensemble des acteurs exprime une forte conscience de la nécessité de s'adapter, leur discours relaie surtout une impression

généralisée de complexité des configurations dans lesquelles ils évoluent, parfois doublée d'une mise en cause de la cohérence, voire de la légitimité des réformes.

HÔPITAL

Chirurgie

KONDO (A), ZIERLER (B K), ISOKAWA (Y), HAGINO (H), ITO (Y)

Comparison of outcomes and costs after hip fracture surgery in three hospitals that have different care systems in Japan.

Etude comparée des résultats et des coûts des interventions chirurgicales sur fracture de la hanche dans trois hôpitaux japonais ayant des organisations différentes.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 2 : 204-210.

Cote Irdes : P92

Hip fracture is a medical and socioeconomic problem among the 65 years and older population in Japan. Length of hospital stay in Japan is much longer than other developed countries, and the Japanese government has tried to reduce length of stay in order to reduce medical expenditures. The objective of this study was to compare outcomes and costs of health care services for patients with hip fracture surgery among three hospitals with different care systems in Japan. Medical records of patients who were 65 years or older, who had hip fracture surgery within the past 2.5 years were reviewed. A questionnaire was sent to patients and/or their family members to ask patients' health outcomes and approximate costs of care after discharge. Initial hospitalization costs, costs of subsequent transitional care hospital, elders' care services and family's salary loss were estimated and compared among the three hospitals after adjusting for patients' characteristics and treatments. The response rate of the questionnaire was 70% (n=149/211). Patients' outcomes (mortality and ambulatory ability) after discharge were comparable. Hospitals that had shorter lengths of stay reduced costs to themselves, but did not reduce overall costs including care after discharge; however, costs were even higher because patients stayed in subsequent hospitals longer and/or used more elders' care services. Reducing the length of

stay in the initial acute care hospitals could be just a method of cost-shifting to subsequent care services and is unlikely to bring an overall cost-savings to the Japanese health care system.

► Chirurgie ambulatoire

39448

ARTICLE
BONTEMPS (G.)

Principes et enjeux stratégiques de la chirurgie ambulatoire.

REGARDS DE LA FHP

2008/06-07 ; vol. : n° 57 : 28-34, graph.

Cote Irdes : P23/1

Cet article résume l'intervention de G. Bon-temps lors de la journée thématique sur la chirurgie, organisée par la FHP le 27 juin 2008. Il s'articule en deux parties : tout d'abord, les enjeux pour les établissements de santé, puis les politiques incitatives mises en place en France.

41455

FASCICULE
DE POUVOURVILLE (G.), OR (Z.), RENAUD (T.), LORANT (S.), LE VAILLANT (M.), MILCENT (C.), BAILLOT (S.), GEROLIMON (O.)

Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
(DREES)

2009 ; n° 9 : 53p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, R1750, S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf>

L'étude nationale des coûts (ENC), lancée en 1992, est une enquête permanente auprès d'un panel d'établissements hospitaliers publics et privés, à but non lucratif. L'ENC aboutit au calcul d'un coût complet, par séjour pour les établissements considérés, et d'un coût complet par Groupe Homogène de Malades (GHM). Pour réaliser cette étude, à partir de données de l'année d'activité 2003, trois objectifs ont été poursuivis. Le premier est celui du calcul du coût hospitalier de la prise en charge d'une pathologie, au sens strict d'une affection identifiée ici par un groupe de diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10e Édition, au niveau de trois caractères alphanumériques. Le deuxiè-

me objectif est similaire au premier. Mais le point d'entrée choisi est celui d'un acte ou d'une classe d'actes chirurgicaux donnés. Les analyses réalisées sont les mêmes que pour l'entrée par le diagnostic principal. Les actes chirurgicaux sélectionnés ont été l'accouchement par voie basse, l'appendicectomie, la mastectomie pour tumeur maligne du sein et les pontages coronariens. Un troisième objectif a été celui d'estimer les biais éventuels introduits par l'hétérogénéité clinique des groupes homogènes de malades (GHM), dans la fixation des tarifs et dans la rémunération des établissements, une fois appliquée la technique de redressement utilisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Le modèle choisi pour cette étude a été l'accident vasculaire cérébral, en distinguant les accidents de type hémorragiques des accidents ischémiques constitués et transitoires.

► Efficience

LUDWIG (M), GROOT (W), VAN (M F)

Hospital efficiency and transaction costs: a stochastic frontier approach.

Efficience et coûts de transaction à l'hôpital : Analyse stochastique de frontière de production.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2009 : vol. 69 : n° 1 : 61-67.

Cote Irdes : P103

The make-or-buy decision of organizations is an important issue in the transaction cost theory, but is usually not analyzed from an efficiency perspective. Hospitals frequently have to decide whether to outsource or not. The main question we address is: Is the make-or-buy decision affected by the efficiency of hospitals? A one-stage stochastic cost frontier equation is estimated for Dutch hospitals. The make-or-buy decisions of ten different hospital services are used as explanatory variables to explain efficiency of hospitals. It is found that for most services the make-or-buy decision is not related to efficiency. Kitchen services are an important exception to this. Large hospitals tend to outsource less, which is supported by efficiency reasons. For most hospital services, outsourcing does not significantly affect the efficiency of hospitals. The focus on the make-or-buy decision may therefore be less important than often assumed.

► Études d'ensemble

40967

ARTICLE
EVIN (C.)

L'hôpital en crise ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 22 : 75-80

Cote Irdes : P168

L'hôpital public représente des atouts importants aussi bien pour notre système de santé qu'à travers le rôle social qu'il assume. Il est toutefois confronté à des enjeux considérables : défi démographique, évolution des missions et notamment hyperspécialisation de certaines techniques, modification des règles de financement avec la mise en place de la tarification à l'activité dans un contexte budgétaire très restreint.. Soit l'hôpital subit ces contraintes et nous assisterons à un affaiblissement des missions de service public qu'il remplit, soit il assure sa mutation en développant de véritables stratégies de groupe en mettant en oeuvre des rapprochements entre établissements publics et privés lorsque le maintien d'une offre de qualité s'impose. Plusieurs outils contenus dans le projet de loi - Hôpital, patients, santé territoires - permettront ces évolutions. L'hôpital doit aussi améliorer son efficacité interne. S'il a, sur ce point, beaucoup d'efforts à faire, il ne faudrait pas que des lourdeurs et des contraintes administratives viennent freiner sa bonne volonté.

► Filières de soins

41744

ARTICLE
GENTILE (S.), DURAND (A.C.), VIGNALLY (P.), SAMBUC (R.), GERBEAUX (P.)

Les patients "non urgents" se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ?

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2009/02 ; vol. 57 : n° 1 : 3-9, rés., tabl.

Cote Irdes : C, P11

Les services d'urgence (SU) connaissent un problème d'engorgement dû à la part croissante de patients dits «non urgents». Pour pallier ce problème, des dispositifs, comme les Maisons médicales de garde (MMG), ont été mis en place. L'objectif de ce travail est d'évaluer la disposition des patients «non ur-

gents» à être réorientés vers ces dispositifs dès leur entrée au SU. Une étude transversale d'une semaine a été menée dans le SU adulte de l'hôpital de La Conception (Marseille). Les patients jugés «non urgents» par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ont été, dès leur entrée, interrogés sur leur mode de soins habituels, les motifs et le parcours de soins avant le SU, le niveau d'urgence ressenti et leur disposition vis-à-vis d'une éventuelle réorientation, enfin les actes réalisés et le mode de sortie. Résultats : Parmi les 245 patients reçus, 110 ont été jugés «non urgents» par l'IAO et 85 ont pu être interrogés. Dans 76,4% des cas, le patient a décidé seul de son recours au SU, mais un tiers avait auparavant cherché à contacter un médecin. Les principaux motifs de consultation sont la douleur (55,3%), l'accès au plateau technique (37,6%) et la difficulté à obtenir un rendez-vous en ville (22,3%). Le niveau moyen d'urgence ressenti est de 10,6 sur une échelle de zéro à vingt. La moitié des motifs sont traumatologiques. Un tiers des patients a eu un examen complémentaire, six un acte thérapeutique et aucun n'a été hospitalisé. Plus des deux tiers des patients accepteraient d'être réorientés à leur arrivée au SU. Les deux principaux facteurs liés à cette décision sont l'activité professionnelle (odds-ratio [OR]=4,5 ; intervalle de confiance [IC] 95%=1,6-12,9) et le niveau d'urgence ressenti (OR=0,88 ; IC 95%=0,8-0,9). Parmi les consultants refusant la réorientation (31,8%), près de 41% d'entre eux seraient prêts à payer un supplément pour rester au SU. Conclusion : Des structures comme les MMG, adossées aux SU, semblent constituer une alternative pertinente pour les consultants «non urgents». Le succès des réorientations pourrait cependant être conditionné par les horaires d'ouverture de ces structures et la pratique de certains actes techniques.

► Financement des soins

MARTINUSSEN (P E), HAGEN (T P)

Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway.

Dispositifs de remboursement, formes d'organisation et sélection des patients : données probantes basées sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en Norvège.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2009 : vol. 4 : n° Pt 2 : 139-158.

Cote Irdes : P197

Cream skimming can be defined as the selective treatment of patients that demand few resources while providing high economic refunds. We test whether cream skimming occurs after the introduction of DRG-based activity-based financing (ABF) in Norway in 1997 and if the problem further increased after the 2002 organizational reform, when hospitals were turned into trusts. The DRG-system offers the same economic reimbursement for patients classified within day-surgical DRGs irrespective of whether the patient receives same-day treatment or in-patient care over several days. This provides potential for cream skimming and allows us to investigate cream skimming within the actual diagnoses. Patient data from the period 1999-2005 is analyzed. Waiting times are used as indicators of patient selection and analyzed as a function of severity within each diagnosis, controlling for age and gender of the patient, as well as institutional and time-dependent variables. The analysis gives some evidence of cream skimming in the first period of ABF, in particular within the lighter orthopaedic diagnoses. However, cream skimming does not increase after the 2002 organizational reform but is stable, and for some DRGs even reduced. The study indicates that cream skimming may occur if reimbursement systems are not particularly sophisticated. Softening of budget constraints after the hospital reform of 2002 may explain why cream skimming does not increase after the reform. However, further investigation into this mechanism is needed.

► Gestion hospitalière

39726

ARTICLE
MERDINGER RUMPLER (C.)

Identification de freins organisationnels et culturels à la démarche gestionnaire dans l'hôpital public français. Le cas des outils de gestion de la satisfaction du patient.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2008/05 ; vol. 26 : n° 3 : 127-139, rés., tabl.
Cote Irdes : C, P85

Cet article identifie les principaux freins organisationnels rencontrés lors de l'implantation d'outils de gestion de la satisfaction du patient (SP) en s'appuyant sur une démarche de recherche-action réalisée dans un centre hospitalier universitaire français. Les principaux blocages mis en évidence concernent quatre types de facteurs : des facteurs d'environnement, organisationnels, politiques et socio-

culturels. Il apparaît que la conception et la mise en oeuvre des outils de la SP dans les établissements de santé doivent dépasser la dimension de la mesure pour intégrer une dimension organisationnelle. Ainsi, le dispositif de gestion de la SP doit être inscrit dans une réflexion permettant d'articuler les niveaux institutionnel et opérationnel de l'hôpital. Par ailleurs, l'enjeu primordial de l'implication effective du corps médical dans cette démarche est souligné et ce tout particulièrement dans le contexte actuel de transformation des pouvoirs et missions des médecins au sein de l'hôpital (Résumé d'auteur).

► Hôpitaux psychiatriques

41473

ARTICLE
VIDON (G.)

Vers la fermeture des hôpitaux psychiatriques ?

GESTIONS HOSPITALIERES
2008/12 ; n° 481 : 703-707
Cote Irdes : C, P67

La baisse massive des hospitalisations psychiatriques en France est reliée aux traitements modernes, au développement de la psychiatrie «communautaire» mais également au mouvement de désinstitutionalisation généralisée, c'est-à-dire à l'évolution des idées en psychiatrie et dans la société. Ce dernier aspect a eu une influence considérable sur l'évolution des pratiques d'une région à l'autre. D'où une inégalité du recours à l'hospitalisation qui rend compte de nombreux facteurs au sein desquels l'aspect purement «idéologique» des différents intervenants ou acteurs joue un rôle majeur. Pour autant, peut-on aujourd'hui décider de la fermeture des établissements spécialisés ? Et si cela s'avérait possible, en fonction de quels indicateurs ou données ?

► Hospitalisation à domicile

39946

ARTICLE
NEPPEL (C.)

Hospitalisation à domicile. les enjeux du développement.

GESTIONS HOSPITALIERES
2008/08-09 ; n°478 ; 465-468
Cote Irdes : P67

En 2006, le gouvernement affichait sa volonté d'accélérer et de poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile. Cette détermination, réaffirmée dans les discours officiels en 2007, fait suite à un plan de développement et d'accompagnement financier amorcé en 2004. L'état des lieux fait état d'une progression rapide : 3 908 places en 1999, 5 718 en 2004, 6826 en 2005 et près de 9 000 places autorisées fin 2007. Mais le potentiel de développement de ce mode de prise en charge est donc encore important puisque quelque 6 000 places resteraient à créer.

40883

ARTICLE
SENTILHES-MONKAM (A.)

**Soins palliatifs à domicile : état de carence.
Le point de vue des soignants de l'HAD.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/01 ; vol. 5 : n° 1 : 39-41

Cote Irdes : P198

Le précédent article analysait le point de vue des patients et leurs proches sur les soins palliatifs en hospitalisation à domicile (HAD). Les prises en charge constituent un compromis unique et consensuel entre ce qu'ils peuvent assurer et ce que les soignants font. Cette nouvelle logique, différente de la logique hospitalière habituelle, génère des transformations dans l'expertise, en particulier médicale, et les prestations que les soignants doivent assurer. Du point de vue des soignants, rencontrés à plusieurs reprises durant l'étude, le dispositif actuel est très imparfait, pour les nombreuses raisons analysées dans cet article. Il y a ici les bases d'une réflexion globale sur une véritable « culture » commune à tous les professionnels de santé, à développer d'urgence.

SCHADE (C P), ESSLINGER (E),
ANDERSON (D), SUN (Y), KNOWLES (B)

Impact of a national campaign on hospital readmissions in home care patients.

Impact d'une campagne nationale sur la réadmission à l'hôpital des patients hospitalisés en hospitalisation à domicile.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY
IN HEALTH CARE

2009 : vol. 21 : n° 3 : 176-182.

Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: Assess impact of nationwide home health quality improvement campaign to reduce acute care hospitalization of home

health recipients. DESIGN: Observational pre-post comparison of self-selected participating and non-participating agencies' quality performance; survey to determine uptake of program materials. SETTING: US home health care agencies. PARTICIPANTS: A total of 147 agencies with 147 non-participating agencies matched on patient length of service, pre-intervention hospitalization rate and pre-intervention rate of change in hospitalization rate. INTERVENTION(s): Public events; provision of educational packages and technical assistance; quality measure feedback. MAIN OUTCOME MEASURE(s): Post-intervention difference in risk-adjusted acute care hospitalization rate between participants and non-participants; difference in self-reported campaign material use between agencies whose hospitalization rate declined 2% or more and those whose rates increased by 2% or more. RESULTS: Hospitalization rate had a negative trend beginning before the campaign. In the matched pairs studied, it did not differ significantly between participants and non-participants, or from pre- to post-intervention period (28% in every case). Agencies that improved were more likely to report activities consistent with the campaign and using campaign interventions than those not improving ($P < 0.001$), regardless of participation status. CONCLUSIONS: Merely agreeing to participate in the campaign did not improve performance, but effective participation through adoption of campaign methods did.

► Listes d'attente

GRAVELLE (H), SICILIANI (L)

Third degree waiting time discrimination: optimal allocation of a public sector healthcare treatment under rationing by waiting.

La discrimination au troisième degré des listes d'attente : allocation optimale des traitements médicaux du secteur public sous rationnement par liste d'attente.

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 8 : 977-986.

Cote Irdes : P173

In many public healthcare systems treatments are rationed by waiting time. We examine the optimal allocation of a fixed supply of a given treatment between different groups of patients. Even in the absence of any distributional aims, welfare is increased by third degree waiting time discrimination: setting different

waiting times for different groups waiting for the same treatment. Because waiting time imposes dead weight losses on patients, lower waiting times should be offered to groups with higher marginal waiting time costs and with less elastic demand for the treatment.

► Performance

39754

ARTICLE
CORRIOL (C.), GRENIER (C.), COUDERT (C.), DAUCOURT (V.), MINVIELLE (E.)

COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers.

7e Journée recherche de la HAS.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2008/07 ; vol. 56 : supp. : 179-188, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : C, P11

Trois années d'existence du programme Coordination de la mesure de la performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH) permettent d'en tirer les premiers enseignements et d'évaluer ses perspectives de développement jusqu'en 2009. Quels indicateurs sont utilisés ? Comment sont-ils testés ? Quelles différences de qualité peut-on révéler ? Quel emploi pratique envisager au sein des établissements de santé ? Quel équilibre établir entre initiatives propres aux établissements et incitations externes, tels que le développement des classements ou les incitations financières ? Enfin, quelle cohérence donner à ce mouvement d'évaluation par la mesure de la qualité des soins ? Autant de questions auxquelles ce programme cherche à répondre.

41758

FASCICULE
Compaqh-Inserm. FRA

La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé : revue de la littérature et des sites internet.

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE -
DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/05 ; vol. : n° 88 : 71p., tabl., annexes

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud88.pdf>

Les «Classements» ou «Palmarès» constituent une diffusion publique de données relatives à la qualité et à la performance des établissements de santé. Ils représentent un phénomène récent, mais qui s'est nettement intensifié ces dernières années dans les pays anglo-saxons. D'autres pays ont emboîté le pas plus récemment (notamment le Danemark et l'Allemagne). En France, depuis 2006, le ministère de la santé a mis en place un tableau de bord fondé sur une batterie d'indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, chacun des établissements de santé, publics ou privés, fait ainsi l'objet d'un classement de A (très bon) à E (insuffisant). Sans être focalisé sur la qualité, le site Platines représente une première diffusion publique synthétique d'informations déjà disponibles, permettant une comparaison inter-établissement.

► Privatisation

41082

ARTICLE , COMMUNICATION
PONSEILLE (M.), GODIN (J.N.), LEITE (T.) et al.

Table-ronde : le mouvement de privatisation du système hospitalier en France.

8e Rencontres FHP 2008.

REGARDS DE LA FHP

2009/01-02 ; n° 61 : 16-35

Cote Irdes : c, P27/1

► Qualité des soins

KAHN (J M), TEN HAVE (T R), IWASHYNA (T J)

The relationship between hospital volume and mortality in mechanical ventilation: an instrumental variable analysis.

Relation entre le volume d'activité et la mortalité à l'hôpital dans le cas de la ventilation mécanique : analyse de variable instrumentale.

HEALTH SERVICES RESEARCH

2009 : vol. 44 : n° 3 : 862-879.

Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To examine the relationship between hospital volume and mortality for non-surgical patients receiving mechanical ventilation. DATA SOURCES: Pennsylvania state discharge records from July 1, 2004, to June 30, 2006, linked to the Pennsylvania Department of Health death records and the 2000 United

States Census. **STUDY DESIGN:** We categorized all general acute care hospitals in Pennsylvania (n=169) by the annual number of nonsurgical, mechanically ventilated discharges according to previous criteria. To estimate the relationship between annual volume and 30-day mortality, we fit linear probability models using administrative risk adjustment, clinical risk adjustment, and an instrumental variable approach. **PRINCIPLE FINDINGS:** Using a clinical measure of risk adjustment, we observed a significant reduction in the probability of 30-day mortality at higher volume hospitals (≥ 300 admissions per year) compared with lower volume hospitals (< 300 patients per year; absolute risk reduction: 3.4%, $p=.04$). No significant volume-outcome relationship was observed using only administrative risk adjustment. Using the distance from the patient's home to the nearest higher volume hospital as an instrument, the volume-outcome relationship was greater than observed using clinical risk adjustment (absolute risk reduction: 7.0%, $p=.01$). **CONCLUSIONS:** Care in higher volume hospitals is independently associated with a reduction in mortality for patients receiving mechanical ventilation. Adequate risk adjustment is essential in order to obtain unbiased estimates of the volume-outcome relationship.

RYAN (A M)

Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare patient mortality and cost.

Effets du programme visant à l'amélioration des soins hospitaliers sur la mortalité et les coûts d'hospitalisation des patients bénéficiant du Medicare.

HEALTH SERVICES RESEARCH

2009 : vol. 44 : n° 3 : 821-842.

Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To evaluate the effects of the Premier Inc. and Centers for Medicare and Medicaid Services Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID), a public quality reporting and pay-for-performance (P4P) program, on Medicare patient mortality, cost, and outlier classification. **DATA SOURCES:** The 2000-2006 Medicare inpatient claims, Medicare denominator files, and Medicare Provider of Service files. **STUDY DESIGN:** Panel data econometric methods are applied to a retrospective cohort of 11,232,452 admissions from 6,713,928 patients with principal diagnoses of acute myocardial infarction (AMI), heart failure, pneumonia, or a coronary-artery

bypass grafting (CABG) procedure from 3,570 acute care hospitals between 2000 and 2006. Three estimators are used to evaluate the effects of the PHQID on risk-adjusted (RA) mortality, cost, and outlier classification in the presence of unobserved selection, resulting from the PHQID being voluntary: fixed effects (FE), FE estimated in the subset of hospitals eligible for the PHQID, and difference-in-differences. **DATA EXTRACTION METHODS:** Data were obtained from CMS. **Principal Findings.** This analysis found no evidence that the PHQID had a significant effect on RA 30-day mortality or RA 60-day cost for AMI, heart failure, pneumonia, or CABG and weak evidence that the PHQID increased RA outlier classification for heart failure and pneumonia. **CONCLUSIONS:** By not reducing mortality or cost growth, this study suggests that the PHQID has made little impact on the value of inpatient care purchased by Medicare.

DIMICK (J B), STAIGER (D O), BASER (O), BIRKMEYER (J D)

Composite measures for predicting surgical mortality in the hospital.

Mesures composites pour prédire la mortalité lors d'une intervention chirurgicale à l'hôpital.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 4 : 1189-1198.

Cote Irdes : P95

Although payers increasingly report information on hospital volume and mortality from surgery, the value of these data is uncertain. Using national Medicare data for six surgical operations (covering the years 2003-2006), we created a composite measure based on these two quality indicators. We found that this simple measure was a strong predictor of future performance for all six operations. In this regard, it was more effective than the individual measures. Such measures would be useful for helping patients and payers identify low-mortality hospitals for major surgery.

JHA (A K), ORAV (E J), DOBSON (A), BOOK (R A), EPSTEIN (A M)

Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care.

Mesure de l'efficacité : l'association entre les coûts de l'hospitalisation et la qualité des soins.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 897-906.

Cote Irdes : P95

Providers with lower costs may be more efficient and, therefore, provide better care than those with higher costs. However, the relationship between risk-adjusted costs (often described as efficiency) and quality is not well understood. We examined the relationship between hospitals' risk-adjusted costs and their structural characteristics, nursing levels, quality of care, and outcomes. U.S. hospitals with low risk-adjusted costs were more likely to be for-profit, treat more Medicare patients, and employ fewer nurses. They provided modestly worse care for acute myocardial infarction and congestive heart failure but had comparable rates of risk-adjusted mortality. We found no evidence that low-cost providers provide better care.

► Réformes

41077

ARTICLE
CRISTOFARI (J.J.)

Peut-on vraiment réformer l'hôpital ?

PHARMACEUTIQUES
2009/04 ; n° 166 : 27-66
Cote Irdes : c, P28

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » vise à moderniser les établissements de santé et à les doter d'une nouvelle gouvernance dans un cadre institutionnel rénové. Les acteurs des hôpitaux publics en font des lectures différentes. Les pharmaciens hospitaliers veulent sécuriser le circuit du médicament et accroître l'efficacité de leurs achats. Les laboratoires vont devoir s'adapter.

41083

ARTICLE
DEROUBAIX (D.)

La loi de modernisation du système de santé : le projet de loi "Hôpital, patients santé territoires". 8e Rencontres FHP 2008.

REGARDS DE LA FHP
2009/01-02 ; ° 61 : 36-40
Cote Irdes : c, P27/1

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » comporte deux axes majeurs pour l'hôpital : l'évolution et la réforme du système hospitalier, et l'évolution de la tutelle régionale avec la création des agences régionales de santé (ARS). Cet article présente le projet de loi sous ces deux angles.

41766

ARTICLE
OR (Z.)

France : new regional health governance.

France : la nouvelle gouvernance régionale de santé.

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS
2009 ; n° 12 : 57-59
Cote Irdes : P184
<http://www.hpm.org/survey/fr/a12/2>

The Minister of Health Mme. Bachelot presented to the government a reform package which would transform radically the organization and provision of hospital care in France, once adopted. The reform includes a provision for a new governance structure with greater deconcentration of financing and negotiation powers.

41801

ARTICLE

Loi Hôpital Santé Patients Territoires : quelques mesures applicables dès la publication de la loi au Journal officiel.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES) : BULLETIN DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
2009/07/16 ; n° 384 : 8
Cote Irdes : P29/2

Certaines dispositions de la loi Hôpital Santé Patients Territoires entreront en vigueur dès la publication de la loi au Journal officiel. Cet article présente les mesures concernant la pharmacie d'officine et notamment le nouveau rôle du pharmacien au niveau des soins de premiers recours, dispensation des médicaments, conseil, prévention et dépistage.

► Restructuration

40801

ARTICLE
BICHIER (E.), FELLINGER (F.)

Fermetures de chirurgies et maternités publiques. Bilan et prospective.

GESTIONS HOSPITALIÈRES
2008/11 ; n° 480 : 611-616
Cote Irdes : P67

La fermeture de la chirurgie et/ou de la maternité publique est un enjeu local majeur pour les villes moyennes. C'est également une des

questions importantes de la prochaine loi Hôpital, patient, santé, territoire. L'étude, réalisée à partir de données factuelles, montre que, contrairement à certaines craintes des acteurs locaux, ces fermetures n'entraînent ni baisse d'activité ni perte d'emploi. N'étant pas génératrice d'économies, la fermeture de ces services est exclusivement motivée par le souci de la qualité des soins et du service médical rendu à l'usager. Ces fermetures doivent ainsi être vécues comme une opportunité d'élaborer un nouveau projet médical garantissant une offre de soins complète sur le territoire avec le développement de nouvelles activités répondant mieux aux besoins de la population.

► Tarification hospitalière

40658

FASCICULE

BRIFFAUT (C.), MOURET (M.-E.), PIANAROGÉZ (A.)

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

Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A : rapport final : annexes.

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2008/11 ; n° 82 : 2 vol. (75+167p.)

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud82.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud82-annexes.pdf>

Cette étude, réalisée pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A), examine les liens entre planification sanitaire et tarification à l'activité. La première partie de l'étude, à dominante théorique, met en évidence les axes de convergence et de divergence entre ces deux logiques, à la fois dans les objectifs, dans les processus de mise en oeuvre et dans le rôle des différents acteurs impliqués. Elle est complétée par deux monographies régionales (Languedoc-Roussillon et Franche-Comté) qui permettent d'illustrer ou de nuancer les différents points de convergence ou de divergence entre tarification et planification. Enfin, une analyse des expériences étrangères sur trois pays (Allemagne, Angleterre et Italie) suggère des pistes de réflexion sur l'articulation entre tarification et planification.

41257

ARTICLE

SUSSEX (J.), FARRAR (S.)

Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers' experience and expectations.

Financement à l'activité des hôpitaux appartenant au NHS en Angleterre : expériences et attentes des managers.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/05 ; vol. 10 : n° 2 : 197-206

Cote Irdes : P151

Activity-based funding of hospital services has been introduced progressively since 2003 in the National Health Service (NHS) in England, under the name 'Payment by Results' (PbR). It represents a major change from previous funding arrangements based on annual "block" payments for large bundles of services. We interviewed senior local NHS managers about their experience and expectations of the impact of PbR. A high degree of NHS solidarity was apparent, and competition between NHS hospitals was muted. PbR has been introduced against a background of numerous other efficiency incentives, and managers did not detect a further PbR-specific boost to efficiency. No impact on care quality, either positive or negative, is yet evident.

41558

ARTICLE

POUVOURVILLE (G. de)

Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en oeuvre de la tarification à l'activité.

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 457-470

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Depuis 2004, les établissements hospitaliers publics et privés sont assujettis à un mode de paiement prospectif au cas fondé sur une nomenclature de production importée des États-Unis, le Groupe homogène de malades. L'analyse comparative avec l'expérience nord-américaine montre que le modèle français, sous la forme actuelle de la tarification à l'activité (T2A), s'inscrit dans une contrainte budgétaire globale et que les mécanismes existants

de planification de l'offre limite l'autonomie stratégique des établissements. Par ailleurs, le modèle associe des aspects prospectifs et rétrospectifs qui limitent l'incitation à la réduction des coûts. Au final, le modèle français s'apparente plus à un modèle de régulation administrée par les tarifs de l'activité et de la productivité des établissements qu'à un modèle de concurrence par comparaison mis en place aux États-Unis par le programme Medicare. Les conséquences de ce modèle, en termes d'allocation des ressources en France, sont analysées à la lumière d'une sélection de travaux théoriques et empiriques sur les incitations économiques induites par le paiement prospectif au cas.

41571

ARTICLE
CRAINICH (D.), LELEU (H.), MAULEON (A.)

Impact du passage à la tarification à l'activité : une modélisation pour l'hôpital public..

Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 471-488, graph.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Cet article analyse les conséquences du passage d'un financement par dotation globale à un financement prospectif lié à l'activité et tente de déterminer en quoi la réforme pourrait être préjudiciable ou bénéfique à la santé financière des hôpitaux publics. Il développe un modèle théorique qui lie la demande des patients aux décisions conjointes des médecins et des managers d'hôpitaux pour analyser la façon dont le nouveau mode de financement affecte les décisions prises par l'ensemble des agents et donc l'équilibre budgétaire des établissements.

41572

ARTICLE
MILCENT (C.), ROCHUT (J.)

Tarification hospitalière et pratique médicale : la pratique de la césarienne en France.

Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 489-506, 3 tabl., 6 graph.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Cette étude examine les effets du mode de financement des établissements hospitaliers sur la pratique de la césarienne en France en 2003. Il exploite la structure hiérarchique des données afin de mieux prendre en compte les différents facteurs influençant la pratique de la césarienne. Les résultats montrent que les établissements privés, financés à l'acte, pratiquent significativement plus d'accouchements par césarienne que les établissements du service public, financés par enveloppe globale. La structure du personnel hospitalier a également un impact important sur la pratique ; plus le nombre d'obstétriciens par lit est important, plus la probabilité de recours à la césarienne est grande. De plus, il constate une différence de pratique non négligeable entre régions françaises.

42018

ARTICLE
PIRSON (M.), LECLERCQ (P.), MARESCHAL (B.), MARTINS (D.), VAN DER KELEN (E.), BASECQ (D.)

L'enregistrement de l'intensité en soins infirmiers à des fins financières, une expérience développée en 2006 dans un hôpital général belge.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/12 ; vol. 26 : n° 8 : 391-404, rés., fig., tabl.

Cote Irdes : C, P85

Dans la plupart des pays européens, le financement hospitalier s'oriente progressivement vers une forfaitarisation basée sur les pathologies. L'objectif de ce travail est d'améliorer la comptabilité analytique classique par pathologie, en utilisant la durée de séjour pour répartir les coûts infirmiers sur les séjours et les pathologies, grâce à un certain nombre de paramètres qui permettraient une répartition des ressources infirmières reproduisant, autant que possible, la variation de l'activité infirmière par séjour. Les 23 facteurs du résumé infirmier minimum belge (RIM), présents dans le dossier de soins ont été valorisés en temps par les infirmières de l'hôpital. Pour chaque patient, un nombre de minutes a été calculé sur base des 23 facteurs RIM. Ce temps a été utilisé comme inducteur de coût afin de répartir les coûts infirmiers de l'unité. Différentes simulations visant à sélectionner les variables (et leur pondération) les plus représentatives des coûts ont ensuite été effectuées. En conclu-

sion, l'utilisation de 3 variables financières disponibles en routine dans les hôpitaux belges en complément de la durée de séjour permet une meilleure répartition des coûts infirmiers sur les patients hospitalisés que celle basée uniquement sur la durée de séjour.

PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

► Collaboration interprofessionnelle

39412

ARTICLE , INTERNET
D'AMOUR (D.) , GOULET (L.), LABADIE (J.F.), SAN MARTIN-RODRIGUEZ (L.), PINEAULT (R.)

A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations.

Un modèle et une typologie de collaboration entre professionnels des organisations de santé.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2008/09 ; vol. 8 : n° 188 : 14p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf>

The new forms of organization of healthcare services entail the development of new clinical practices that are grounded in collaboration. Despite recent advances in research on the subject of collaboration, there is still a need for a better understanding of collaborative processes and for conceptual tools to help healthcare professionals develop collaboration amongst themselves in complex systems. This study draws on D'Amour's structuration model of collaboration to analyze healthcare facilities offering perinatal services in four health regions in the province of Quebec. The objectives are to: validate the indicators of the structuration model of collaboration; evaluate interprofessional and interorganizational collaboration in the four health regions; and propose a typology of collaboration.

► Conditions de travail

41725

ARTICLE
DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.),
TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

Les conditions de vie et d'exercice.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/01-03 ; vol. 49 : n° 1 : 41-60

Cote Irdes : C, P14

Au début de 2008, sur 10 médecins libéraux, 4 estiment que la qualité de leur exercice professionnel est restée stable ou s'est améliorée mais 6 sont d'avis qu'elle s'est détériorée peu ou prou. Les enquêtés d'âge intermédiaire (de 40 à 54 ans) sont les plus pessimistes. La détérioration semble évidente aux deux tiers de ces quadras alors que la proportion atteint seulement la moitié des jeunes (de moins de 40 ans) et des aînés (âgés de 55 ans et plus). C'est précisément chez les quadras que l'on trouve le plus de praticiens ayant une forte clientèle. Ainsi, aujourd'hui, l'afflux des patients n'est pas toujours une bénédiction mais peut être une source de pessimisme ou de morosité. Ce trait est révélateur des changements qui affectent aujourd'hui l'exercice médical. Il y a la qualité de la pratique professionnelle mais il y a aussi les conditions de vie matérielle. Sur ce dernier sujet, 43% des enquêtés penchent vers la stabilité ou l'amélioration et 54% ressentent plutôt une dégradation, 3% préfèrent l'abstention. Cette perception de la dégradation des conditions de vie matérielle ne vient pas du manque de patients : de fait, ceux qui se plaignent au début de 2008 du manque de travail ne sont que 2% dans le corps médical libéral. Ceci est encore un autre trait révélateur de l'enquête. De 2005 à 2008, il y eut par ailleurs une progression de l'optimisme dans les jugements portant sur les conditions de vie matérielle. Sur 100 médecins, ceux qui pensent que ces conditions se sont dégradées étaient 80 en 2005 mais leur proportion s'est abaissée à 54% trois ans plus tard. De l'autre côté, les enquêtés estimant que leurs conditions de vie sont restées stables ou se sont améliorées, de 17% en 2005, atteignent 43% en 2008. Ce vent d'optimisme souffle surtout du côté des spécialistes. On note que la période 2005-2008 a été le théâtre d'une augmentation importante des difficultés et problèmes pour les spécialistes dans les relations avec les patients, l'assurance-maladie, l'hôpital. Ceci n'a donc aucun impact sur cela. Le chapitre se termine avec la présentation des commentaires des enquêtés. La plupart des

propos viennent des questionnaires à tonalité pessimiste, mais les considérations positives ne sont pas absentes (Résumé d'auteur).

► Délégation des tâches

41961

ARTICLE

ANIA (O.), MARTI (L.J.), RIGAL (M.), HUGUET (M.)

La délégation des tâches en soins primaires : les nouveaux rôles des infirmières en Catalogne.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/04-06 ; vol. 49 : n° 2 : 227-244

Cote Irdes : C, P14

Un modèle de dispense de soins de premier recours est expérimenté dans un centre de santé catalan. Il implique des rôles plus nombreux et une autonomie plus large pour les infirmières. Celles-ci accueillent les patients venus pour une consultation au centre. Elles ont à leur disposition un Guide des interventions pour les cas urgents. Ces cas sont classés en 3 groupes : ceux qui peuvent être traités et finalisés par l'infirmière selon un protocole préalablement défini ; ceux qui exigent des soins immédiats impliquant une intervention postérieure du médecin et une finalisation en commun ; ceux qui demandent l'intervention immédiate du médecin et si celui-ci n'est pas disponible, une évaluation de la gravité en attendant l'intervention. Sur les 202 patients ayant sollicité une consultation le jour même, on observe les données suivantes : 70% des cas ont été résolus par l'infirmière avec l'aide du Guide ; 14% des cas ont fait l'objet d'une consultation téléphonique avec un médecin du centre ont été résolus ; 16% des cas ont été orientés vers un autre service. Par ailleurs, l'avis du médecin de garde a été sollicité dans 6% des cas ci-dessus. L'usage du Guide se révèle ainsi extrêmement intéressant. Toutefois, dans la durée, l'expérience fait apparaître de besoins de formation supplémentaire en certains domaines spécifiques ainsi que des séances d'échange régulières entre médecins et infirmières (Résumé d'auteur).

41964

ARTICLE

LEVY (D.), PAVOT (J.), DANG HA DOAN (B.)

Essai de simulation de délégation des tâches : le secteur des soins ambulatoires

en France.

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2009/04-06 ; vol. 49 : n° 2 : 167-203

Cote Irdes : C, P14

En 2004, deux enquêtes entreprises par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM) mettent en lumière la surcharge de travail des professions para-médicales : 31% des infirmières libérales interrogées déclarent que «leur charge de travail est trop lourde». Du côté des masseurs kinésithérapeutes libéraux, 65% des enquêtés estiment que «leur charge de travail est certainement suffisante». Un an plus tard, une autre enquête conduite auprès des médecins libéraux, laisse voir que 9% des généralistes et 29% des spécialistes éprouvent de «grandes difficultés à trouver du personnel auxiliaire pour les aider». [...] De cette étude une simulation de délégation de tâches a été élaborée. Il s'agit d'opérer des calculs en partant d'hypothèse sur la durée de travail des médecins, le pourcentage d'infirmières (ou de kinés) qui acceptent les tâches qui leur sont transférées et le nombre d'heures supplémentaires que chaque «infirmière (ou kiné) acceptante» veut bien accomplir chaque semaine en plus de son horaire habituel. [...] Ainsi, pour obtenir des succès significatifs, une action cherchant à promouvoir la délégation des tâches devrait s'accompagner de très généreuses incitations et, avant tout, d'incitations financières. On peut, à ce stade, s'interroger sur la pertinence de toute la démarche compte tenu de l'escalade actuelle des dépenses de santé et du risque qu'elle représente pour la pérennité du système de protection sociale d'aujourd'hui. Par ailleurs, la simulation fait apparaître deux paradoxes de taille. Le premier se rapporte à la charge de travail du corps médical. Lorsque cette charge est lourde («52» heures), son allègement est faible, en tout cas bien plus faible que quand elle est légère («39» heures). En d'autres termes, la délégation des tâches n'obtient que des résultats homéopathiques quand on en a le plus besoin. L'explication vient de la constance du stock des receveurs (les infirmières ou les kinés) alors que la charge de travail des médecins s'avère plus lourde. L'autre paradoxe vient de la différence entre les régions au nord de la Loire et celles qui sont au sud. Dans les dernières, la densité médicale est généralement plus élevée et la charge de travail par médecin moins importante qu'au nord de la Loire. Mais c'est dans les régions du sud que la simulation enregistre les résultats les moins modestes pour la délégation des tâches. Dans ces régions méridio-

nales, le nombre d'infirmières par médecin est bien plus élevé qu'au nord, et ceci explique cela. Ici encore, la simulation montre que la délégation des tâches risque de conduire à des résultats décevants dans les contrées où elle serait la plus nécessaire (Extrait Résumé d'auteur).

► Démographie médicale

41523

FASCICULE
SICART (D.)

Les professions de santé au 1er janvier 2009.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/04 ; n° 131 : 77p., tabl.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat131.pdf>

Les statistiques publiées ici portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, audio-prothésistes, opticiens-lunetiers, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs ERM) inscrits dans le répertoire ADELI comme étant actifs au 1er janvier 2009. Ce document présente pour chaque profession un ensemble de tableaux comportant l'effectif global et sa répartition par situation professionnelle (libérale, salariée), département d'exercice, sexe, tranche d'âge, tranche d'unité urbaine, et secteur d'activité.

41423

ARTICLE , INTERNET
BARNIGHAUSEN (T.) , BLOOM (D.E.)

Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review

Incitations financières pour le retour des professionnels de santé dans les zones sous-dotées : une revue systématique.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2009/02 ; vol. 9 : n° 86 : 48p., annexes

Cote Irdes : En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-48.pdf>

In many geographic regions, both in developing and in developed countries, the number of health workers is insufficient to achieve

population health goals. Financial incentives for return of service are intended to alleviate health worker shortages: A (future) health worker enters into a contract to work for a number of years in an underserved area in exchange for a financial pay-off. We carried out systematic literature searches of PubMed, the Excerpta Medica database, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and the National Health Services Economic Evaluation Database for studies evaluating outcomes of financial-incentive programs published up to February 2009.

► Infirmiers

41767

ARTICLE
NAIDITCH (M.), MOUSQUES (J.)

France : regulating nurse settlement for better access.

France : régulation de l'installation des infirmiers pour améliorer l'accès aux soins.

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2009 ; n° 12 : 89-91

Cote Irdes : P184

<http://www.hpm.org/survey/fr/a12/1>

Following the framework agreement signed in 2007 between the unions of private nurses and the sickness funds, an amendment was passed in September 2008 setting out the conditions for regulating the regional distribution of nurses' activity. In particular, nurses' freedom of installation will be restricted in areas with high nurse density. In return, financial and material incentives are proposed for encouraging settlement in under-served areas.

42001

ARTICLE
ROMAN-RAMOS (P.)

Les rapports Berland. Les nouvelles responsabilités des infirmiers.

Management et ressources humaines. Dossier.

GESTIONS HOSPITALIERES

2009/03 ; vol. : n° 484 : 173-176

Cote Irdes : C, P67

Les rapports Berland qui se sont récemment succédés posent les conditions et les principes de la possible délégation de certaines tâches médicales en faveur des infirmiers. Plusieurs expérimentations ont eu lieu. Elle se sont dé-

roulées au sein de quelques établissements hospitaliers pilotes, dans différentes unités de soins à orientation médicale ou chirurgicale. L'intérêt de cet article vise à repérer les éléments problématiques qui surgissent du point de vue du rôle et de la responsabilité des infirmiers, en regard du contexte et du cadre ainsi posés (Résumé d'auteur).

► Pédiatres

FRANC (C), VAN (G M), LE (V M), ROSMAN (S), PELLETIER-FLEURY (N)

French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children.

Les connaissances, comportements, croyances et pratiques des pédiatres français dans la prise en charge des problèmes de poids chez l'enfant.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 2 : 195-203.

Cote Irdes : P92

A representative sample of 611 French pediatricians was interviewed on their knowledge, attitudes, beliefs towards and practices regarding childhood obesity through a 39-item Likert format questionnaire. A vast majority of the respondents regarded obesity as an illness (86.4%), 70.2% were aware that without any treatment an obese child has a high risk to remain obese in adulthood, 84% reported that managing obesity is part of their responsibility in the routine practice and 89.3% affirmed to systematically inform parents of obese children on health risks associated with obesity. At the same time, 82.4% were convinced that managing obesity is bound to fail and only 46.5% that it is professionally gratifying. However, doctors who followed a vocational training dedicated to obesity felt themselves more efficient in managing childhood obesity ($p < 0.01$), those who knew the national recommendations were also less likely to report that the management of childhood obesity leads to a failure ($p < 0.05$). Probably one of the main result of our study concerns doctors' perception of the relative impact of the different etiologic factors of obesity. Beside sedentary life, poor eating behavior, lack of parental concern and heredity which are cited by more than three-fourth of the pediatricians, an economic situation more and more insecure and a food industry increasingly more powerful are reported for the first time by doctors themselves, respectively by 59.9% and 60.8% of them, to

kill the goodwill of health professionals. These findings reinforce the idea that the solution to the obesity problem does not lie just within the doctor's office and stress the need for prompt regulatory actions to curb obesity

► Spécialités médicales

WESTERLING (R)

The harmonization of the medical speciality in public health in the EU countries--a challenge for the profession.

L'harmonisation des spécialités médicales en santé publique dans les pays de l'Union européenne : un challenge pour la profession.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2009 : vol. 19 : n° 3 : 230-232.

Cote Irdes : P167

MÉDICAMENTS

► Automédication

41769

ARTICLE

Déjà un an de libre accès !

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2009/07/04 ; n° 2786/2787 : 20-26

Cote Irdes : P44

Cet article fait le bilan sur un an de libre accès des médicaments en France. Lentement, mais sûrement, l'espace des médicaments devant le comptoir s'est fait sa place dans les officines, mais plus péniblement dans les habitudes des clients; en raison de l'échec de la charte des bonnes pratiques commerciales.

► Biotechnologies

42199

FASCICULE

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

Biotechnologies : les médicaments en développement en France 2008.

2009/04/02 ; n°653 : 6-11

Cote Irdes : P72

Après avoir présenté dans la fiche technique n°651 les produits issus des biotechnologies (médicaments, diagnostics in vitro et dispositifs médicaux) en développement en 2008 sur la base de la dernière étude publiée par Biotech : Products Pipeline review, Industrie Pharmaceutique Hebdo revient dans cet article sur les résultats des seuls médicaments issus des biotechnologies en France.

► Contrefaçons

40758

FASCICULE

Produits médicaux contrefaits : le rapport de l'OMS.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2009/02/19 ; n° 647 : 6-10

Cote Irdes : P72

Cette fiche présente une analyse du rapport réalisé par l'Organisation mondiale de la santé sur les produits médicaux contrefaits dans le monde : état des lieux, conséquences économiques, actions engagées depuis les années quatre-vingt, réglementation en vigueur, mesures préconisées au niveau national pour lutter contre ces contrefaçons.

41078

ARTICLE

Contrefaçons de médicaments : vrais et faux problèmes.

REVUE PRESCRIRE

2009/04 ; n° 306 : 298-303

Cote Irdes : P80

Malgré le manque de données fiables quant à l'ampleur du phénomène, les contrefaçons de médicaments font l'objet d'une médiatisation croissante et alarmante. Les conséquences sanitaires des contrefaçons de médicaments varient selon le type de médicament concerné, mais peuvent être graves (antipaludiques, etc). Cet article tente, dans un premier temps, de définir le terme contrefaçon (OMS, 1992...), puis présente les solutions concrètes à apporter : côté firmes et côté des pays en voie de développement plus particulièrement concernés par ce marché illégal.

► Dispositifs médicaux

40420

ARTICLE

BERNARD (A.), VICAUT (E.)

Dispositifs médicaux. Première partie : de quels types d'études avons-nous besoin ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/12 ; vol. 4 : n° 10 : 464-467

Cote Irdes : P198

Le monde du dispositif médical est très hétérogène et très différent de celui du médicament. Les dispositifs médicaux vont des défibrillateurs comprenant des technologies sophistiquées aux coussins anti-escarres. Ces deux exemples démontrent la difficulté de proposer une évaluation uniforme et peut expliquer en partie le retard par rapport aux médicaments en matière d'études de bonne facture scientifique. À l'opposé, l'erreur serait de vouloir calquer la méthodologie du développement clinique du dispositif médical sur celui du médicament. Nous envisagerons dans ce premier article les particularités des études concernant les dispositifs médicaux. Un second article développera ultérieurement la méthodologie de ces études.

► Industrie pharmaceutique

40574

ARTICLE

LAJOUX (C.)

BEGUE (P.) / disc., AMBROISE-THOMAS (P.) / disc., VACHERON (A.) / disc., CHAUSSAIN (J.-L.) / disc., DELAVEAU (P.) / disc.

Quels enjeux, quelles perspectives d'avenir pour les entreprises du médicament ?

Discussion.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2008 ; vol. 192 : n° 4 : 623-632

Cote Irdes : P76

La mission des entreprises du médicament est guidée par le progrès thérapeutique et le combat pour la santé, en partenariat avec les professionnels de santé et les acteurs publics. Aujourd'hui, face aux besoins médicaux de la population, sans cesse renouvelés, le modèle d'innovation mis en place par l'industrie est en pleine mutation, conséquence de changements scientifiques et économiques. La France est une terre historique de l'industrie du médicament. Elle possède de nombreux atouts (compétences et ressources humai-

nes, performance de sa recherche, outils de production...) et notamment la force d'une représentation unitaire via son organisation professionnelle. Pour autant, ces atouts sont-ils suffisants pour faire face aux nouveaux enjeux qui se déroulent à l'échelle internationale ? La France accumule les retards. Or, la compétitivité ne se joue plus seulement entre acteurs économiques, mais également entre territoires. Dans ce contexte, les entreprises opérant en France, pourront-elles faire face aux défis de la coopération en matière de recherche publique et privée, ainsi qu'à la mutation de l'outil de production ? Ce sont en effet les deux leviers clefs qui permettront d'assurer l'avenir du progrès thérapeutique sur le territoire. La condition préalable est toutefois dans la mise en cohérence entre une politique de santé et une politique industrielle permettant de faire de la France, un grand pays des sciences du vivant et de la santé. Seule une action de coopération - Pouvoirs publics, parties prenantes et entreprises - nous permettra d'atteindre cette ambition.

40760

FASCICULE

Enquête sectorielle de la Commission européenne : la réponse de la Mutualité.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2009/02/26 ; n° 648 : 6-11

Cote Irdes : P72

Suite à l'enquête sectorielle dans le secteur pharmaceutique conduite par la Commission européenne en janvier 2008 et au rapport préliminaire qu'elle a rendu public en décembre 2008, la Mutualité française vient de lui adresser une réponse à la consultation publique de la Direction générale Concurrence. Elle demande à la Commission européenne de reconnaître le caractère anticoncurrentiel des stratégies des laboratoires princeps pour entraver le développement des médicaments génériques en Europe. Cette fiche présente les principaux commentaires et propositions formulés par la Mutualité à cette occasion.

41075

ARTICLE

Les médecins vus des firmes.

REVUE PRESCRIRE

2009/04 ; n° 306 : 274-278

Cote Irdes : P80

Cet article rend compte des résultats d'une enquête réalisée en 2007 par une société conseil spécialisée dans le marketing, pour évaluer la satisfaction des médecins vis-à-vis de la visite médicale. Cette enquête a permis un classement des médecins, et le vocabulaire même utilisé, en disent long sur la façon dont les firmes considèrent leurs relations avec les médecins.

41148

ARTICLE

COUTINET (N.), ABECASSIS (P.)

Une approche descriptive des stratégies de F & A et d'alliances des firmes pharmaceutiques.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/10-11 ; vol. 26 : n° 6-7 : 317-330, rés., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P85

Face à un environnement mondial à la fois plus concurrentiel et technologiquement plus complexe, le secteur pharmaceutique a réagi par un mouvement de concentration/recentrage ainsi que par un établissement de multiples relations interentreprises. Il en ressort un modèle de firme pharmaceutique plus spécialisé et plus ouvert. A partir d'une analyse descriptive des fusions et acquisitions (F & A) et des alliances depuis 1985, ce travail confirme le recours massif à ces opérations et la recomposition du secteur en réseaux stratégiques. Il caractérise par ailleurs les réactions du secteur en mettant en évidence les formes d'opérations retenues par les firmes en fonction de leurs objectifs stratégiques. Ainsi, les F & A ont été utilisées à des fins de concentration et de spécialisation tandis que les alliances servent surtout à acquérir des compétences technologiques ou stratégiques (Résumé d'auteur).

41333

ARTICLE

Europe : les brevets contre l'accès aux médicaments.

REVUE PRESCRIRE

2009/05 ; n° 307 : 375

Cote Irdes : P80

En 2008, la Direction générale de la concurrence de la Commission européenne a mené une enquête sur d'éventuelles pratiques anticoncurrentielles des firmes pharmaceutiques. Cet article rend compte des résultats accablants de cette enquête notamment vis-à-vis du patient.

41334

ARTICLE

Confusion entre noms commerciaux.

REVUE PRESCRIRE

2009/05 ; n° 307 : 380-382

Cote Irdes : P80

L'Agence européenne du médicament a publié en 2008 de nouvelles recommandations relatives aux noms commerciaux des médicaments. Elle n'a pas pris en compte les propositions issues de la consultation publique préalable, qui allaient dans le sens de la protection des patients. Au contraire, c'est l'intérêt des marques et des firmes qui a encore prévalu, au prix d'un risque accru d'expositions des patients aux erreurs médicamenteuses

41335

ARTICLE

De nombreuses pratiques anticoncurrentielles des firmes pharmaceutiques en Europe.

REVUE PRESCRIRE

2009/05 ; n° 307 : 385

Cote Irdes : P80

La Direction générale Concurrence de la Commission européenne a mené une enquête en 2008 pour vérifier si les firmes pharmaceutiques se livraient à des pratiques anticoncurrentielles. L'enquête a porté sur la période 2000-2007 et un échantillon de 219 spécialités pharmaceutiques. Cet article en présente les principaux résultats. Le rapport complet est en ligne sur le site de l'Union européenne : Pharmaceutical sector inquiry : preliminary report.

41579

ARTICLE

Dépenses marketing des firmes : encore plus.

REVUE PRESCRIRE

2009/06 ; n° 380 : 457

Cote Irdes : P80

Basé sur des données d'IMS Health, cet article analyse les dépenses que consacre l'industrie pharmaceutique en France pour le marketing. Les chiffres semblent encore plus importants que ceux régulièrement avancés. Ce sont les patients qui paient la facture.

► Innovation médicale

41066

FASCICULE

L'accès aux médicaments en France : une communication du professeur Gilles Bouvenot.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2009/03/26 ; n° 652 : 6-11

Cote Irdes : P72

Cette fiche reprend la communication récemment présentée par Gilles Bouvenot à l'Académie portant sur l'accès au médicament. Initialement intitulée « les médicaments en France : bouc émissaire ou enfant gâté ? », cette communication a ensuite été retirée : « La consommation médicale en France ». Industrie Pharmaceutique Hebdo reprend les points forts de cette intervention : un système de prise en charge très favorable aux innovations et aux patients, de nombreuses prises en charge dérogatoires à l'innovation en faveur des patients, un rapport Société/Médicaments très ambivalent.

41262

FASCICULE

YOLIN (J.M.), LEMOINE (B.), DEBECQ (J.F.), LE PEN (C.) et al.
RAFFARIN (J.P.) / dir.

Médicament et innovation : forger le nouveau modèle français.

REALITES INDUSTRIELLES : ANNALES DES MINES

2005/02 ; n° 01-02 : 80p., tabl., graph., fig., carte

Cote Irdes : B6688

<http://www.annales.org/ri/2005/ri-fevrier-05.html>

Ce numéro spécial considère le médicament sous ses trois aspects : thérapeutique (le médicament soigne en France comme dans le monde) ; économique (le médicament fonde une industrie en croissance, axée sur la recherche) ; social (le médicament est acheté par les systèmes de santé, soumis à une pression financière).

► Marché du médicament

41054

FASCICULE

LANCRY (P.J.)

Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Stratégies. (G.E.R.S.). Paris. FRA

Bilan du marché pharmaceutique ville 2008.

POINT CHIFFRE DU GERS (LE)

2009/03 ; 35p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B6679

Cette analyse présente le marché du médicament en 2008 (marché remboursable, automédication...) et explique les raisons du fléchissement qu'a connu ce secteur (déremboursement de certains médicaments, instauration des franchises médicales, etc).

► Médicaments biosimilaires

HORIKAWA (H), TSUBOUCHI (M), KAWAKAMI (K)

Industry views of biosimilar development in Japan.

Les positions de l'industrie sur le développement des médicaments biosimilaires au Japon.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 2 : 189-194.

Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: To understand the issues around biosimilar development by pharmaceutical companies in Japan, which has emerged as an urgent issue in guaranteeing the availability of affordable biopharmaceuticals and a reduction in drug costs. **METHODS:** Various regulatory guidelines related to biosimilar development are carefully reviewed. We then interviewed representatives of 11 Japanese companies to explore issues related to the manufacturing, immunogenicity, development costs and regulation of biosimilars. **RESULTS:** Our investigations show that Japan is unlikely to produce more than a handful of biosimilars domestically in the near future. We also found that regulatory guidelines for biosimilars will be needed for Japanese developers to plan and initiate production, in order to provide affordable biopharmaceuticals to Japanese patients. **CONCLUSION:** These results represent that regulatory guidelines for biosimilars, encouraging competition with maintaining incentive for innovation, will be needed for Japanese developers to plan and initiate biosimilar development

► Médicaments du système nerveux

HUSKAMP (H A), BUSCH (A B), DOMINO (M E), NORMAND (S L)

Antidepressant reformulations: who uses them, and what are the benefits?

Reformulations des antidépresseurs : qui les consomment et quels en sont les avantages ?

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 734-745.

Cote Irdes : P95

The Hatch-Waxman Act of 1984 provides pharmaceutical manufacturers with an incentive to introduce reformulations of existing products that are about to lose patent protection, to extend marketing exclusivity and maintain high prices. Antidepressant reformulations are particularly common. To determine whether the use of reformulations confers benefits, we examined who uses them and whether they affect the duration of medication use. We found some evidence of benefit for subgroups of antidepressant users, although benefits varied across reformulations.

Pharmaceuticals & psychotropic drugs.

Médicaments et psychotropes.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 723.

Code Irdes : P95

BUSCH (S H), BARRY (C L)

Pediatric antidepressant use after the black-box warning.

Usage des antidépresseurs en pédiatrie après les avertissements de la "boîte noire" de la Food and Drug Administration.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 724-733.

Cote Irdes : P95

In 2004 the Food and Drug Administration (FDA) required a black-box warning on antidepressants that describes a possible suicide risk in children. An analysis of the events, evidence, and FDA actions reveals information asymmetries that affect various players' ability to identify and act on risks. Antidepressant use declined sharply overall, not just among children, and the FDA's emphasis on the proven efficacy of fluoxetine (generic Prozac) did not prompt dramatic shifts in prescribing. We conclude that risk communication strategies need to be refined, to ensure intended results.

LUDWIG (J), MARCOTTE (D E), NORBERG (K)

Anti-depressants and suicide.

Antidépresseurs et suicide.

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 659-676.

Cote Irdes : P79

Suicide takes the lives of around a million people each year, most of whom suffer from depression. In recent years there has been growing controversy about whether one of the best-selling anti-depressants - selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) - increases or decreases the risk of completed suicide. Randomized clinical trials are not informative in this application because of small samples and other problems. We present what we believe are the most scientifically credible estimates to date on how SSRI sales affect suicide mortality using data from 26 countries for up to 25 years. We exploit just the variation in SSRI sales that can be explained by institutional differences in how drugs are regulated, priced, and distributed, as reflected by the sales growth of new drugs more generally. We find an increase in SSRI sales of 1 pill per capita (12% of 2000 sales levels) reduces suicide by 5%

Pharmacies d'officine

39542

ARTICLE

ADENOT (I.)

L'ouverture du capital des officines aux non-professionnels : une fatalité ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 20 : 111-125

Cote Irdes : P168

La Commission européenne considère que les restrictions nationales à la propriété des officines et à leurs règles d'établissement constituent des entraves à la liberté non proportionnées. A l'opposé, parce que la santé publique est à la fois individuelle et collective, l'Ordre des pharmaciens défend l'idée que les Etats membres doivent pouvoir organiser leurs services de santé comme ils le jugent nécessaire. Faut-il faire disparaître la «logique du métier» au profit d'une «logique de valeur» ? Délaisser les zones rurales au profit des seules implantations les plus rentables ? Il ne s'agit pas là de corporatisme, mais de la défense d'une certaine conception de la pharmacie d'officine. La Cour de justice des Communautés européennes tranchera (Résumé de l'auteur).

Pharmacovigilance

42169

ARTICLE

Pharmacovigilance : la Commission européenne oublie l'intérêt général.

REVUE PRESCRIRE

2009/09 ; n° 311 : 696-702

Cote Irdes : P80

En décembre 2008, suite à de récents désastres de santé publique liés à des effets indésirables de médicaments, la Commission européenne a remis ses propositions de Directive et de Règlement concernant la pharmacovigilance. Ces propositions doivent être fortement amendées pour être réorientées au service de l'intérêt général. Cet article publie un texte largement inspiré de l'analyse et des propositions d'améliorations du Collectif Europe et Médicament auquel participe actuellement Prescrire.

Politique des médicaments

40974

ARTICLE

CAULIN (C.)

L'année 2008 du médicament.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/02 ; vol. 5 : n° 2 : 59-64

Cote Irdes : P198

Cet article est une rétrospective 2008 concernant un choix de spécialités mises à la disposition des prescripteurs (ou retirées du marché). Ce regard est d'abord orienté sur les médicaments utilisables en soins primaires, puis plus rapidement quelques autres à usage plus spécifique, et enfin ceux qui ont disparu... Une telle évaluation est bien sûr incomplète, ne serait-ce que parce que les médicaments récents sont, par nature, encore mal connus et que seul le temps leur donnera leur véritable profil. Les informations citées sont tirées de la banque des éditions du Vidal© (Vidal pro©) et des données de l'Afssaps, de la HAS et de l'EMEA.

D Prix

41068

FASCICULE

Prix du médicament : l'oeil critique des instances communautaires.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :
FICHE

2009/05/28 ; n° 659 : 6-11

Cote Irdes : P72

L'examen de la question préjudicielle portée devant la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) sur l'interprétation de l'article 4 de la directive 89/105/CEE du 21 décembre 1988, concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain au regard des mesures de réduction du prix de vente au public italien pris par le Comitato interministeriale dei prezzi (Comité interministériel des prix), a conduit l'avocat général à préciser son avis sur le régime juridique de fixation des prix pour chacun des pays de la Communauté européenne.

41091

ARTICLE

POUZAUD (F.)

Très chers médicaments.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)

2009/04/18 ; n° 2776 : 30-37

Cote Irdes : c, P44

Les médicaments chers prennent de plus en plus de poids à l'officine. Pour les pharmaciens qui ont la chance d'en délivrer, ils représentent un véritable bonus pour l'entreprise. En effet, les sorties de la réserve hospitalière rapportent à elles seules entre 14 et 16 millions de marge chaque mois. Dommage que cela ne profite pas à l'ensemble du réseau. Et qu'il faille le plus souvent passer par la case Hôpital (Résumé de l'auteur).

LEXCHIN (J)

Pricing of multiple dosage prescription medications: an analysis of the Ontario Drug Benefit Formulary.

Fixation des prix des médicaments prescrits à doses répétées : une analyse du dispositif « Drug Benefit Formulary » de l'Ontario.

HEALTH POLICY

2009 : vol. 91 : n° 2 : 142-147.

Cote Irdes : P92

OBJECTIVES: This paper investigates the pricing strategy (perfect flat pricing, perfect monotonic pricing, intermediate) used for multiple dosage medications listed in the Ontario Drug Benefit Formulary. **METHODS:** All multiple dosage solid medications containing a single active ingredient newly listed in the Ontario Drug Benefit Formulary between 1996 and 2005 were identified. The relationship between price and dosage was calculated using a previously developed method. **RESULTS:** Seventy-three multiple dosage medications were introduced. Where medications were equivalent to existing ones in most cases companies followed the pricing strategy used by therapeutically equivalent drugs already in the formulary. Where there were no equivalent products companies did not adopt any particular pricing strategy. There was no difference in the way that companies priced scored tablets versus unscored tablets and capsules or in the way that they priced drugs that had objective measurements of efficacy/effectiveness, for example blood pressure, versus those that did not have these measurements. **CONCLUSIONS:** When Monotonic pricing is used it leads to higher expenditures whereas flat pricing results in lower expenditures and offers more predictability in expenditures. Provincial governments should consider requiring flat pricing in return for formulary listing.

TECHNOLOGIES - INFORMATIQUE MÉDICALE

D Dossier médical partagé

39894

ARTICLE

PENE (P.), GREMY (F.), DUBOIS (G.)

Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

Les données individuelles de santé.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE
MEDECINE

2008 ; vol. 192 : n° 2 : 437-447

Cote Irdes : P76

Les données individuelles de santé constituent une base essentielle de l'avenir de l'épidémiologie et permettent le suivi des soins donnés aux patients. Leur utilisation est indispensable aux épidémiologistes pour une meilleure connaissance de l'état de santé. Sans ces informations il est difficile de définir une politi-

que de santé. La commission s'est intéressée aux modalités suivantes : le Système national d'Information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIR-AM) 16 régimes mais ne permet pas le suivi des patients. Le projet Constance propose d'utiliser les centres d'examen de santé pour la recherche épidémiologique. Les observatoires régionaux de la santé ont pour mission une aide à la décision. Ils sont d'excellents bureaux d'études multidisciplinaires. L'Institut national des données de santé (INDS) est un groupement d'intérêt public qui va permettre de regrouper les données, de définir leurs modalités d'accès et de partage. L'Ordre national des pharmaciens a développé avec succès un dossier pharmaceutique qui comporte l'ensemble des médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois. Le dossier médical personnel (DMP) a pour but le recueil par les médecins de données individuelles de santé des patients. Sa généralisation prévue en 2007 ne pourra intervenir avant plusieurs années car la priorité a été donnée à la dimension informatique alors que son but premier est la qualité des soins. L'Académie nationale de médecine propose les recommandations suivantes : soutenir la mise en place de grandes cohortes en population générale ; former des épidémiologistes, médecins et non médecins ; renforcer l'action des ORS tout en conservant leur indépendance ; former les étudiants en médecine à l'utilisation des données individuelles de santé ; considérer que le partage des données individuelles de santé peut améliorer la qualité des soins et diminuer la redondance d'examens ; le masquage partiel des données par les malades pouvant nuire aux soins, les patients auront à prendre la responsabilité de leurs décisions ; encourager l'expérience du DMPE car le suivi de l'enfant est essentiel et mérite d'être pris en compte jusqu'à seize ans ; utiliser l'expérience acquise par les pharmaciens pour le dossier pharmaceutique et l'intégrer au DMP ; orienter le DMP vers un projet plus sobre. L'Académie nationale de médecine s'inquiète cependant du retard pris par le DMP qui est un projet important pour tous, mais également pour la politique de santé et la recherche médicale de notre pays. Une période d'expérimentation permettant une évaluation devrait constituer un préalable essentiel.

► Imagerie médicale

41063

ARTICLE

Cemka-Eval. Paris. FRA

Insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2008.

TECHNIQUES HOSPITALIERES

2009/03-04 ; n° 714 : 67-74, tab., graph., fig.

Cote Irdes : c, P77

Cet article présente les résultats d'une enquête réalisée par Cemka-Eval en 2008, auprès de deux cents cabinets de radiologies. L'objectif de cette étude était d'évaluer les délais d'attente moyen des patients pour un examen d'imagerie médicale, dans différentes régions françaises, en le corrélant avec les taux d'équipement en matériel d'imagerie.

SYSTEMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

► Allemagne

40982

ARTICLE

KAUFMANN (O.)

L'assurance maladie allemande après la réforme. Fiabilité du mode de financement ?

DROIT SOCIAL

2009/04 ; n° 4 : 478-487

Cote Irdes : P109

Un trait commun à toutes les réformes des systèmes de santé et d'assurance maladie nationaux est la tentative d'endiguer l'augmentation des coûts de santé, voire de diminuer les dépenses. Dans certains pays se dessine également une tendance à décharger l'assurance publique au détriment de l'individu assuré. On perçoit la tendance à introduire dans l'assurance maladie des éléments de concurrence ou de compétitivité qui visent avant tout la performance. L'assurance maladie allemande ne fait pas exception à ces courants. Pour le montrer, une esquisse de quelques parties de l'assurance maladie légale en Allemagne est proposée. Certains aspects des réformes récentes feront l'objet de développements plus approfondis, d'une part parce qu'ils apportent des changements notables à l'assurance maladie légale et, d'autre

part, parce que ces exemples permettent de faire une comparaison avec les solutions retenues pour les mêmes situations, notamment dans l'assurance maladie française. Le mode de financement, que la dernière réforme a véritablement bouleversé, est spécialement pris en considération.

► Australie

41255

ARTICLE
PALANGKARAYA (A.), YONGSAY (J.),
WEBSTER (E.), DAWKINS (P.)

The income distributive implications of recent private health insurance policy reforms in Australia.

Les implications en matière de répartition des Assurance maladie privée en Australie : répercussions des récentes réformes sur la distribution des revenus.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2009/05 ; vol. 10 : n° 2 : 135-148, tabl.

Cote Irdes : P151

The Australian government implemented a series of private health insurance (PHI) policy reforms between 1997 and 2000. As a result, the proportion of the population of PHI coverage increased by more than 35%. However, this study found significant evidence that the policy reform disproportionately favours high-income earners. In particular, the 30% premium subsidy represents a windfall gain for households which would have purchased PHI even without the rebate. The amount of such gain is estimated to be around \$900 million per year, a large proportion of which went to higher income households.

► Belgique

42112

ARTICLE
MUSSCHE (N.)

Immigrants et assistance sociale en Belgique.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2009 ; n° 1 : 105-141

Cote Irdes : P196

Le présent article est le troisième d'une série d'articles qui examinent le rôle historique de

l'immigration dans le développement de l'Etat providence. Cet article se concentre sur l'aide sociale. Il analyse la manière dont le législateur belge a tenu compte de la présence des travailleurs immigrés dans la législation d'aide sociale jusqu'en 1945.

42113

ARTICLE
AVALOSSE (H.), GILLIS (O.), CORNELIS
(K.), MERTENS (R.)

Inégalités sociales de santé en Belgique ; des chiffres indéniables, observations à l'aide de données mutualistes.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2009 ; n° 1 : 145-170, tabl., graph.

Cote Irdes : P196

Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé est un gradient social : à position socio-économique décroissante, la santé tend à se dégrader et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a déjà été mise en évidence dans de nombreuses études, et pour la Belgique, les résultats des différentes enquêtes santé par interview vont dans ce sens. La démarche de la présente étude a pour but de mettre en évidence et de mesurer les inégalités au sein de l'ensemble de la population des affiliés de la Mutualité chrétienne (MC). Pour ce faire, un certain nombre d'indicateurs de santé sont déduits des données administratives et des données sur le remboursement dont dispose la MC.

► Canada

41154

ARTICLE
GRIGNON (M.)
Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.).
Paris. FRA

Le système de santé au Canada.

Réformes des systèmes de santé.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES
SOCIALES

2008/10-12 ; n° 4 : 67-87

Cote Irdes : P59

Le système de santé canadien se caractérise par la juxtaposition d'un panier de biens et de services dont le financement est public (soins de médecins et hospitaliers), où le financement privé est interdit ou très limité. Il existe également de multiples consommations laissées

pour une large part au secteur privé (dentaire, médicament, soins à domicile, santé mentale, transports). Sur la partie publique, l'évaluation du besoin par les professionnels de santé est jugée plus légitime que la demande exprimée (au besoin en dollars) par les patients. Il en résulte évidemment un problème de listes et de délais d'attente pour l'accès aux soins de spécialistes et à l'hospitalisation programmée. Il est constaté aussi une certaine rigidité du système face aux changements de pratiques qui supposent l'inclusion de nouveaux types de soins dans le panier public (comme le virage ambulatoire).

► Colombie

GIEDION (U), URIBE (M V)

Colombia's universal health insurance system.

Le système d'assurance maladie universelle en Colombie.

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 3 : 853-863.

Cote Irdes : P95

By insuring more than 80 percent of its population, Colombia provides a valuable opportunity to gather evidence on a hotly debated health policy issue. Results from three studies evaluating the impact of universal health insurance in Colombia show that it has greatly increased access to and use of health services, even those that are free for all, and has reduced the incidence of catastrophic health spending. The impact has been more dramatic among those most vulnerable to health shocks: those living in rural areas, the poorest, and the self-employed

► Espagne

41324

ARTICLE

COSTA-FONT (J.), CABASES HITA (J.), ALONSO (J.) et al.

New and old challenges in the reform of mental health systems in Spain.

Nouveaux et anciens challenges au sein de la réforme survenue dans l'organisation des soins en santé mentale en Espagne.

EUROHEALTH

2008 ; vol. 14 : n° 4 : 14-18

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No4/Eurohealth_14.4_interim%20web_v2.pdf

This article provides an overview of the state of mental health reform in Spain. It describes the motivation and the process of different reforms, briefly brings to the fore the most relevant evidence on their consequences, and ends by identifying key areas of policy reform.

► États-Unis

40815

ARTICLE

MUSGROVE (P.)

Les réformes du système de santé engagées par les États pour parvenir à une couverture quasi universelle aux États-Unis.

Réformes des systèmes de santé.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2008/10-12 ; n° 4 : 27-53

Cote Irdes : C, P59

Depuis 2005, face à l'impasse politique dans laquelle se trouvent les projets fédéraux de réforme du système de santé et au recul de la couverture par l'assurance, la plupart des États fédérés ont engagé ou proposé des réformes pour améliorer la couverture, mais aussi parfois, pour contrôler les coûts et améliorer la qualité des soins. Si la Californie a été sur le point de le faire, seul le Massachusetts a mis en place un projet qui allie tous les éléments de la réforme. Deux États ont inclus une obligation dans leur réforme ; dans les autres, les réformes ont été axées sur les aides et l'accès aux programmes publics. Les difficultés financières ont arrêté ou réduit les projets de nombreux États, ce qui amène à se tourner de nouveau vers le gouvernement fédéral pour qu'il engage une réforme crédible.

40816

ARTICLE

BROWN (L.)

Les défis de la réforme de Medicare aux États-Unis.

Réformes des systèmes de santé.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2008/10-12 ; n° 4 : 55-66

Cote Irdes : C, P59

Aux États-Unis, Medicare représente la réforme la plus ambitieuse jamais engagée à ce jour. Pour la gauche, Medicare est trop limité et n'est qu'une composante d'un système de couverture universelle ne demandant qu'à s'étendre et à s'améliorer. Pour la droite, il est trop imposant, représentant l'incarnation plus qu'embryonnaire d'une médecine socialisée, risquant de devenir plus envahissante et menaçante, si elle n'est pas étroitement contrôlée. Cet article s'organise en trois parties. Il commence par brosser un tableau du contexte dans lequel s'inscrit Medicare et les grandes caractéristiques du programme. Il dresse ensuite un rapide bilan des débats actuels concernant trois domaines de réforme : les rémunérations des prestataires, la couverture et le financement.

► Europe

40854

FASCICULE

THOMSON (S.), MOSSIALOS (E.)

Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe?

Comptes d'épargne médicaux : peuvent-ils améliorer la performance des systèmes de santé en Europe ?

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

2008 ; vol. 10 : n° 9 : 16p., , tabl.

Cote Irdes : c, Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver_winter2008.pdf

This issue focuses on the international experience with Medical Savings Accounts, discussing the evidence on their efficacy both as health system financing sources and their ability to meet the needs of populations in different health system contexts. Case studies include: China, Singapore, South Africa and the United States.

► Grèce

MATSAGANIS (M), MITRAKOS (T), TSAKLOGLOU (P)

Modelling health expenditure at the household level in Greece.

Modélisation de la dépense de santé au niveau du ménage en Grèce.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 10 : n° 3 : 329-336.

Cote Irdes : P151

Health expenditure data are known to be afflicted by restricted range, zero values, skewness and kurtosis. Several methods for modelling such data have been suggested in the literature to cope with these problems. This paper compares the performance of several alternative estimators, including two-part models and generalised linear models. The dependent variable is household expenditure on health care in Greece, a country where out-of-pocket health expenditure is higher than anywhere else in the European Union, whether as a proportion of GDP, as a share of all health spending, or in per capita terms. To facilitate comparison of model performance, household health expenditure is examined in two different specifications: expenditure on all health care (where zero values are rare) and expenditure on hospital services alone (where zero values are common). In the case of expenditure on all health care, three of the estimators performed almost equally well in terms of three alternative model performance indicators: a modified two-part model with non-linear least squares in the second part, a constant-variance generalised linear model and a variance-proportional-to-mean generalised linear model. In the case of expenditure on hospital services, the constant-variance generalised linear model out-performed the rest. The findings suggest that no estimator is best under all circumstances, while most alternative estimators are likely to produce relatively similar results. The paper concludes by discussing implications for further research

► Pays-Bas

41158

ARTICLE

WIERINK (M.)

Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

La réforme de l'assurance-maladie aux Pays-Bas, deux ans après.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2008/10-12 ; n° 4 : 237-251

Cote Irdes : P59

Avec la loi sur les assurances maladie, qui a pris effet au 1er janvier 2006, les Pays-Bas ont mis en place un système d'assurance maladie priva-

tisé mais fortement encadré. Les effets de cette réforme sur la maîtrise des dépenses de santé ne sont pas encore mesurables. Par contre, à partir d'une analyse secondaire de premiers travaux néerlandais disponibles, un premier bilan de cette nouvelle assurance-maladie est envisageable. En termes d'universalité de couverture de la population, elle a atteint son objectif. Mais en termes d'équité, le système d'allocations fiscales compense les inégalités sociales, devant l'assurance-maladie, seulement pour l'assurance de base, rendant cruciale la définition du panier de soins. Du point de vue du fonctionnement du nouveau marché des assurances maladie, les premiers constats qui sont faits incitent à la modestie. La concurrence se fait d'abord par les prix et les assureurs ont peu développé le «managed care». Les assurés, ayant des difficultés à s'orienter sur ce marché, sont peu mobiles. Si le dispositif législatif ne permet pas la sélection des risques pour l'assurance de base, il n'en est pas de même pour l'assurance complémentaire, qui est souvent proposée en même temps que l'assurance de base, ce qui peut conduire à une sélection indirecte. Mais la loi a renforcé le pouvoir des associations de patients, dont l'influence semble importante.

41325

ARTICLE

VAN HOOFF (F.), KOK (I.), VIJSELAAR (J.)

Liberalisation of health care in the Netherlands.

Libéralisation du système de soins aux Pays-Bas.

EUROHEALTH

2008 ; vol. 14 : n° 4 : 18-21

Cote Irdes : Bulletin étranger

A process of liberalisation is taking place in health care in the Netherlands. The impact of this process varies over the various health care domains. Mental health care is a domain for which the impact seems to be relatively large. Dutch mental health care is in the process of being transformed from a homogeneous, regionally organised, integrated mental health care system, financed by a single social insurance, to a more heterogeneous working field, financed through several sources and subject to market forces. Stakeholders in Dutch mental health care welcome new possibilities this presents for providers, but concerns are expressed about the consequences of these changes for the quality and comprehensiveness of long term (community) care and for the sustainability of the mental health care system as a whole.

► Royaume-Uni

41326

ARTICLE

GREER (S.L.)

Devolution and health policy in the UK.

Décentralisation et politique de santé au Royaume-Uni.

EUROHEALTH

2008 ; vol. 14 : n° 4 : 22-24

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No4/Eurohealth_14.4_interim%20web_v2.pdf

The United Kingdom has not one, but four health systems, and they correspond to its four different political systems. Northern Ireland, Scotland, and Wales each have an autonomous legislature that makes health policy while the UK government, somewhat oddly, directly runs England's National Health Service. Each political system has its own party politics and influential policy communities, and they therefore adopt divergent policies in spite of similar baselines and public preferences. Many of their future problems, in fact, might come from the UK's poorly defined rules for organising their interactions.

► Suède

BURSTROM (B)

Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilization in Sweden.

Suède : les réformes de santé portant sur un accès aux soins qui répond à l'offre et à la demande face à l'équité en santé et le recours aux soins.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2009 ; vol. 39 : n° 2 : 271-285.

Cote Irdes : P35

In international comparisons, the Swedish health care system has been seen to perform well. In recent years, market-oriented, demand-driven health care reforms aimed at free choice of provider by patients and free establishment of doctors are increasingly promoted in Sweden. The stated objective is to improve access and efficiency in health services and to provide more and/or better services for the money. Swedish health policy aims to

provide equal access to care, based on equal need. However, the social and economic gradient in disease and ill health does not translate into the same social and economic gradient in demand for health services. A market-oriented, demand-driven health care system runs the risk of defeating the health policy aims and of further increasing gaps between social groups in access and utilization of health care services, to the detriment of those with greater needs, unless it is coupled with need-based allocation of resources and empowerment of these groups

► Suisse

42115

ARTICLE , INTERNET
SPYCHER (S.)

Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz : Vorbild oder abschreckendes Beispiel ?

Assurance souscrite par le citoyen et capitation au sein du système d'assurance maladie suisse : modèle ou exemple dissuasif ?

GGW

2004 ; n° 1 : 19-27

Cote Irdes : en ligne, INI 1650

Cet article concerne les développements récents de l'assurance maladie complémentaire en Suisse. Il est rédigé en allemand car le système de primes par tête mis en place par la Suisse fait toujours débat en Allemagne.

► Turquie

41327

ARTICLE
VAROL (N.), SAKA (O.)

Health care and pharmaceutical policies in Turkey after 2003.

Politique de santé et politique du médicament en Turquie après 2003.

EUROHEALTH

2008 ; vol. 14 : n° 4 : 29-32

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No4/Eurohealth_14.4_interim%20web_v2.pdf

► Analyses économiques

40385

ARTICLE
CHAPELON (J.)

L'impact économique de la sécurité routière.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 21 : 65-70, tabl.

Cote Irdes : P168

Quelles sont les conséquences de la très forte baisse des accidents depuis 2002 (-45 %) sur l'économie dans son ensemble et en particulier sur l'économie de la santé ? Il semblerait que les gains aient été assez modérés pour la santé. De plus, sur une longue période, une stagnation du coût de l'insécurité routière apparaît qui démontre une inversion des facteurs : c'est l'augmentation du coût de la vie humaine pour la société qui induit un renforcement de la politique et une amélioration des attitudes qui à leur tour diminue le nombre des accidents (résumé de l'auteur).

41254

ARTICLE
LE PEN (C.)

Is there a "continental" view of health economics evaluation ?

Existe-il une vision «continentale» de l'évaluation en économie de la santé ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/05 ; vol. 10 : n° 2 : 121-123

Cote Irdes : P151

CONIGLIANI (C), TANCREDI (A)

A Bayesian model averaging approach for cost-effectiveness analyses.

Approche basée sur le modèle bayésien de la moyenne pour les analyses coût-efficacité.

HEALTH ECONOMICS

2009 ; vol. 18 : n° 7 : 807-821.

Cote Irdes : P173

We consider the problem of assessing new and existing technologies for their cost-effectiveness in the case where data on both costs and effects are available from a clinical trial, and we address it by means of the cost-effectiveness acceptability curve. The main difficulty in these analyses is that cost data usually ex-

hibit highly skew and heavy-tailed distributions so that it can be extremely difficult to produce realistic probabilistic models for the underlying population distribution, and in particular to model accurately the tail of the distribution, which is highly influential in estimating the population mean. Here, in order to integrate the uncertainty about the model into the analysis of cost data and into cost-effectiveness analyses, we consider an approach based on Bayesian model averaging: instead of choosing a single parametric model, we specify a set of plausible models for costs and estimate the mean cost with a weighted mean of its posterior expectations under each model, with weights given by the posterior model probabilities. The results are compared with those obtained with a semi-parametric approach that does not require any assumption about the distribution of costs

ANTONANZAS (F), RODRIGUEZ-IBEAS (R), JUAREZ (C), HUTTER (F), LORENTE (R), PINILLOS (M)

Transferability indices for health economic evaluations: methods and applications.

Les indices de transférabilité dans les évaluations économiques en santé : méthodes et applications.

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 6 : 629-643.

Cote Irdes : P151

In this paper, we have elaborated an index in two phases to measure the degree of transferability of the results of the economic evaluation of health technologies. In the first phase, we have considered the objective factors (critical and non-critical) to derive a general transferability index, which can be used to measure this internal property of the studies of economic evaluation applied to health technologies. In the second phase, with a more specific index, we have measured the degree of applicability of the results of a given study to a different setting. Both indices have been combined (arithmetic and geometric mean) to obtain a global transferability index. We have applied the global index to a sample of 27 Spanish studies on infectious diseases. We have obtained an average value for the index of 0.54, quite far from the maximum theoretical value of 1. We also found that 11 studies lacked some critical factor and were directly deemed as not transferable.

► Coûts de la santé

41553

ARTICLE

PERRIER (L.), POMMIER (P.), CARRERE (M.O.), SYLVESTRE-BARON (P.)

Transférabilité des évaluations de coûts en santé : analyse des facteurs de variabilité.

Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 307-322, 4 fig.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Pour analyser la variabilité des évaluations de coûts en santé, la démarche proposée consiste à étudier la « variabilité » des facteurs de coûts, i.e. des variables sur lesquelles s'appuie l'estimation des coûts dans les différentes localisations. Deux méthodes validées sont utilisées, le calcul de la distance euclidienne et l'analyse en composantes principales (acp). La démarche comprend quatre étapes : (i) l'identification des facteurs potentiels de variabilité, la sélection des facteurs finaux de variabilité et la constitution des aires de variabilité ; (ii) la mesure des distances interaires de variabilité ; (iii) l'utilisation d'une acp pour analyser ces distances ; (iiii) la mesure des distances intra-aires de variabilité. L'application, qui porte sur un traitement innovant et coûteux, témoigne de l'opérationnalité de cette démarche.

► Essais cliniques

41149

ARTICLE

LAUNOIS (R.)

Les Arcanes décryptées de l'analyse médico économique à l'usage du décideur.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/10-11 ; vol. 26 : n° 6-7 : 331-349, rés., tabl., graph.

Cote Irdes : C, P85

Si les essais cliniques randomisés permettent d'estimer la quantité d'effet produite par un traitement au regard d'un autre, il est fondamental de replacer les résultats obtenus par un traitement innovant par rapport à l'ensemble des traitements existants dans l'indication. C'est de cette confrontation élargie qu'il sera possible de conclure à l'existence ou non d'un

véritable progrès thérapeutique. Instruments incontournables de la connaissance scientifique, les essais randomisés ne peuvent pas à eux seuls éclairer la décision politique et ne sauraient être le vecteur de l'évaluation des technologies de santé. Deux types d'outils semblent aujourd'hui à même de pallier les éventuelles insuffisances des schémas expérimentaux : les méta analyses bayésiennes et les analyses décisionnelles stochastiques. Cet article se propose d'étudier ces outils de deuxième génération et de les codifier pour faciliter leur mise en oeuvre dans des domaines où il existe de véritables enjeux de santé publique : prévention et dépistage du cancer, traitement de première et de deuxième ligne des cancers métastatiques ou non du sein, du poumon, du colon, etc. (Résumé d'auteur).

► Évaluation des pratiques professionnelles

41151

ARTICLE
TOUZET (S.)

Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : un avenir conditionné par sa cohérence avec les différents dispositifs d'amélioration de la qualité des soins.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2008/10-11 ; vol. 26 : n° 6-7 : 361-366
Cote Irdes : C, P85

L'objet de cet article est de présenter les spécificités de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et d'analyser comment l'EPP s'articule avec les différents « dispositifs d'amélioration de la qualité », afin d'envisager son avenir.

► Information des patients

40091

ARTICLE
NACHIN (P.)

Évaluation de la compréhension de l'information des patients.

Journée Régionale d'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2008/07 ; vol. 26 : n° 4 : 203-207, fig.
Cote Irdes : P85

Une démarche a été conçue par un groupe de travail dans le cadre du réseau qualité des établissements de santé de la région Franche-Comté (GIP RéQua) pour évaluer la compréhension et la satisfaction de l'information délivrée aux patients. L'étude s'est déroulée en trois phases : une phase test du questionnaire dans un service de chirurgie en consultation uniquement, une seconde phase de type observationnel avec des questionnaires appariés dans un premier CHS régional, une troisième phase dans un second CHS régional avec pour objectif d'améliorer la compréhension de l'information donnée au patient par rapport à son traitement psychiatrique. A l'issue de cette étude et de tests d'application menés dans plusieurs établissements, le groupe de travail régional a proposé un outil d'évaluation de la compréhension et de la satisfaction des informations à adapter au contexte local dans lequel il est utilisé.

► Innovation médicale

39824

ARTICLE
ADANG (E.M.M.)

Economic evaluation of innovative technologies in health care should include a short-run perspective.

L'évaluation économique des innovations technologiques des soins de santé doit inclure une perspective à court terme.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)
2008/11 ; vol. 9 : n° 4 : 381-384
Cote Irdes : P151

Knowledge about the cost-effectiveness of innovative technologies or new guidelines in health care is more and more a necessary condition for implementation in common practice. However there are situations where implementation of a new technology that is found more effective and cost effective is strongly advocated by the medical profession stagnates. The reason for this is the discrepancy between long-run efficiency, on which cost effectiveness is based, and short-run efficiency. This paper addresses the potential paradox between long-run and short-run efficiency in health care and explores possibilities to overcome hurdles to implementation due to that paradox.

► Médicaments

41260

ARTICLE

SCHUNEMANN (H.), KUNZ (R.), FALCK-YTTER (Y.), SANTESSO (N.)

Procedures and methods of benefit assessments for medicines in Germany: give the child a name.

Procédures et méthodes d'analyse-coût bénéfice des médicaments en Allemagne : donner un nom à l'enfant.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/05 ; vol. 10 : n° 2 : 237-238

Cote Irdes : P151

► Psychiatrie

41317

ARTICLE

ROELANDT (J.-L.), LEQUIN (F.), PORTEAUX (C.)

Résultats de l'évaluation médico-économique d'un secteur de psychiatrie (1995-1997).

SANTE PUBLIQUE

2008/11-12 ; vol. 20 : n° 6 : 589-603

Cote Irdes : C, P143

De 1995 à 1997, une étude médico-économique a été menée sur un secteur de psychiatrie publique afin d'explorer les variables explicatives de la variabilité du coût des soins psychiatriques. Les résultats montrent que les coûts sont indépendants de la pathologie, mais corrélés au niveau de dépendance médico-sociale et à l'existence ou non de relais sociaux et familiaux. C'est le suivi de patients avec des diagnostics de démence, déficits intellectuels ou troubles schizophréniques, qui coûte le plus cher à l'année. Si les variables sociologiques sexe, âge et profession sont hautement significatives dans la répartition des coûts, ceux-ci sont indépendants de la qualité et de la production des soins, mesurés grâce à l'échelle globale de fonctionnement (EGF). 10 % des patients de la file active consomment 75 % des ressources disponibles mais seulement 50 % de l'ambulatorio. En définitive c'est le maintien à l'hôpital qui influence les coûts. L'augmentation de la file active et des actes ambulatoires vient palier année par année la diminution constatée du temps plein hospitalier. Quelle que soit la pathologie, le temps plein hospitalier a le même coût. Les 10 %

des patients dont la prise en charge coûte le plus ont tous les diagnostics de la CIM 10, les patients schizophréniques en représentant moins de la moitié.

41666

FASCICULE

CHEVREUL (K.), DURAND-ZALESKI (I.) et al.

The role of HTA in coverage and pricing decisions : a cross-country comparison.

Le rôle de l'évaluation des technologies médicales dans les prises de décision relatives aux remboursements et aux prix : une comparaison internationale.

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

2009 ; vol. 11 : n° 1 : 12p., , tabl.

Cote Irdes : c, Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver_spring2009.pdf

This issue analyses Health Technology Assessment (HTA) from an international perspective and presents five case-studies on England, Germany, France, the Netherlands and CEE countries.

► Qualité des soins

40882

ARTICLE

DUPAGNE (D.)

Qualité et santé. 4e partie : la pairjectivité, une nouvelle approche scientifique ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/01 ; vol. 5 : n° 1 : 29-33

Cote Irdes : P198

Un article précédent analysait les limites de l'objectivité en tant que support exclusif de la médecine scientifique. Ce nouvel article s'intéresse à des approches subjectives ou considérées comme telles (définir la subjectivité est complexe et ses limites sont floues). La jonction pondérée de nombreuses subjectivités fournit déjà des outils efficaces dans de nombreux domaines, comme le montre le fonctionnement de Google : une approche totalement subjective a révolutionné la pertinence de la recherche et le classement de l'information sur internet. Le terme de « pairjectivité » fait référence à la notion de pairs, évoquant à la fois la pratique de la « relecture par les pairs

» et les réseaux « pair à pair » utilisant l'interactivité permise par Internet (respectivement peerjectivity, peer review et peer to peer en anglais). Ce mariage entre subjectivité transparente et concept du « pair à pair » ouvre des portes qui fascinent ou effraient, mais pourraient nous sortir de l'ornière objectiviste dans laquelle la médecine s'embourbe depuis une vingtaine d'années.

MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

► Banques de données

42026

ARTICLE

JARDIN (M.), BOCQUIER (A.), NAULEAU (S.), MILLON (C.), VERGER (P.)

Impact de l'estimation de la population affiliée à l'assurance-maladie sur le calcul de la prévalence pharmacologique du diabète à l'échelle régionale et territoriale.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2009/06 ; vol. 57 : n° 3 : 159-167, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : C, P11

Mallgré leur intérêt pour l'observation sanitaire, les bases de remboursements de l'assurance-maladie sont peu exploitées à l'échelle territoriale, cela en partie en raison de l'absence de données fiables sur les effectifs de bénéficiaires. La simplification récente de l'indicateur du Répertoire national interrégimes de l'assurance-maladie (RNIAM) offre la possibilité d'améliorer l'exploitation de ces bases. Celui-ci précise le statut des bénéficiaires vis-à-vis des caisses primaires d'assurance-maladie. L'objectif de cette étude est de définir la population des bénéficiaires à retenir pour la construction d'indicateurs de recours aux soins. Méthodes : À partir des bases de données du régime général stricto sensu de l'assurance-maladie de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca), les caractéristiques des bénéficiaires ont été comparées selon la modalité RNIAM ; les prévalences pharmacologiques du diabète, brutes et standardisées sur l'âge, ont été calculées dans la population de la base initiale et dans celle des bénéficiaires « effectifs » (situation régularisée et bénéficiaires gérés par le régime général de l'assurance-maladie), en Paca et dans les 25 territoires de proximité. Résultats : Parmi les 4 817 871 bénéficiaires

de la base initiale, près de 80% étaient des bénéficiaires « effectifs », 14% des personnes ayant changé de régime ou de région et 4% des dossiers étant des « doublons ». La prévalence pharmacologique brute du diabète, de 3,31% dans la base initiale, augmentait de plus de 20% en restreignant l'étude aux bénéficiaires « effectifs ». L'impact sur la prévalence standardisée était plus faible (+9% en moyenne), mais variait de façon importante selon les territoires (entre +6 et +42%). L'impact du choix de la population était plus important sur les taux spécifiques par âge et sexe. Conclusion : La population des bénéficiaires « effectifs » semble la population la plus pertinente à prendre en compte pour le calcul d'indicateurs de recours aux soins chez les assurés du régime général de sécurité sociale à différentes échelles territoriales. Les changements à venir au niveau de la mise à jour des bases de remboursements de l'assurance-maladie, notamment la date d'actualisation de l'indicateur RNIAM, permettront d'affiner la construction d'indicateurs.

► Capital humain

41552

ARTICLE

SULTAN-TAIEB (H.), TESSIER (P.), BEJEAN (S.)

Capital humain : quels critères de choix pour l'évaluation des pertes de production ?

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ÉCONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 293-306, 6 tab.

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Cet article propose une nouvelle approche de la confrontation entre les méthodes du capital humain (mch) et des coûts de friction (mcf) pour estimer les pertes de production liées à la maladie. Il défend l'idée que leur pertinence peut être appréhendée sur la base de deux critères : le type d'absence au travail considéré (maladie ou décès) et le mode d'évaluation employé (analyse coût-efficacité, coût-utilité, etc.). Il élabore alors des recommandations d'utilisation de la mch et de la mcf visant à éviter les sur ou les sous-comptabilisations des effets de la maladie. L'analyse souligne que ces deux méthodes ne devraient pas être systématiquement opposées mais peuvent être utilisées de manière différenciée.

► Enquêtes de santé

41551

ARTICLE

DAVIN (B.), JOUTARD (X.), PARAPONARIS (A.), VERGER (P.)

Endogénéité du statut du répondant dans les enquêtes sur la santé : quelles implications pour la mesure des besoins d'aide ?

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 275-291

Cote Irdes : P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

Dans les enquêtes sur la santé en population générale, lorsque l'état de santé des personnes interrogées est trop dégradé pour que l'information soit recueillie directement auprès d'elles, il est fréquent de les aider ou de les remplacer par un répondant proxy, ce qui fait naître un risque d'endogénéité du statut du répondant à l'état de santé du sujet interrogé. Cet article propose une modélisation permettant de tenir compte de la double endogénéité potentielle du recours à un proxy dans l'estimation de deux équations probit de la déclaration, par des personnes âgées vivant en domicile ordinaire, de besoins d'aide d'une part et de besoins d'aide non satisfaits ou insuffisamment satisfaits d'autre part. À la différence des résultats publiés en la matière, il apparaît que les répondants proxy n'ajoutent aucune subjectivité dans l'évaluation des besoins des personnes âgées vivant en domicile ordinaire mais que leur subjectivité semble bien réelle lors de l'évaluation de la satisfaction de ces mêmes besoins

► Méthodes épidémiologiques

40807

ARTICLE

CHAPIREAU (F.)

Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.). Paris. FRA

Quel projet épidémiologique en psychiatrie pour la statistique publique ?

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2008/12 ; vol. 56 : n° 6 : 399-406

Cote Irdes : C, P11

La statistique publique utilisée en psychiatrie est en cours de réorganisation. L'Académie des sciences et des professionnels a déclaré que les épidémiologistes devraient être impliqués lors de l'élaboration des bases de données de grande taille. Les trois volets du système statistique public actuel sont décrits : les données de routine, les enquêtes ponctuelles exhaustives et les enquêtes sur échantillons représentatifs. Les objectifs épidémiologiques de la statistique publique sont analysés selon deux axes : l'étude des inégalités d'accès aux soins ainsi que pendant les soins et l'étude des populations soignées. Quelques conséquences sur la manière d'utiliser les indicateurs sont discutées. L'importance de la question de l'accès aux soins en psychiatrie est connue depuis la recherche dite *epidemiologic catchment area*. Quoique les inégalités d'accès aux soins psychiatriques représentent un important domaine de recherche, peu de travaux y sont consacrés en France. Elles devraient d'autant plus être étudiées en France que, depuis 1960, la psychiatrie de service public est sectorisée en vue d'assurer la continuité des soins. Des modèles peuvent être utilisés dans ce but, plus particulièrement les deux livres sur l'itinéraire des soins de Golberg and Huxley, ainsi que la matrice de santé mentale de Thornicroft and Tansella. La dynamique interne des populations en soins psychiatriques est apparentée aux questions précédentes ; plusieurs exemples de recherches possibles sont donnés. Cependant, puisque les populations soignées sont construites, leur processus de construction doit être analysé sous peine d'un biais dans les comparaisons entre populations. Trois facteurs contribuent à décrire ce processus : les relations avec les populations voisines, la propension à entrer dans la population soignée et le périmètre de la population soignée. Les conséquences sur l'utilisation des indicateurs sont discutées à propos de trois exemples : la prévalence, la durée des soins et le taux de réhospitalisation. Il est important d'organiser un système d'information cohérent à propos des soins psychiatriques, basé sur une problématique d'ensemble. Les enjeux et les résultats dépassent le seul domaine psychiatrique (Résumé d'auteur).

42031

ARTICLE

SARDON (P.)

La normalisation des années espérées de vie perdues.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2009/06 ; vol. 57 : n° 3 : 214-216

Cote Irdes : C, P11

Cet article commente un précédent article paru dans la RESP en 2008 sur la mesure de la mortalité prématurité (Lapostolle). Dans ce précédent article, il est écrit qu'il est préférable de substituer à l'analyse des décès avant 65 ans celles des années espérées de vie perdues (AEVP). Cependant, dans la mesure où tout indicateur a le plus souvent un domaine d'application optimal, le rapprochement de plusieurs indicateurs permet souvent de compléter les informations que chacun fournit isolément. En l'occurrence, la confrontation des pourcentages obtenus à partir de chacun des deux indicateurs permet de mieux distinguer les causes de décès pour lesquelles la mortalité évitable est tardive de celles pour lesquelles cette dernière est, au contraire, plus précoce. En conclusion, il apparaît que l'indicateur, normalisé par la table de mortalité, des années estimées de vies perdues est très facile à mettre en oeuvre, puisque la seule donnée nouvelle nécessaire est la répartition par âge des décès de la table de mortalité de laquelle les espérances de vie à chaque âge sont extraites. Son domaine d'application est le même que celui de l'indicateur brut. Il souffre des mêmes limitations que ce dernier à l'exception, importante, du fait qu'il ne dépend pas de la structure par âge de la population, ce qui facilite les comparaisons internationales. Il est, en effet, plus facile de limiter des comparaisons directes à des pays ayant des espérances de vie voisines, qu'à ceux qui auraient des effectifs et des structures par âges voisins.

► Méthodes statistiques

39141

ARTICLE
MESLE (F.), VALLIN (J.)

Effet de l'adoption de la CIM-10 sur la continuité de la statistique des décès par cause. Le cas de la France.

POPULATION

2008 ; vol. 63 : n° 2 : 383-396, fig., tabl.

Cote Irdes : P27/1

La reconstruction de séries temporelles cohérentes des décès par cause classés selon la version la plus récente de la Classification Internationale des Maladies (CIM) s'avère particulièrement difficile en France depuis qu'elle a adoptée, en 2000, la 10^e révision de la CIM. Non seulement les changements opérés par cette dernière sont nombreux et complexes,

mais la France a aussi cette année-là radicalement changé son mode de production de la statistique des causes de décès en substituant la codification automatique à la codification manuelle. Il est quasiment impossible de faire la part entre les ruptures statistiques dues au changement de nomenclature et celles qui tiennent à l'automatisation de la procédure. La réalisation très louable par l'Inserm d'une double codification (selon la CIM-9 et selon la CIM-10) sur un échantillon de décès n'est hélas que d'un secours limité en raison du trop petit nombre d'observations ainsi traitées. Peut-on s'appuyer avec plus de succès sur les résultats obtenus à plus grande échelle au Etats-Unis ou en Angleterre ou sur une analyse approfondie des causes multiples de décès ? Rien n'est moins sûr (Résumé de l'auteur).

► Modèles économiques

41258

ARTICLE
SANJO (Y.)

Quality choice in a health care market: a mixed duopoly approach.

Le choix de la qualité dans le marché de la santé : une approche duopolistique mixte.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH
ECONOMICS (THE)

2009/05 ; vol. 10 : n° 2 : 207-215, fig.

Cote Irdes : P151

We investigate a health care market with uncertainty in a mixed duopoly, where a partially privatized public hospital competes against a private hospital in terms of quality choice. We use a simple Hotelling-type spatial competition model by incorporating mean-variance analysis and the framework of partial privatization. We show how the variance in the quality perceived by patients affects the true quality of medical care provided by hospitals. In addition, we show that a case exists in which the quality of the partially privatized hospital becomes higher than that of the private hospital when the patient's preference for quality is relatively high.

► Questionnaires de satisfaction

ANTONIOTTI (S), BAUMSTARCK-BARRAU (K), SIMEONI (M C), SAPIN (C), LABARERE (J), GERBAUD (L), BOYER (L), COLIN (C), FRANCOIS (P), AUQUIER (P)

Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45.

Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients utilisé dans les hôpitaux français : le QSH-45.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2009 : vol. 21 : n° 4 : 243-252.

Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: To develop a generic French self-administered instrument for measuring hospitalized patients' satisfaction based on the patient's point of view: the questionnaire for satisfaction of hospitalized (QSH) patients. **DESIGN:** The development was supervised by a steering committee and undertaken through three standard steps. Item generation was derived from 95 face-to-face interviews, performed in hospitalized patients and in patients scheduled to be admitted. The item reduction led to a 69-item questionnaire. The validation process was based on validity, reliability and some aspects of external validity. **SETTING:** Medical, surgical and obstetrical departments (n = 187) of public hospitals (n = 11) from different French regions (n = 3). **PARTICIPANTS:** Eligible patients were adult subjects hospitalized for at least 24 h. **MAIN OUTCOME MEASURES:** QSH, sociodemographic data, hospitalization department, visual analogue scales of satisfaction. **RESULTS:** The final version of QSH contained 45 items describing 9 dimensions, leading to 2 composite scores (staff and structure index). The factor structure accounted for 71% of the total variance. Internal consistency was satisfactory (item-internal consistency over 0.40; Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.76 to 0.96). The scalability was satisfactory with inlier-sensitive fit (INFIT) statistics inside an acceptable range. Scores of dimensions were strongly positively correlated with visual analogue scale scores (all P < 0.001). External validity showed statistical associations between QSH scores and age or department. Participation rate was 91%. **CONCLUSIONS:** The availability of a reliable and valid French questionnaire concerning hospitalized patients' satisfaction, exclusively generated from patients' interviews, enables patient feedback to be incorporated in a continuous quality health-care improvement strategy.

► Systèmes d'information

39222

ARTICLE

Institut de données de santé.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/12, 2008/03 ; n° 61-62 : 109-

Cote Irdes : C, P49

<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-61/ad61109109.pdf>

L'Institut des données de santé assure la cohérence et veille à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie. Il veille à la mise à disposition de ses membres, de la Haute Autorité de santé, des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ainsi que d'organismes désignés par décret en Conseil d'État, à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, des données issues des systèmes d'information de ses membres, dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Il transmet chaque année son rapport d'activité au Parlement.

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

► Vieillesse démographique

41490

ARTICLE

LE BOURG (E.)

Du mauvais usage de mauvais chiffres dans le débat sur le vieillissement de la population.

RETRAITE ET SOCIETE

2008/10 ; n°55 : 133-145

Cote Irdes : P63

Les questions démographiques ont donné lieu et peuvent encore donner lieu en France à des débats vigoureux, comme en témoigne la «querelle de l'Ined» au début des années 1990, mais aussi à des articles présentant les réalités démographiques de façon tendancieuse ou même fantaisiste. Cet article en donne quelques exemples portant sur les questions de longévité humaine, de la fécondité et de la taille de la population française. Ces mauvais

chiffres ont pollué et obscurci le débat social autour de la question du vieillissement de la population. Depuis quelques années, il semble cependant que ces questions démographiques soient abordées par les spécialistes du domaine de façon plus raisonnée (Extrait du résumé d'auteur).

RÉGLEMENTATION

► Effets indésirables des soins

39616
ARTICLE

Signaler les effets indésirables des soins : enjeux et limites.

REVUE PRESCRIRE
2008/11 ; vol. 28 : n° 301 : 864-866
Cote Irdes : P80

En France, les obligations actuelles de déclaration d'effets indésirables liés aux soins contribuent à la veille sanitaire, mais de manière dispersée. Une véritable gestion des risques n'est officiellement prévue que dans les établissements de santé. Censée être déjà obligatoire en France, la déclaration des événements indésirables graves fait seulement l'objet d'une expérimentation. Le signalement direct par les patients avance à petits pas en France.

► Indemnités journalières

41332
ARTICLE
TAURAN (T.)

Le contentieux relatif aux indemnités journalières de l'assurance maladie.

DROIT SOCIAL
2009/05 ; n° 5 : 592-599
Cote Irdes : P109

L'article L.321.1, 5e du Code de la Sécurité sociale prévoit que l'assurance maladie comporte le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui est placé dans l'incapacité physique, constatée par son médecin traitant - de continuer ou de reprendre son travail. La présente étude se limite à l'examen du contentieux récent relatifs à ces indemnités (prestations en espèces) et laisse de côté celui qui porte sur les prestations en nature de l'assurance maladie.

► Médicaments

41087
ARTICLE
PEIGNE (J.), SIRANYAN (V.), MASCRET (C.) et al.

Le droit du médicament : évolutions récentes (dossier).

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
2007/07-08 ; n° 4 : 579-632
Cote Irdes : A3862

Ce dossier passe en revue l'évolution du droit français dans le domaine pharmaceutique en parallèle avec l'évolution du droit communautaire. Les points abordés sont les suivants : le droit du médicament après la loi du 26 février 2007 et l'ordonnance du 26 avril 2007 ; les responsabilités relatives aux médicaments préparés à l'officine ; les enjeux et perspectives des médicaments en automédication, ; les oubliés de la santé : médicaments orphelins et médicaments pédiatriques ; les personnes âgées face aux médicaments dans le cadre des EHPAD.

► Préjudices liés aux soins

40647
ARTICLE
LATIL (F.), CARDONA (J.), DE BOER (W)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

Pour une maîtrise médicalisée des préjudices liés aux soins.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2008/10-12 ; n° 4 : 331-342
Cote Irdes : C, P25

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

L'objectif était de comparer les risques encourus pour préjudices liés aux soins aux États-Unis et en France. Les risques de plaintes pour préjudice médical en France et aux États-Unis sont équivalents si l'on considère qu'en France il y a d'autres façons que le procès d'obtenir réparation. Il se dégage de cette analyse la grande variété des procédures d'un pays à l'autre qui vont de la recherche de responsabilité exclusive à la réparation sans faute. Aux États-Unis les politiques sont très engagées dans la dépénalisation. En France, où une position moyenne a été adoptée, des procé-

res de déclaration se mettent en place. Le recours contre les tiers (RCT) responsables de ces accidents génère d'importantes rentrées financières pour les caisses d'assurance maladie. Mais les données enregistrées lors de ces opérations sont actuellement utilisées à visée purement comptable et individuelle. Une individualisation des accidents médicaux au sein du RCT pourrait permettre la constitution d'une banque de données médicales à visée épidémiologique.

► **Index des auteurs**

A

ABECASSIS (P.).....	73
ABELSON (J.).....	17
ADANG (E.M.M.).....	85
ADENOT (I.).....	76
AFSA (C.).....	38
Agence Fédérale d'Information Mutualiste. (A.F.I.M.)	31
AGUDELO-SUAREZ (A).....	44
ALLARIA-LAPIERRE (V.).....	51
ALLEMAND (H.).....	50, 52, 53, 68
ALONSO (J.).....	80
AMBROISE-THOMAS (P.).....	72
AMICK III (B C).....	46
ANDERSON (D).....	62
ANDRESKI (P.M.).....	41
ANDRIEU (S.).....	36
ANIA (O.).....	69
ANTONANZAS (F).....	84
ANTONIOTTI (S).....	90
APAIRE (E.).....	35
Arguments Socio-Economiques pour la Santé. (A.R.G.S.E.S.).....	48, 49
ATTAL-TOUBERT (K.).....	51
AUQUIER (P).....	90
AVALOSSE (H.).....	79

B

BAHNEY (B W).....	44
BAILLOT (S.).....	59
BALFOUR (G.).....	30
BARA (S.).....	33
BARNAY (T.).....	26
BARNIGHAUSEN (T.).....	70
BARON (P.).....	22
BARRY (C L).....	75
BASECQ (D.).....	67
BASER (O).....	64
BAUMSTARCK-BARRAU (K).....	90
BECH (M.).....	31
BECK (F.).....	35
BEGUE (P.).....	72
BEJEAN (S.).....	29, 87
BELOT (A.).....	33
BENACH (J).....	47
BENALLAH (S.).....	25
BENHAMOU (E.).....	33

BERGMAN (H.).....	56
BERNARD (A.).....	72
BERNSTEIN (D.).....	55
BERR (C.).....	36
BICHER (E.).....	65
BINDER FOUCARD (F.).....	33
BIRKMEYER (J D).....	64
BLEICH (S.N.).....	20
BLOOM (D.E.).....	70
BOCQUET (H.).....	30
BOCQUIER (A.).....	87
BOIZOT-SZANTAI (C.).....	34
BONGARD (V.).....	30
BONNET (C.).....	25
BONTEMPS (G.).....	59
BOOK (R A).....	64
BOREL (T.).....	17
BORIES-MASKULOVA (V.).....	51
BORRELL (C).....	47
BOSSARD (N.).....	33
BOURGEOIS (A.).....	21
BOURGEOIS (M.).....	51
BOURGUEIL (Y.).....	18
BOUVIER (A.M.).....	33
BOYER (L).....	90
BREMOND (A).....	54
BRIARD (K.).....	26
BRIFFAUT (C.).....	66
BROCKMANN (H.).....	40
BROWN (L.).....	80
BUDET (J.-M.).....	50
BUE (J.).....	38
BURSTROM (B).....	47, 82
BUSCH (A B).....	75
BUSCH (S H).....	75
BUTTARD (A.).....	20

C

CABASES HITA (J.).....	80
Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.)	48
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).....	31
CAMBOIS (E.).....	18
CAMIRAND (J.).....	43
CARDONA (J.).....	91
CARRERE (M. O.).....	54
CARRERE (M.O.).....	84
CASES (C.).....	25

CAULIN (C.)	76	DEBOOSERE (P)	47
CAVALLI (S.)	43	DE KONINCK (M.)	46
Cemka-Eval	78	DELAFOSSE (P.)	33
CHABROL (A.)	39	DELAVEAU (P.)	72
CHAMBARETAUD (S.)	23	DEMEAUX (J.L.)	27
CHANG (G M)	57	DE PERETTI (G.)	35
CHAPELON (J.)	83	DE POUVOURVILLE (G.)	59
CHAPIREAU (F.)	88	DEROCHE (C.)	36
CHARLES (C.)	54	DEROUBAIX (D.)	65
CHAUSSAIN (J.-L.)	72	DE STAMPA (M.)	56
CHEVREUL (K.)	86	DEVOUE (E.M.)	28
CHIRON (M.)	32	DIMICK (J B)	64
CHRISTENSEN (K B)	40	DING (T.)	22
CLAVIER (C.)	50	Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	66
COLIN (C.)	90	DOBSON (A)	64
COLONNA (M.)	33	DOMIN (J.P.)	52
Commission sur les Missions et l'Organisation des Soins en Psychiatrie et Santé Mentale	19	DOMINO (M E)	75
Compagh-Inserm	63	DRAHI (E.)	27
CONIGLIANI (C.)	83	DREUX (C.)	35
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.)	26	DUBOIS (B.)	36
CONSTANT (A.)	32	DUBOIS (F.)	35
CORNELIS (K.)	79	DUBOIS (G.)	35,77
CORRIOL (C.)	63	DUC (C.)	25
COSTA-FONT (J.)	80	DUEE (M.)	21
COSTA (G)	47	DUJOL (J.B.)	27
COUDERT (C.)	63	DUMITRU (V.)	43
COUDERT (H.)	51	DUMOND (J.-P.)	39
COUTINET (N.)	73	DUPAGNE (D.)	86
COUTROT (T.)	38	DURAND (A.C.)	60
CRAINICH (D.)	67	DURAND (E.)	37
CRISTOFARI (J.J.)	65	DURAND-ZALESKI (I.)	86
CUERQ (A.)	31		
CUNNINGHAM (P J)	56		

D

D'AMOUR (D.)	68
DANG (A.T.)	18
DANG HA DOAN (B.)	50, 52, 53, 68, 69
DANZON (A.)	33
DARTIGUES (J.-F.)	36
DAUBAS-LETOURNEUX (V.)	38
DAUBISSE (L.)	33
DAUCOURT (V.)	63
DAVIN (B.)	42, 88
DAWKINS (P.)	79
DEBECQ (J.F.)	74
DE BOER (W.)	91

E

EDAMMA (O.)	30
EPSTEIN (A M)	64
ESCARCE (J J)	44
ESPELT (A)	47
ESSLINGER (E)	62
ETILE (F.)	34
EUZEBY (A.)	23
EVIN (C.)	60
EVOY (B.)	17

F

FALCK-YTTER (Y.).....	86
FARRAR (S.).....	66
FARSI (F.).....	54
FELLINGER (F.).....	65
FINK (C.).....	30
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.....	24
FRANC (C.).....	29,71
FRANCOIS (P).....	90
FRANZINI (L.).....	46
FRAYSSE (B.).....	30
FRECHOU (H.).....	55
FREEDMAN (V.A.).....	41

G

GABEL (J R.).....	22
GAFNI (A.).....	54
GAGEY (S.).....	52
GALLOIS (P.).....	28
GANNON (B.).....	36
GARCIA (A M).....	44
GARCIA-GONI (M.).....	32
GARI (A).....	44
GAUTHIER (S.).....	23
GAY (B.).....	27
GAYMU (J.).....	41
GENTILE (S.).....	60
GERACI (M.).....	25
GERBAUD (L.).....	39,90
GERBEAUX (P.).....	60
GEROLIMON (O.).....	59
GIEDION (U).....	80
GIL-GONZALEZ (D).....	44
GILLIS (O.).....	79
GILMER (T. P.).....	22
GIRARDIN (M.).....	43
GIVORD (C.).....	38
GODIN (J.N.).....	63
GOULET (L.).....	68
GRAND (A.).....	36
GRASS (E.).....	27
GRAVELLE (H).....	62
GREER (S.L.).....	82
GREMY (F.).....	77

GRENIER (C.).....	63
GRIGNON (M.).....	17,45,79
GROOT (W.).....	55,59
GROSCLAUDE (P.).....	33
Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Stratégies. (G.E.R.S.).....	75
GRYTTE (J).....	57
GUICHARD (C.).....	29
GUIGNON (N.).....	38
GUILLAUMAT-TAILLET (J.-P.).....	55
GUILLAUME (S.).....	43
GUILLAUMOT (P.).....	36
GUIZARD (A.V.).....	33
GULLIFORD (M.).....	45

H

HAGEN (T P).....	60
HAGINO (H).....	58
HAIRAULT (J.O.).....	42
HARRIST (R B).....	46
HARTMANN (L.).....	23
HAZAN (E.).....	57
HEATH (P. T.).....	30
HEBERT (C.).....	46
HEDELIN (G.).....	33
HELARDOT (V.).....	38
HELMER (C.).....	36
HELMERT (U.).....	40
HENCHOZ (K.).....	43
HENNION-AOURIRI (M.).....	21
HENRION (R.).....	35
HILLEMAND (B.).....	35
HONEKAMP (I.).....	21
HORIKAWA (H).....	75
HUDSON (J).....	44
HUGUET (M.).....	69
HUIJSMAN (R.).....	28
HUSKAMP (H A).....	75
HUTTER (F).....	84

I

IBERN (P.).....	32
INORIZA (J.M.).....	32
Institut de données de santé.....	90

Institut de la Statistique du Québec. (I.S.Q.)	43
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.)	43
Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.)	88
ISOKAWA (Y)	58
ITO (Y)	58
IVALDI (E)	46
IWASHYNA (T J)	63

J

JANY-CATRICE (F.)	49
JARDIN (M.)	87
JEANDIDIER (B.)	23
JHA (A K)	64
JOEL (M.-E.)	36
JOLIVET (A.)	42
JOSEPHSON (M)	40
JOUGLA (E.)	33
JOUTARD (X.)	88
JUAREZ (C)	84
JUSOT (F.)	45

K

KAHN (J M)	63
KAUFMANN (O.)	78
KAWAKAMI (K)	75
KNOWLES (B)	62
KOK (I.)	82
KONDO (A)	58
KOOLMAN (X)	47
KRONEMAN (M.D.)	55
KRONICK (R.)	36
KRONICK (R. G.)	22
KUNST (A)	47
KUNZ (R.)	86

L

LABADIE (J.F.)	68
LABARERE (J)	90

LABBE (E.)	39
LABRIOLA (M)	40
LAFFITEAU (C.)	35
LAFONT (S.)	32
LAGARDE (E.)	32
LAJOUX (C.)	72
LANCRY (P.J.)	75
LANGOT (F.)	42
LAPOINTE (L.)	56
LATIL (F.)	91
LAUNOIS (B.)	35
LAUNOIS (G.)	34
LAUNOIS (R.)	84
LAUNOY (G.)	33
LAURISDEN (J.)	31
LAVALLART (B.)	36
LE BOURG (E.)	90
LEBOURG (N.)	21
LECLERCQ (P.)	67
LECORPS (P.)	17
LEFEBVRE (A.)	52
LEGAL (R.)	24
LEGENDRE (F.)	25
LEGLEYE (S.)	35
LEHEMBRE (O.)	19
LEITE (T.)	63
LELEU (H.)	67
LEMMENS (K.)	28
LEMOINE (B.)	74
LE NEZET (O.)	35
LE NOC (Y.)	28
LE PEN (C.)	29, 74, 83
LEQUIN (F.)	86
LETABLIER (M.T.)	18
LE VAILLANT (M.)	29, 59
LE (V M)	71
LEVREY (P.)	21
LEVY (D.)	50, 52, 53, 68, 69
LEXCHIN (J)	77
LORANT (S.)	59
LORENTE (R)	84
LORE (R.)	22
LUDWIG (J)	76
LUDWIG (M)	59
LUND (T)	40
LURIE (N)	44

M

MAILLOCHON (F.).....	35
MAIRIAUX (P.).....	37
MANSYUR (C L).....	46
MARCOTTE (D E).....	76
MARESCHAL (B.).....	67
MARINACCI (C).....	47
MARTI (L.J.).....	69
MARTIN (L.G.).....	41
MARTINS (D.).....	67
MARTINUSSEN (P E).....	60
MARTY (M.L.).....	27
MASCRET (C.).....	91
MATSAGANIS (M.).....	47, 81
MAULEON (A.).....	67
MCDEVITT (R.).....	22
MERDINGER RUMPLER (C.).....	61
MERTENS (R.).....	79
MESLE (F.).....	18, 89
MICHAUD (C.).....	17
MILCENT (C.).....	59, 67
MILLON (C.).....	87
Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.).....	66, 79, 81
MINVIELLE (E.).....	63
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (Mildt).....	35
MITRAKOS (T.).....	47, 81
MITTON (C.).....	17
MIZRAHI (An).....	48, 49
MIZRAHI (Ar).....	48, 49
MOLINIE (F.).....	33
MOLINIER (L.).....	30
MONNERAUD (L.).....	58
MORELLE (M).....	54
MOSSIALOS (E.).....	81
MOULIN (J.J.).....	39
MOUMJID (N).....	54
MOURET (M.-E.).....	66
MOUSQUES (J.).....	70
MULLER (M.).....	37
MULLER (R.).....	40
MUNTANER (C).....	47
MURRAYC (C.J.L.).....	20
MUSGROVE (P.).....	80
MUSSCHE (N.).....	79

N

NACHIN (P.).....	85
NAIDITCH (M.).....	70
NAULEAU (S.).....	87
NAVARRO (V.).....	47
NEPPEL (C.).....	61
NIEBOER (A.).....	28
NORBERG (K).....	76
NORDMANN (R.).....	35
NORMAND (S L).....	75
NOVELLA (J.L.).....	56
NYMAN (J. A.).....	21

O

Observatoire Français des Conjonctures Economiques. (O.F.C.E.).....	18, 26, 42
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.).....	35
OGG (J.).....	43
ORAV (E J).....	64
ORTIZ (A.).....	39
OR (Z.).....	25, 59, 65
ÖZALTINB (E.).....	20

P

PALANGKARAYA (A.).....	79
PARAMIO-PEREZ (G).....	44
PARAPONARIS (A.).....	42, 88
PARIS (V.).....	18
PASARIN (M I).....	47
PAVOT (J.).....	69
PEACOCK (S.).....	17
PEDEN (A.).....	29
PEIGNE (J.).....	91
PELLETIER-FLEURY (N.).....	29, 71
PENE (P.).....	77
PEPIN (S.).....	31
PERRAUT SOLIVERES (A.).....	57
PERRIER (L.).....	84
PETROU (S.).....	30
PHILO (C).....	49
PIANA-ROGEZ (A.).....	66
PICKREIGN (J.).....	22

PICKSTONE (J).....	49
PIGNAUD (X.).....	22
PIKHART (H).....	37
PINEAULT (R.).....	68
PINILLOS (M).....	84
PIN LE CORRE (S.).....	36
PIRSON (M.).....	67
PITKIN (D K).....	44
PODEUR (A.).....	19
POMMIER (P.).....	84
PONCET (M.).....	36
PONSEILLE (M.).....	63
PORTEAUX (C.).....	86
PORTHE (V).....	44
POSSENRIEDE (D.).....	21
POUVOURVILLE (G. de).....	66
POUZAUD (F.).....	77
PREVOT (J.).....	42
PUYOULET (F.).....	36
PYLYPCHUK (Y).....	44

R

RAFFARIN (J.P.).....	74
RAY (J.C.).....	23
REGIDOR (E).....	47
REINSTADLER (A.).....	23
RENARD (E.).....	29
RENAUD (T.).....	59
RENAUT (S.).....	43
RESCH (A.).....	30
REUIL (H.).....	48
RICHAUD (J.).....	57
RICORDEAU (P.).....	31
RIGAL (M.).....	69
RIGAUD (D.).....	22
ROBERT (P.).....	36
ROBERTS (R E).....	46
ROCHEFORT (T.).....	38
ROCHUT (J.).....	67
RODRIGUEZ-IBEAS (R).....	84
RODRIGUEZ-SANZ (M).....	47
ROELANDT (J.-L.).....	86
ROLLAND (S.).....	54
ROMAN-RAMOS (P.).....	70
RONDA-PEREZ (E).....	44
ROSKAM (A J).....	47
ROSMAN (S).....	71
RYAN (A M).....	64

S

SAKA (O.).....	83
SALMI (L. R.).....	32
SAMBUC (R.).....	60
SANDRET (N.).....	38
SANJO (Y.).....	89
SAN MARTIN-RODRIGUEZ (L.).....	68
SANTANA (P).....	47
SANTESSO (N.).....	86
SAOUT (C.).....	18
SAPIN (C).....	90
SARDON (P.).....	88
SASS (C.).....	39
SCHAAP (M).....	47
SCHADE (C P).....	62
SCHOEN (R.F.).....	41
SCHROEDER (E. A.).....	30
SCHUNEMANN (H.).....	86
SCIORTINO (V.).....	51
SCODELLARO (C.).....	36
SENTILHES-MONKAM (A.).....	62
SERMET (C.).....	43
SICART (D.).....	70
SICILIANI (L).....	62
SIMEONI (M C).....	90
SIRANYAN (V.).....	91
SMITH (N.).....	17
SNELGROVE (J W).....	37
SOPRASEUTH (T.).....	42
SORENSEN (R J).....	57
SPIKA (S.).....	35
SPYCHER (S.).....	83
STAFFORD (M).....	37
STAIGER (D O).....	64
STERDYNYAK (H.).....	26
STOCKLEY (K E).....	55
STRATING (M.).....	28
SUAREZ (C.).....	19
SULTAN-TAIEB (H.).....	29, 87
SUN (Y).....	62
SUSSEX (J.).....	66
SYLVESTRE-BARON (P.).....	84

T

TABUTEAU (D.).....	17, 52
TANCREDI (A).....	83

TAURAN (T.).....	91
TEITELBAUM (J.).....	50, 52, 53, 68
TEN HAVE (T R).....	63
TESSIER (P.).....	87
TESTI (A).....	46
THOMSON (S.)	81
TONNELIER (F.).....	58
TORRES (D.-L.)	19
TOUZET (S.)	85
TRETARRE (B.).....	33
TSAKLOGLOU (P.).....	47, 81
TSUBOUCHI (M).....	75
TUBIANA (M.).....	35
TUNG (Y C).....	57

U

URIBE (M V).....	80
------------------	----

V

VACHERON (A.).....	72
VAEZ (M)	40
VALENTINI (H.)	46
VALLEE (J.P.).....	28
VALLIN (J.)	89
VAN (D E).....	47
VAN DER KELEN (E.)	67
VANDERSCHULDEN (M.).....	51
VAN DER ZEE (J.).....	55
VAN (G M)	71
VAN HOOF (F.).....	82
VAN (M F).....	59
VAN (O T).....	47
VAN ROEKEGHEM (F.).....	21
VAROL (N.).....	83
VEDEL (I.)	56
VELLAS (B.)	36
VENTELOU (B.)	54
VERGER (P.).....	42, 87, 88
VICAUT (E.).....	72
VIDON (G.).....	61
VIGNALLY (P.).....	60
VIJSELAAR (J.).....	82
VILLADSEN (E).....	40
VINCENT (I.)	36
VOSS (M)	40

W

WANECQ (T.)	23
WEBSTER (E.).....	79
WESTERLING (R).....	71
WHELAN (T).....	54
WHITMORE (H.).....	22
WIERINK (M.).....	81
WILKE (M.).....	30
WILLIAMS (A F).....	55
WORONOFF (A.-S.).....	52

Y

YOLIN (J.M.).....	74
YONGSAY (J.).....	79

Z

ZIERLER (B K)	58
ZOTTI (R.)	49
ZUCKERMAN (S).....	55

► **Carnet d'adresses des éditeurs**

A

▶ ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

Rédaction: HCSP (Haut Comité Santé Publique)
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Fax : 01 40 56 79 49
Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
Tél. : 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
1er 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)

▶ AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et diffusion : American public health association
800 I Street, NW
Washington, DC 20001
Etats-Unis
Tél. : 00 (202) 777-2742
<http://www.apha.org/publications/journal/>

B

▶ BIBLIOGRAPHIE ARGSES

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

▶ BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

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

▶ BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Diffusion : Elsevier-Masson
Service Abonnements
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy Les Moulineaux cedex
Fax : 01 71 16 55 88

▶ BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH)

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

▶ BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANISATION : THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

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

C

▶ CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALE (LES)

Rédaction et diffusion : CDSM (Centre de Sociologie et de Démographie Médicales)
15, villa Léandre
75018 Paris

D

▶ DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
Diffusion : 124 rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Tél. : 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/> (En ligne depuis le n° 1-2003, sommaire depuis 1998)

► DROIT SOCIAL

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

Email: info@obs.euro.who.int
Tél. : 32 2 525 09 35
Fax: +32 2 525 0936
<http://www.euro.who.int/observatory>

E

► ECONOMIE ET PREVISION

Diffusion : La Documentation Française
124 rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Tél. : 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

► EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

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

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

► ETUDES ET RESULTATS (DREES)

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

► EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

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

► EUROHEALTH

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

F

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

European Observatory on Health Systems and
Policies
WHO European Centre for Health Policy
Rue de l'Autonomie, 4
B - 1070 Brussels
Belgique

► FUTURIBLES

Rédaction et diffusion : Futuribles
47 rue de Babylone
75007 Paris
Tél. : 01 53 63 37 70
Fax : 01 42 22 65 54
Email : diffusion@futuribles.com

G

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

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

GESTIONS HOSPITALIERES

Rédaction et diffusion : Gestions Hospitalières
44, rue Jules-Ferry
94784 Vitry sur Seine cedex
Tél. : 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15
<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>

H

HEALTH AFFAIRS

Diffusion : Health Affairs
7500 Old Georgetown Road
Suite 600
Bethesda, MD 20814-6133
Etats-Unis
Tél. : 00 1 301 347 3900
Fax : 00 1 301 654 2845
<http://www.healthaffairs.org>

HEALTH & PLACE

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

HEALTH ECONOMICS

Rédaction et diffusion : CHE (Centre for Health Economics)
Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd
Journals Administration Department
1 Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex, PO22 9SA
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 1243 779 777
Fax : 00 44 1243 843 232
<http://www.interscience.wiley.com>
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749>

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

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

HEALTH POLICY

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

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

Bertelsmann Foundation publishers
Carl Bertelsmann str. 256
D-33311 Gütersloh
Allemagne
<http://www.healthpolicymonitor.org>

HEALTH SERVICES RESEARCH

Diffusion : Blackwell Publishers Agency
Services
PO Box 805
9600 Garsington Road
Oxford OX4 2ZG
Royaume-Uni
Tél. : 00 44 186 577 6868
Fax: 00 44 186 571 4591
<http://www.wiley.com/>
<http://www.hret.org/hret/publications/hsr.html>

I

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO

Rédaction et diffusion : Altédia
5, rue de Milan
75319 Paris cedex 09
Tél. : 01 44 91 50 16
Fax : 01 44 91 10 01
<http://www.altedia.fr/>

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

Oxford University Press
Journals Customer Service Department
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
Tél. : 44 1865 353907-claim
<http://www.oxfordjournals.org>

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

Diffusion : Baywood Publishing Compagny,
Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis
<http://baywood.com>

J

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne
Diffusion : Diffusion ESKA
12, rue du quatre septembre
75002 Paris
Tél. : 01 40 94 22 22
<http://www.eska.fr/>

JOURNAL OF GERONTOLOGY : SOCIAL SCIENCES

Journals Customer Service Department
Oxford University Press
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/index.dtl>

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

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

JOURNAL OF HEALTH POLITICS, POLICY AND LAW

Diffusion : Duke University Press
Box 90660
Durham NC 27708-0660
Etats-Unis
Tél. : 00 1 919 687 3653

L

LETTRE DE LA PSYCHIATRIE FRANCAISE (LA)

Association française de Psychiatrie
6 passage Abel Leblanc
75012 Paris
<http://www.psychiatrie-francaise.com/LLPF/Sommaire.htm>

LETTRE DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

Conseil d'Orientation des Retraites
113, rue de Grenelle
Tél. : 01 42 75 65 50
<http://www.cor-retraites.fr/>

M

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unaformec (Union nationale des
associations de formation médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex
Tél. : 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unaformec@wanadoo.fr
<http://www.unaformec.org>
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

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

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

**D MEDICAL CARE RESEARCH AND
REVIEW**

Diffusion : Sage publications
2455 Teller Road
Thousand Oaks, CA 91320
Etats-Unis
Tél. : 00 1 805 499 9774
Email : order@sagepub.com
<http://www.sagepub.com>

**D MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)**

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

**D MOUVEMENTS DES IDEES ET DES
LUTTES**

Service abonnement
Elsevier-Masson
62 rue Camille Desmoulins
92442 Issy-Les-Moulineaux cédex

N

**D NOUVELLES PHARMACEUTIQUES
(LES)**

Rédaction et diffusion : Conseil National de
l'Ordre des Pharmaciens
4, avenue Ruysdaël
75008 Paris
Tél. : 01 56 21 34 34
Fax : 01 56 21 34 99
<http://www.ordre.pharmacien.fr/>

P

D PHARMACEUTIQUES

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

D POINT CHIFFRE DU GERS

Gers-Groupement pour l'Elaboration et la
Réalisation de Statistiques
Tour Franklin
100/101 Quartier Boieldieu
La Défense 8
92042 Paris la Défense Cedex
<http://www.gie-gers.fr/index.php3>

D POINT DE REPERE (CNAMTS)

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse
Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés)
Département Etudes et Statistiques
26-50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris cedex 20

D POPULATION

Rédaction et diffusion : INED (Institut National
des Etudes Démographiques)
133, Bd Davout
75020 Paris
Tél. : 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
Email : ined@ined.fr
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/ (sommaires et résumés,
index des auteurs)

D POPULATION ET SOCIETES

Rédaction et diffusion : .INED (Institut National
des Etudes Démographiques)
133, Bd Davout
75980 Paris cedex 20
Tél. : 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/ (tous les numéros sont
en ligne à partir du n° 298 de février 1995, et
quelques numéros entre 1992 et 1994)

▶ **PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA
MEDECINE UTOPIQUE**

52, rue Galliéni
92240 Malakoff
Tél. : 01 46 57 85 85
Fax : 01 46 57 08 60
Email : revuepratiques@free.fr
<http://www.pratiques.fr/>

▶ **PRATIQUES ET ORGANISATION DES
SOINS**

Rédaction : DSES / CNAMTS
50 avenue Professeur André Lemierre
75986 Paris Cedex 20
Diffusion : Société française de santé publique
BP 2040
83061 Toulon cedex
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/index.php>

Q

▶ **QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE**

Rédaction : IREPS (Institut de Recherche en
Santé Publique)
Diffusion : EDK
2, rue Troyon
92316 Sèvres cédex
Tél. : 01 55 64 13 93
Email : edk@edk.fr

R

▶ **REALITES INDUSTRIELLES :
ANNALES DES MINES**

Editions ESKA
12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
<http://www.annales.org/ri/>

▶ **RECHERCHES ET PREVISIONS**

Diffusion : CNAF (Caisse Nationale des
Allocations Familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
Email : patricia.christmann@cnafr.fr

<http://www.cnaf.fr> => Publications =>
Recherches et Prévisions (en ligne depuis le
n° 60 de juin 2000)

▶ **REFERENCES CMU : LA LETTRE DU
FONDS DE FINANCEMENT DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

Rédaction et diffusion : Fonds CMU
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris
Tél. : 01 58 10 11 90
Fax : 01 58 10 11 99
email : accueil@fonds-cmu.gouv.fr
<http://www.cmu.fr>

▶ **REGARDS CROISES SUR L'ECONOMIE**

Rédaction : Association Regards Croisés sur
l'Economie
Abonnement : Claire Montialoux
14, rue José Maria de Hérédia
75007 Paris
<http://www.rce-revue.com/>

▶ **REGARDS DE LA FHP**

Rédaction et diffusion : FHP (Fédération de
l'Hospitalisation Privée)
Anciennement FIEHP (Fédération
Intersyndicale des Etablissements
d'Hospitalisation Privée)
81, rue de Monceau
75008 Paris
Tél. : 01 53 83 56 56
Fax : 01 43 59 91 80
<http://www.fhp.fr/> => communication => revue
FHP (sommaries des numéros depuis 2001)

▶ **RETRAITE & SOCIETE**

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

▶ **REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE**

CPF Sécurité sociale
Service publications
rue de la vierge noire 3c
B-1000 Bruxelles
Belgique
Tél. : +32 2 509 8552
<http://socialsecurity.fgov.beib/index.htm>

► **REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL**

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

► **REVUE DE L'IRES**

Rédaction et diffusion : IRES (Institut de Recherches Economiques et Sociales)
16, bd du Mont d'Est
93192 Noisy le Grand cedex
Tél. : 01 48 15 18 90
Fax : 01 48 15 19 18
Email : info@ires-fr.org
<http://www.ires-fr.org/>

► **REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES**

Rédaction : Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE)
69, Quai d'Orsay
75340 Paris cedex 07
Tél. : 01 44 18 54 00
Fax : 01 45 56 06 15
Diffusion : Presses de Sciences Po
Service Abonnement :
117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 83 64
Fax : 01 45 49 83 34
Email : info.presses@sciences-po.fr

► **REVUE DE PRESSE DE L'AFIM**

Agence Fédérale d'Information Mutualiste
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
[http:// www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr)
christelle.cochet@mutualite.fr

► **REVUE ECONOMIQUE**

Rédaction : EHESS
54, bd Raspail
75006 Paris
Tél. : 01 49 54 25 65
Fax : 01 45 44 93 11
Email : revue.economique@ehess.fr
Diffusion : Presses de Sciences Po
117 bd St Germain
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 83 25
Fax : 01 45 48 83 34

► **REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE**

Rédaction et diffusion : Editions Dalloz
31-35, rue Froidevaux
75685 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 64 54 54

► **REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE**

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
Tél. : 01 71 16 55 99

► **REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES**

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 56 82 31
Email : francoise.leclerc@sante.gouv.fr
Diffusé par : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Auverville cedex
Tél. : 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc_archive.htm (résumés et sommaires depuis le n° 3 de 1998)

► **REVUE PRESCRIRE**

Rédaction et diffusion : Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75558 Paris cedex 11
Fax : 01 49 23 76 48
Email : revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

S

► **SANTE PUBLIQUE**

Rédaction et diffusion : Société Française de Santé Publique
2, Av. du Doyen J. Parisot
BP 7
54501 Vandoeuvre les Nancy
Tél. : 03 83 44 39 17

Fax : 03 83 44 37 76
Email : pn@sfsp.info
<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/> (sommaires
et texte intégral de 1998 à 2001, sommaires
depuis 2002)

► SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS (Association pour le
Développement des Sciences Sociales de la
Santé)
Diffusé par : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
Tél. : 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : marketing@jle.com
[http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/
index.htm](http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm) (résumés en ligne depuis 1997)

► SEMAINE JURIDIQUE (LA)

LexisNexis JurisClasseur
141, rue de Javel
75747 Paris Cedex 15
<http://www.lexisnexis.fr/>

► SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENTS DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la
santé
DREES
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/doc.htm>
(à partir du n° 13)

► SERIE STATISTIQUES - DOCUMENTS DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la
santé
DREES
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
Tél. : 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/doc.htm>
(sommaires et résumés jusqu'au n° 19, puis
en ligne à partir du n° 20)

► SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé
49, rue Galilée
75116 Paris
Tél. : 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14

[http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/
e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml](http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml)

► SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE

Diffusion : Elsevier Science
Customer Service Department
PO Box 211
1001 AE Amsterdam
Pays-Bas
Tél. : 00 31 20 485 3757
Fax : 00 31 20 485 3432
Email : nlinfo-f@elsevier.nl
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.
cws_home/315/description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description)

► SOCIETAL

Rédaction : SERPE (Société d'Etudes, de
Recherche et de Publications économiques)
29 rue de Lisbonne
75008 Paris
Tél. : 01 53 23 05 40
Fax : 01 47 23 79 01
Email : contact@societal.fr
<http://www.societal.fr/>
Diffusion : PUF (Presses Universitaires de
France)
Tél. : abonnements : 01 58 10 31 63
Fax : 01 58 10 31 82
Email : revues@puf.com

T

► TECHNIQUES HOSPITALIERES

Rédaction et diffusion : FHF (Fédération
Hospitalière de France)
1 bis rue Cabanis
75014 Paris
Tél. : 01 43 13 39 00
Fax : 01 43 13 39 01
E-mail : th.abonnements@fhf.fr
<http://editions.fhf.fr/techniques/presentation.php>

► TENDANCES

Rédaction et diffusion : OFDT (Observatoire
Français des Drogues et Toxicomanies)
3, av. du Stade de France
93218 St Denis cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Email : ofdt@ofdt.fr
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend.html>

Z

► ZOOM SANTE

Institut de la statistique du Québec
Direction des statistiques sociales,
démographiques et de santé
1200, avenue McGill College, 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8
Tél. : 514 873-4749, poste 6102
Fax : 514 864-9919
Email : contactsante@stat.gouv.qc.ca
<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm>

■ Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique en économie de la santé

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

10, rue Vauvenargues
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50
ISSN : 1148-2605

Consultation des documents :
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Heures d'ouverture :
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

Directrice de la publication	Chantal Cases
Rédactrice en chef	Marie-Odile Safon
Rédactrices adjointes	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
Promotion-diffusion	Sandrine Béquignon - Anne Evans
Mise en page	Franck-Séverin Clérembault

Abonnez-vous

à *Questions d'économie de la santé*

Le mensuel de l'Institut de recherche
et documentation en économie de la santé (Irdes)



Publication mensuelle et synthétique, d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

Derniers sujets traités :

les inégalités de santé et d'accès aux soins, volume d'activité et qualité des soins à l'hôpital, et des comparaisons internationales sur les systèmes de santé, les différents modes de prise en charge et de tarification, etc.

1 an
=
60 €

• • • • À paraître • • • •

- Recours aux soins des immigrés.
- Les maisons de santé.
- Le non recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé...

Abonnement pour un an 60 €

Modes de paiement :

- par chèque à l'ordre de l'Irdes
 par virement
 par carte bancaire

Carte n° : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Date d'expiration : |_|_|_|_| Cryptogramme : |_|_|_|_|

Signature :

Vos coordonnées :

Organisme :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Courriel :

À retourner à : publications@irdes.fr ou Irdes - Service abonnement

10 rue Vauvenargues 75018 Paris

Tél. : 01 53 93 43 17 - Fax : 01 53 93 43 07 - www.irdes.fr