

## Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé

Janvier - Février 2010

### ■ Service Documentation

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

E-mail : [documentation@irdes.fr](mailto: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.

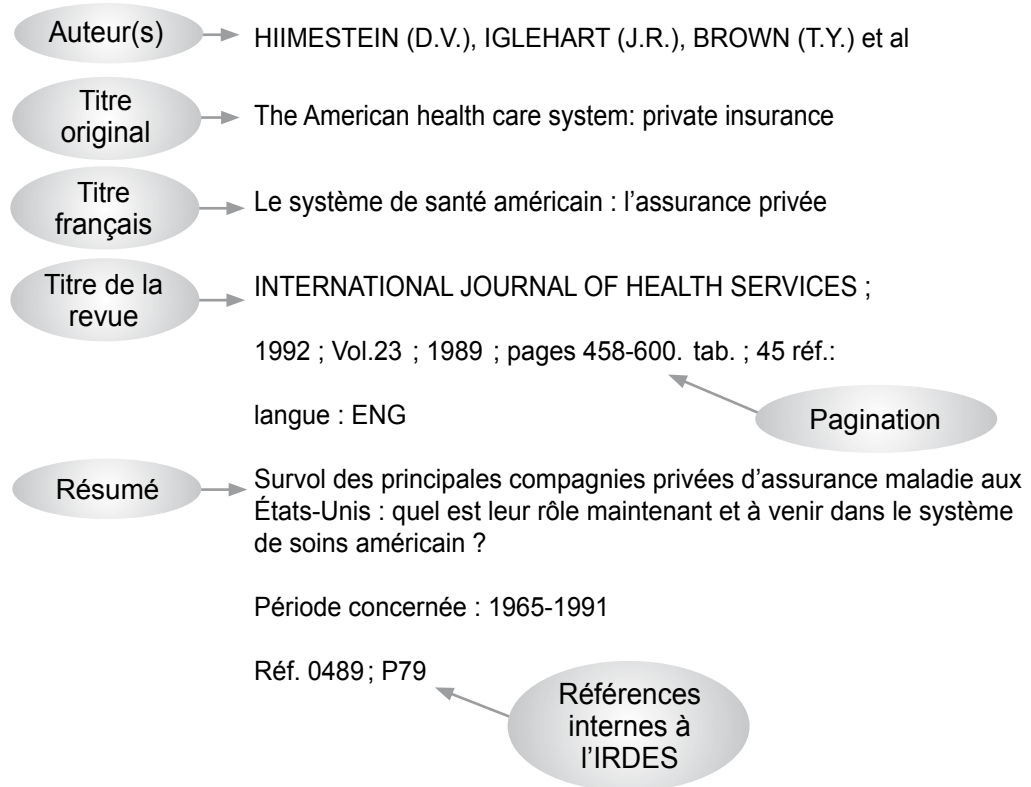
Pour contacter le centre de documentation : email : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

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

Serveur Web : [www.irdes.fr](http://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

Droits des malades .....	17
Handicap .....	17
Loi HPST .....	18
Performance .....	18
Plan Cancer .....	18
Psychiatrie .....	19
Réformes .....	19
Régulation .....	21

### 21 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie .....	21
CMU .....	22
Performance .....	23
Prestations sociales .....	23
Protection complémentaire .....	24
Régime agricole .....	24
Régime social des indépendants .....	25
Régimes de retraite .....	27
Régimes de Sécurité sociale .....	28

### 23 PRÉVENTION - SANTÉ

Dépression .....	28
Éducation thérapeutique .....	29

### 30 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - DÉPENSE DE SANTÉ

Collège des économistes de la santé .....	30
Coûts de la maladie .....	30
Dépenses pharmaceutiques .....	31

### 32 ÉTAT DE SANTÉ

Asthme .....	32
Cancers .....	33
Cancer colorectal .....	33
Démences .....	34
Dépression .....	34
Diabète .....	35
Environnement et santé .....	35
Obésité .....	35
Santé perçue .....	36
Santé scolaire .....	36
Sociologie de la santé .....	37
Tabagisme .....	37
Travail et santé .....	37
Troubles du sommeil .....	40

### 40 PERSONNES ÂGÉES

Conditions de vie .....	40
Dépendance .....	40
Emploi des seniors .....	41
Participation sociale .....	41
Soins informels .....	42

### 42 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins .....	42
Inégalités sociales de santé .....	43
Migrants .....	46
Pauvreté .....	46
Sans-domicile fixe .....	47
Seniors .....	47

## **48 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ**

Agences régionales de santé.....	48
Bourgogne .....	48
DOM-TOM .....	48
Pratiques médicales.....	48
Provence Alpes Côte d'Azur .....	49

## **49 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

Démographie médicale .....	49
Fiqs .....	50
Formation médicale continue.....	50
Maisons de santé.....	51
Médecins traitants.....	51
Modes de rémunération .....	51
Organisation des soins .....	52
Pratique médicale .....	53
Qualité des soins .....	54
Temps de travail.....	55

## **55 HÔPITAL**

Chirurgie ambulatoire.....	55
Cliniques privées.....	56
Étude nationale de coûts .....	56
Gestion hospitalière .....	56
Hospitalisation à domicile .....	57
Indicateurs de gestion hospitalière .....	57
Infections nosocomiales.....	57
Planification hospitalière .....	58
Qualité des soins .....	58
Réforme hospitalière.....	59
Soins de longue durée .....	59
Temps d'attente.....	60
Tarifcation hospitalière .....	60

## **61 PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

Biologie médicale.....	61
Infirmiers .....	62

## **62 MÉDICAMENTS**

Industrie pharmaceutique .....	62
Marché du médicament .....	63
Médicaments antibiotiques .....	63
Médicaments génériques.....	64
Médicaments psychotropes .....	64
Pharmacie d'officine.....	65
Pharmacoeconomie .....	66
Pharmacovigilance.....	66
Prix.....	66

## **67 TECHNOLOGIES - INFORMATIQUE MÉDICALE**

Aides technologiques.....	67
Télétransmission.....	67

## **67 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS**

Asie .....	67
Belgique .....	67
Canada .....	68
États-Unis .....	69
Grèce .....	69
Pays-Bas.....	70
Royaume-Uni .....	70
Union européenne .....	71

## **71 PRÉVISION - ÉVALUATION**

Psychiatrie .....	71
Psychothérapies .....	71
Qualité de vie .....	72
Qualité des soins .....	72

## **73 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE**

Accès aux soins.....	73
Méthodes statistiques .....	73
Revue systématique.....	73

## **74** DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Conditions de vie .....	74
Famille recomposée.....	74
Mobilité professionnelle .....	74
Naissances .....	75
Pratiques culturelles et sportives .....	75

## **76** ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Comptabilité nationale .....	76
Conjoncture économique et sociale.....	76
Emploi .....	77
Indicateurs économiques .....	78
Responsabilité sociale .....	79
Revenus.....	79
Technologies de l'information.....	81

## **82** DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

Protection sociale.....	82
-------------------------	----

## **82** RÉGLEMENTATION

Accidents médicaux.....	82
Associations de patients .....	82
Études médicales.....	83
Responsabilité médicale .....	83

## — AUTRES RUBRIQUES —

Index des auteurs .....	87
Carnet d'adresses des éditeurs .....	95



## ► Références bibliographiques





## D Droits des malades

42287

ARTICLE  
GALLOIS (P.), VALLEE (J.P.), LE NOC (Y.)***L'information du patient : claire, loyale et appropriée. Une composante essentielle de l'acte de soins.***MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2009/09 ; vol. 5 : n° 7 : 308-314  
Cote Irdes : P198

L'article 35 du code de déontologie fixe le cadre général de l'information due au patient sur son état de santé : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne, qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». Affirmation cependant atténuée dans le deuxième paragraphe de l'article qui autorise, « pour des raisons légitimes et dans son intérêt », à tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, notamment d'un pronostic fatal. Une recommandation de l'ANAES a explicité ce texte en 2000 : « une information loyale est une information honnête, une information claire est une information intelligible, facile à comprendre, une information appropriée est une information adaptée à la situation propre à la personne soignée ». Les différents arrêts de jurisprudence rendus par la Cour de Cassation, à la suite de l'arrêt dit Hédreul, ont confirmé que c'est bien au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien donné toute l'information nécessaire à son patient. L'information du patient se trouve donc dans une position ambiguë : élément positif de la relation médecin/malade, ou système défensif à hypothétique visée médico-légale ? La réflexion sur cette information porte aujourd'hui sur deux axes, pas nécessairement convergents, ce qui la rend parfois si difficile : d'une part sur le contenu adéquat de l'information à donner, d'autre part sur les moyens constituant les éléments de preuve nécessaires. Il y aurait donc a priori deux manières d'appréhender cette question : défensive dans le but de se prémunir contre un procès éventuel ou positive dans le but de mettre le patient en situation de comprendre ce qui lui est proposé. Il y a là en tout cas le signe d'une évolution profonde de la relation patient/médecin : le patient ne peut réellement devenir autonome et donner son « consentement éclairé » aux soins que s'il est convenablement informé.

## D Handicap

42110

ARTICLE  
LETOURMY (A.)  
Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA***La réforme du secteur du handicap, du lundi de Pentecôte à la prise en charge de la perte d'autonomie.***Bilan des réformes des systèmes de santé.  
SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ :  
REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS  
2009/08 ; n° 2/2008 : 115-122  
Cote Irdes : P174

Le secteur du handicap a été profondément réformé avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2004 et la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Plusieurs améliorations de la prise en charge des personnes sont attendues, notamment en matière d'accessibilité aux équipements, de scolarisation des enfants, d'intégration en milieu professionnel, de coordination des démarches pour l'obtention des aides, avec la création de maisons départementales des personnes handicapées. L'innovation principale est l'instauration d'une nouvelle prestation de compensation de la perte ou du manque d'autonomie, non liée à l'âge. La réforme établit ainsi un pont affectif entre personnes âgées et personnes handicapées et elle rapproche les secteurs de la santé et du handicap. Il reste toutefois à prendre la mesure des besoins de financement qu'elle suscite, dans un contexte où l'augmentation des prélèvements est délicate à imposer. Il faudra aussi réguler la croissance des dépenses qu'elle entraînera probablement, en particulier pour les aides techniques. Enfin, il faudra intégrer l'organisation institutionnelle de la nouvelle caisse dans le système de Sécurité sociale : l'idée d'un cinquième risque a été lancée, elle n'a pas reçu encore de contenu précis (Résumé d'auteur).

## ► Loi HPST

42723

ARTICLE

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

**Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.**

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

2009/10 ; n° 404 : 278-292

Cote Irdes : P29/1

Cet article fait une analyse détaillée de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires dans ses aspects relatifs aux médicaments.

42828

FASCICULE

BURNEL (P.), KERGUENEC (Y. de),  
BUTLER (S. de) et al.

**Loi Hôpital, patients, santé et territoires.**

REGARDS : DOSSIERS DE LA FHP (LES)

2009/11-12 ; n° 2 : 55p.

Cote Irdes : P23/1

Ce dossier analyse la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 (loi n° 2009-879), et plus particulièrement le titre 1 relatif à la réforme hospitalière. Il aborde les groupements de coopération sanitaire, les relations médecins/établissements, les conséquences pratiques de cette réforme pour les professions de santé et l'éducation thérapeutique du patient.

## ► Performance

42118

ARTICLE

GRIGNON (M.)

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

**Les cadres d'analyses de la performance des systèmes de santé : forces et limites.**

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 163-169

Cote Irdes : R1763, P174

Cet article traite des méthodes de mesure de la performance des systèmes nationaux de santé. Les différents concepts de performance définis, l'article se concentre sur la performance technique, rapport des résultats obtenus aux ressources utilisées. Les principales méthodes d'estimation statistique de cette performance technique et leurs limites sont décrites brièvement. En seconde partie sont décrites les (rares) études de comparaison systématique des performances des systèmes nationaux de santé (deux pour les pays de l'OCDE, une pour les Etats de l'Inde et une pour les 191 pays de monde).

## ► Plan Cancer

42924

ARTICLE

**Plan cancer 2003-2007 : des résultats positifs mais contrastés.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2009/03 ; n° 66 : 3-

Cote Irdes : P49

L'évaluation réalisée par le Haut Conseil de la santé publique met en évidence l'intérêt d'une mobilisation sociale et des acteurs du soin, autour d'une maladie, le cancer, devenue la première cause de mortalité en France. Il est toutefois difficile d'imputer clairement les résultats obtenus à l'un ou l'autre des plans et interventions de santé publique mis en oeuvre au cours de la même période. L'évaluation montre également les limites d'une approche par maladie s'agissant en particulier des facteurs de risque, pour la plupart non spécifiques du cancer. Dans ces domaines, le Plan cancer a surtout permis de surmonter les résistances à la mise en oeuvre de mesures de santé publique à caractère plus général. Les réalisations et résultats du plan sont contrastés. Les effets sur la santé des populations ne seront mesurables qu'à moyen terme. Par ailleurs, bon nombre de mesures ont été initiées en fin de période et ne produiront leurs effets qu'au-delà de la période du plan. Certaines mesures n'ont pas produit les effets escomptés, notamment dans le domaine du suivi des patients après hospitalisation, où la place des médecins généralistes reste à trouver.

## ► Psychiatrie

42129

FASCICULE

COLDEFY (M.), LE FUR (P.), LUCAS  
GABRIELLI (V.), MOUSQUES (J.)

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

**Cinquante ans de sectorisation  
psychiatrique en France : des inégalités  
persistantes de moyens et d'organisation.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)

2009/08 ; n° 145 : 8p.

Cote Irdes : QES 145

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens – humains, matériels et financiers – que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée, qui propose une classification selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie, qui permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés, offre une analyse plus fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

42543

ARTICLE

HENCKEN (N.), VELPRY (L.), RENTHER (P.)  
et al.

**Psychiatrie et santé mentale.**

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2009/10 ; n° 354 : 8-77, tab., graph.fig.

Cote Irdes : A3930

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303332603541/index.shtml?xtor=SEC-226>

Ce numéro spécial fait une présentation détaillée de la psychiatrie en France : histoire et sociologie de la maladie, prise en charge et organisation des soins, hospitalisations sans consentement, morbidité hospitalière... il comprend aussi une chronologie sur la politique hospitalière en France et une étude comparée en Europe.

## ► Réformes

42081

ARTICLE

KERVASDOUE (J. de)

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

**Idéologie des réformes du système de santé  
depuis 1990 : un système fort.**

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 17-30

Cote Irdes : P174

Si, en France comme dans tous les pays du monde, le progrès médical a contribué à la transformation du système de soins, il n'y a pas de déterminisme technologique. L'idéologie, la manière de concevoir la nature même du système de soins, joue un rôle essentiel. Elle permet d'en comprendre la très grande stabilité. Il existe au coeur du système des pans entiers que l'on ne réforme pas et qui en constituent donc le coeur. En France, les poutres maîtresses sont, d'une part, l'assurance maladie et, d'autre part, les principes de la médecine dite «libérale» et qui n'est pas «libérale» que dans le sens qu'elle donne elle-même du «libéralisme» ; remarquable performance ! Il y a donc un antagonisme stable entre la solidarité nationale et l'autonomie de la profession médicale. Il explique les qualités (grands choix, pléthore d'offres, pas de file d'attente...) et les limites (inégalités, déficit...) du système. D'où le fait que l'on parle plus du financement des soins que de leur organisation, que la corporation défend si bien ses intérêts qu'elle réussit, notamment, à ne jamais être contrôlée sur son activité même. Les dysfonctionnements croissants poussent l'Etat à intervenir, mais il s'accommode du corporatisme, jusqu'au jour où les fonds viennent à manquer (Résumé d'auteur).

42082

ARTICLE

CONTANDRIOPOULOS (A.P.)

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

**La réforme du système de santé : un enjeu de société.**

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; vol. : n° 2/2008 : 31-40

Cote Irdes : P174

Au Québec, en France et comme dans tous les pays développés, l'action combinée du développement des technologies, des connaissances sur la vie, de la mondialisation, de l'évolution démographique et de la dégradation de l'environnement exerce des pressions considérables sur le système de santé qui répond de moins en moins bien aux attentes de la population. Pour rester fidèle aux valeurs des populations et préserver ainsi les fondements mêmes de sa légitimité, l'Etat, dans les démocraties modernes, doit infléchir la trajectoire actuelle du système de santé. Sa réforme relève d'une véritable prise de responsabilité collective, car il ne s'agit ni d'une institution parmi d'autres ni d'une industrie dont l'Etat pourrait se désintéresser. La question de la réforme du système de santé n'est pas seulement opérationnelle ou technique, elle est surtout éthique et politique dans la mesure où elle questionne les systèmes de valeurs de la société et où elle conduit à repenser le rôle de l'Etat, en particulier sa responsabilité à l'égard de la santé (Résumé d'auteur).

42092

ARTICLE

CASES (C.)

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

**Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux.**

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 43-51

Cote Irdes : R1765, P174

Les principaux traits des réformes du système de santé français, engagées depuis 2002 et jusqu'en 2007, sont ici présentés à travers les nouvelles orientations de la politique de santé

en terme de droits des usagers, d'organisation, de fonctionnement et de financement des soins. Une relecture critique de ces réformes est ensuite proposée à l'aune des préconisations du rapport Santé 2020 relatives à la déconcentration des responsabilités en matière de santé publique, au développement de la prévention, à une meilleure organisation des services de soins du point de vue de leur accessibilité et de leur qualité, à un encouragement à la veille, la prospective et l'évaluation (Résumé d'auteur).

42111

ARTICLE

POLTON (D.)

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

**Les systèmes de santé sont-ils soutenables ?**

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 125-135

Cote Irdes : P174

Le terme de soutenabilité désigne la capacité d'un système à répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre aux leurs. D'abord mise en avant dans les années 1970 à propos des ressources naturelles et de leur épuisement, la notion de soutenabilité s'est étendue depuis aux systèmes de protection sociale, et en particulier aux systèmes de santé financés publiquement : leur progression non maîtrisée, génératrice de déficits et d'endettement croissant, ne fait-elle pas planer sur les générations futures une charge insupportable et n'hypothèque-t-elle pas la satisfaction de leurs propres besoins ? Dès lors, que faut-il faire pour assurer leur viabilité à long terme ? Plusieurs propositions contrastées s'expriment à ce propos (Résumé d'auteur).

42594

ARTICLE

BRAS (P.L.)

**La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il mieux gouverné ?**

DROIT SOCIAL

2009/11 ; n° 11 : 1127-1135

Cote Irdes : P109

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est un moment du processus de modification de la gouvernance du système de santé, à travers la création des agences régionales de santé (ARS). Il importe, pour saisir le sens de cette réforme, de la resituer dans l'histoire longue du dispositif de gouvernance du système de soins et d'assurance maladie. C'est à partir de ce regard historique qu'il est possible d'en évaluer la portée et les limites.

42811

ARTICLE

***Avenir du système français de santé : l'analyse de Raymond Soubié.***

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO :  
FICHE

2009/11/26 ; n° 679 : 1-4

Cote Irdes : P72

Cet article résume la communication présentée, le 18 novembre 2009, par Raymond Soubié, conseiller du Président de la République, au XVe Forum international de gestion de la santé à Paris. Son intervention portait sur la question suivante : Avons-nous les moyens de notre système de santé ? Quelles sont les perspectives futures ?

## ► Régulation

42444

ARTICLE

CATRICE-LOREY (A.), STEFFEN (M.)

***1ère partie : un système généreux et non régulé.***

Protection-santé en France : bilan 2007-2008.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2009/05-06 ; n° 528 : 52-58, tabl.

Cote Irdes : P22

Cette première partie présente tout d'abord les critiques adressées au système de santé français et analyse ensuite la portée des changements engagés au niveau du financement, de l'accès aux soins et de la gouvernance. L'examen met en lumière une inadéquation entre le modèle institutionnel et la réalité du système des acteurs. Cette configuration explique la singularité du modèle français et sa faible capacité de régulation.

42454

ARTICLE

CATRICE-LOREY (A.), STEFFEN (M.)

***2e partie : un système généreux et non régulé.***

Protection-santé en France : bilan 2007-2008.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2009/07-09 ; n° 529 : 44-50

Cote Irdes : P22

Les régimes de protection sociale organisent la solidarité face à la maladie et opèrent une importante redistribution des ressources. Cette deuxième partie (voir 1ère partie dans le numéro 528) met en évidence les distorsions qui découlent de l'inadéquation entre le modèle institutionnel et le système des acteurs. L'analyse insiste sur la bipolarisation du système de l'offre de soins et des réseaux de la politique de santé : le secteur ambulatoire, dominé par la médecine libérale, échappe à la régulation publique qui, en revanche, s'exerce progressivement sur le secteur hospitalier, public et privé. La conclusion décrit ce modèle qui, ni véritablement bismarckien ni devenu béveridgien, cherche à moderniser une combinaison public/privé typiquement hexagonale, caractérisée par l'universalité des droits, l'ouverture libérale et une gouvernance semi-étatique, peu armée pour mettre en oeuvre des réformes de gestion.

## PROTECTION SOCIALE

### ► Assurance maladie

42096

ARTICLE

HASSENTEUFEL (P.)

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

***L'évolution des rapports de pouvoirs dans un système bismarckien : le cas de la France.***

Bilan des réformes des systèmes de santé.

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE :

REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2009/08 ; n° 2/2008 : 63-70

Cote Irdes : P174



On assiste depuis les années 1980 à une technocratisation progressive du système d'assurance maladie français, liée à l'émergence du rôle d'une élite administrative favorable au renforcement du rôle de l'Etat par rapport aux partenaires sociaux. De ce point de vue, le plan Juppé (1996) et la réforme de l'assurance maladie de 2004 marquent des étapes importantes du fait du renforcement du rôle du directeur de l'assurance maladie, du contrôle de projets de loi de financement de la Sécurité sociale par la direction de la Sécurité sociale et de la création de nouvelles institutions administratives (agences régionales de l'hospitalisation, Haute Autorité de santé, etc.). Toutefois, l'autonomie du pouvoir de ces hauts fonctionnaires est limitée, au niveau de la décision et de la mise sur agenda, par celui des acteurs gouvernementaux et, au niveau de la mise en oeuvre, par celui de la profession médicale (Résumé d'auteur).

42267

FASCICULE

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

**L'Assurance Maladie : une entreprise en mouvement, pour un meilleur service aux assurés.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2009/09/17 ; 9p.

Cote Irdes : Bulletin Français

L'Assurance Maladie assure un service quotidien et de proximité, au plus près de ses 56 millions d'assurés bénéficiaires. Chaque année, ce sont 45 millions de visites dans ses points d'accueil, plus de 27 millions d'appels téléphoniques traités et plus d'1 milliard de feuilles de soins remboursées. Pour accompagner les mutations de la société et répondre aux enjeux actuels du système de santé français, l'Assurance Maladie adapte son organisation. Son métier a en effet profondément changé : centré sur une logique de production (remboursements de prestations principalement), il s'est enrichi et est aujourd'hui résolument orienté vers la gestion du risque santé et le développement des services proposés à ses assurés. Pour accomplir cette évolution, l'Assurance Maladie s'est mobilisée sur le plan interne afin d'améliorer à la fois son efficacité et sa qualité de service. L'organisation du réseau a été repensée pour s'adapter aux besoins des assurés et concrétiser les objectifs stratégiques de l'Assurance Maladie.

42363

FASCICULE, INTERNET

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

**Chiffres & repères. Edition 2008.**

2009/10 ; 30p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : c, en ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Chiffres\\_\\_Reperes\\_-\\_edition\\_2008\\_vdef.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Chiffres__Reperes_-_edition_2008_vdef.pdf)

Cette publication rassemble, pour l'année 2008, tous les chiffres-repères du régime général : principaux postes de dépenses, maîtrise médicalisée, recours et offre de soins, médicaments, organisation...

42590

ARTICLE

MATALLAH (M.)

**Quel avenir pour la mutualisation en assurance santé.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 24 : 47-52

Cote Irdes : P168

Les 33 % de Français qui consomment le moins consomment dix fois moins que les 67 % restants. Pendant très longtemps, ils ont accepté une mutualisation intégrale de leur absence de risque avec la consommation des autres. L'énorme augmentation des cotisations de ces dernières années a changé la donne. Il devient de plus en plus difficile de justifier les hausses, surtout en utilisant des arguments très uniformes, insistant sur les désengagements de la sécurité sociale et la hausse des dépenses de santé. L'assurance santé, qui a, depuis 1945, reproduit très rigoureusement les mécanismes de solidarité du régime obligatoire, pourra-t-elle maintenir durablement le cap ?

## ► CMU

42360

FASCICULE, INTERNET

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

**Les 10 ans de la CMU.**

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

2009/10 ; n° 37 : 4p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cmu.fr/userdocs/CMU%20N37.pdf>

Le numéro d'octobre 2009 de la lettre d'information du Fonds CMU présente la synthèse des sujets développés lors du colloque du 8 septembre dernier, organisé par le Fonds et la Chaire santé de Science-Po, à l'occasion des 10 ans de la loi CMU. Le numéro fait également le point sur les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 juillet 2009. Le régime général enregistre une remontée régulière de ses effectifs depuis janvier 2009. Les effectifs du RSI ont repris leur progression, pendant que ceux du régime agricole continuent de diminuer fortement. Au total, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C de juillet 2009 est légèrement supérieur à celui de juillet 2008. Du côté de l'ACS, le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par la CNAMTS a augmenté sensiblement entre septembre et décembre 2008, après l'envoi des « courriers issus des fichiers CAF ». Le rythme s'est plutôt maintenu sur les trois premiers mois de 2009 pour marquer ensuite une inflexion à partir du mois d'avril, la campagne d'information n'ayant plus d'effet. En mai 2009, le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation s'élève à 488 726, en augmentation de 28 % sur un an. Le taux d'utilisation des attestations, en augmentation, ressort désormais à près de 80 %. Le Fonds CMU constate par ailleurs que la réduction du maintien de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie a eu pour conséquence une forte augmentation des affiliations à la CMU de base. Au 31 juillet 2009, 1 986 042 personnes étaient affiliées à la CMU de base, soit une évolution de + 36 % comparé aux effectifs de juillet 2008. Autres chiffres intéressants de ce numéro, ceux portant sur l'évolution de l'assiette de la contribution CMU des organismes complémentaires, en hausse de 6,6 % sur quatre trimestres glissants. L'accélération est nette par rapport aux années précédentes et le contraste est fort entre familles d'organismes (+ 11,7 % pour les sociétés d'assurances, + 3,7 % pour les mutuelles), confirmant ainsi le grignotage de parts de marché par les assureurs privés. Ces derniers sont passés de 24,58 % en 2007 à 25,50 % en 2008, puis 28,84 % au premier semestre 2009.

## ► Performance

42820

ARTICLE

ELBAUM (M.)

***Les indicateurs de performance en matière de politiques sociales : quel sens pour l'action publique ?***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2009/10 ; n° 111 : 39-80

Cote Irdes : P120

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/111/r111-2.pdf>

Les indicateurs associés aux projets de loi de finances (PLF) et de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sont emblématiques des tentatives réalisées pour apprécier les « performances » de l'action publique dans les domaines sanitaire et social. L'analyse transversale des listes d'indicateurs figurant dans les lois financières votées pour 2009 montre que les premiers suscitent des doutes importants quant à leur pertinence et leur interprétabilité pour les politiques sociales. Les indicateurs annexés au PLFSS dans le cadre des « programmes de qualité et d'efficience » (PQE) présentent nettement plus d'intérêt et de cohérence, avec des aspects discutables tenant notamment au caractère « politique » de l'exercice. Ce recours aux indicateurs pour mesurer les « performances » des politiques sociales comporte en tout état de cause des limites, qui entraînent des besoins d'évaluation « pluridimensionnelle », et la nécessité d'une autonomie accrue par rapport aux décideurs.

## ► Prestations sociales

42593

ARTICLE

ELBAUM (M.)

***La revalorisation des prestations sociales : l'enjeu souvent oublié de l'indexation.***

DROIT SOCIAL

2009/11 ; n° 11 : 1114-1125, graph., tabl.

Cote Irdes : P109

Cet article revient sur la revalorisation des grandes catégories de prestations sociales depuis une vingtaine d'années, en laissant de côté les prestations en nature de l'assurance maladie, dont les prix (médicaments) et les tarifs (soins hospitaliers et ambulatoires) donnent lieu à des procédures de fixation par-

ticulières. Après une présentation des principaux débats liés aux modes d'indexation, il examine la façon dont les allocations ont été revalorisées dans le domaine du chômage, des minimas sociaux et des retraites, où les revenus sociaux jouent pour l'essentiel un rôle de substitution par rapport aux revenus d'activité, puis dans ceux des prestations familiales et des allocations logement.

## ► Protection complémentaire

42289

ARTICLE  
POUZAUD (F.), SILVAN (F.)

### **Les complémentaires s'imposent.**

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES  
LABORATOIRES (LE)

2009/10/03 ; n° 2796 : 8-9

Cote Irdes : P44

Six ans après le rapport Babusiaux qui préconisent l'accès des complémentaires aux données de santé pour moduler les prises en charge, le bilan positif des expérimentations ouvre la porte en grand à une généralisation du dispositif.

## ► Régime agricole

41014

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

### **Prestations familiales, Logement et RMI en 2007.**

ANNUAIRE STATISTIQUE : RESULTATS  
NATIONAUX

2009/03 ; 39p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msafr\\_1236251725567\\_ANNUAIRE\\_STATISTIQUE\\_\\_PF\\_\\_LOGEMENT\\_\\_RMI\\_EN\\_2007.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1236251725567_ANNUAIRE_STATISTIQUE__PF__LOGEMENT__RMI_EN_2007.pdf)

Le nombre de familles percevant des prestations familiales s'élève à 238 824 familles au régime agricole en 2007 en Métropole soit 91 101 en 2007 au régime des non-salariés et 147 723 familles au régime des salariés. Le nombre de familles bénéficiaires d'allocation logement atteint 253 445 en 2007 au régime agricole, dont 108 465 pour les non-salariés et 144 980 pour les salariés. Les montants des prestations familiales et de logement s'élèvent

à 1,648 milliard d'euros au régime agricole en 2007, dont 559,7 millions d'euros au régime des non-salariés et 1 088 millions d'euros au régime des salariés. Le nombre de titulaires du RMI atteint 21 037 au régime agricole en 2007 : 6 221 au régime des non-salariés agricoles et 14 816 au régime des salariés agricoles. Les évolutions en 2007 par rapport à 2006 sont les suivantes : - 8,9% pour le régime agricole, - 10,9% pour le régime des non-salariés et - 8% pour le régime des salariés.

42128

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

### **Chiffres utiles MSA : édition 2009.**

2009/07 ; 38p., graph.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msafr\\_1246977091402\\_CHIFFRES\\_UTILES\\_MSA\\_\\_\\_DITION\\_2009.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1246977091402_CHIFFRES_UTILES_MSA___DITION_2009.pdf)

Ce document présente les principales informations sur les cotisants, les bénéficiaires et le financement du régime agricole au 30 avril 2009. La Mutualité Sociale Agricole gère l'ensemble de la protection sociale agricole de base de non-salariés et des salariés agricoles : risque maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, retraite, décès, prestations liées à la famille (y compris les prestations logement et les minima sociaux). Elle gère également la retraite complémentaire obligatoire des exploitants agricoles. En complément de la protection sociale légale, la MSA mène une politique d'action sanitaire et sociale et des actions de prévention dans le domaine de la santé. La MSA constitue le deuxième régime de protection sociale en France, avec 3,7 millions de personnes protégées en maladie en 2007.

41646

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

### **Les personnes inscrites au RNIAM au 2 janvier 2009 : +0,1% de progression par rapport au 4 janvier 2008.**

OES TRIMESTRIEL

2009/02 ; 1-5.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.msa.fr/files/msafr/msafr\\_1246009460664\\_OES\\_TRIM.\\_15\\_\\_\\_PERSONNES\\_INSCRITES\\_AU\\_RNIAM.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1246009460664_OES_TRIM._15___PERSONNES_INSCRITES_AU_RNIAM.pdf)



Le registre national Inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM) recense toutes les personnes vivantes identifiées par un numéro national d'identification et assurées en maladie. Au 2 janvier 2009, 3,6 millions de personnes sont inscrites au RNIAM et protégées pour le risque maladie au régime agricole, soit une croissance de 0,1% par rapport à janvier 2008. La population agricole protégée représente 5,8% de la population française.

## ► Régime social des indépendants

40859

FASCICULE

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

**Evolution des comportements de départ en  
retraite des artisans et des commerçants.**

ZOOM SUR (RSI)

2009/02 ; n° 28 : 4p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/  
etudes\\_statistiques/pdf/20090212\\_N\\_28\\_  
Zoom\\_sur\\_evolution\\_comportements\\_  
depart\\_en\\_retraite.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20090212_N_28_Zoom_sur_evolution_comportements_depart_en_retraite.pdf)

Les dernières réformes des régimes de retraite tentent d'infléchir les comportements de départ en retraite des assurés. Or d'autres effets peuvent influencer les départs en retraite. Ainsi, on constate de profondes mutations dans les parcours professionnels, que ce soit pour les salariés ou des personnes exerçant une activité indépendante, notamment sur les débuts d'activité. Un modèle, récemment élaboré, permet d'intégrer les effets du recul de l'âge d'entrée en activité et le durcissement des conditions d'obtention d'une pension à taux plein sur les comportements de départ en retraite et d'en déduire les effets démographiques sur les régimes vieillesse de base des artisans et des commerçants.

42130

FASCICULE

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

**Éléments démographiques et financiers  
disponibles à fin juin 2009.**

TABLEAU DE BORD FINANCIER (RSI)

2009/06 ; n° 31 : 8p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/  
etudes\\_statistiques/pdf/20090722\\_N31\\_  
tableau\\_de\\_bord\\_financier.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20090722_N31_tableau_de_bord_financier.pdf)

La Caisse nationale RSI présente dans ce fascicule des éléments démographiques et financiers disponibles à fin juin 2009. Une première partie présente des données de population des cotisants du RSI : structure de la population ; population protégée ; bénéficiaire de la Cmuc ; pensions servies. Une seconde partie présente des données de prestations : remboursements des soins de villes, des médicaments ; prestation servies par les régimes assurance vieillesse... Une troisième partie présente l'état du recouvrement sur le champ ISU (interlocuteur social unique) et sur le champ des professions libérales. Enfin, une dernière partie propose un point sur l'évolution des actifs du régime complémentaire vieillesse de 2006 à 2009.

42654

FASCICULE

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

**Les perspectives financières des régimes  
du RSI - Commission des comptes de la  
sécurité sociale - septembre 2009.**

ZOOM SUR (RSI)

2009/10 ; vol. : n° 35 : 8p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/  
etudes\\_statistiques/pdf/20091029\\_ZOOM-  
SUR-les-previsions-CCSS-2009-N35.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20091029_ZOOM-SUR-les-previsions-CCSS-2009-N35.pdf)

Ce document présente de façon synthétique les prévisions qui ont été élaborées par le RSI et la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) en vue de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2009. Le Régime Social des Indépendants regroupe l'assurance maladie des travailleurs indépendants (artisans, industriels et commerçants et professions libérales) et les régimes de vieillesse, d'invalidité et de décès des artisans et des commerçants. Au sein de chacune des branches, il existe des régimes de base et des régimes complémentaires dont les modes de financement sont différents. Cette présentation porte en premier lieu sur les régimes de base dont le financement est très spécifique et qui font largement appel à des ressources externes (Il s'agit là de la contribution sociale de solidarité des sociétés ou CCSS), et en second lieu sur les régimes complémentaires

d'assurance vieillesse ou d'invalidité et décès. Ceux-ci sont gérés de façon autonome et leur financement est assuré exclusivement par des ressources propres, les cotisations et les produits financiers, gérées dans une perspective de plus long terme.

42655

FASCICULE

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

***Quelques facteurs explicatifs de la croissance des soins de ville remboursés par le RSI en 2008.***

ZOOM SUR (RSI)

2009/10 ; n° 33 : 8p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_statistiques/pdf/20091021\\_N-33-ZS-facteurs\\_explicatifs\\_croissance\\_SDV-2008.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20091021_N-33-ZS-facteurs_explicatifs_croissance_SDV-2008.pdf)

En 2008, le Régime Social des Indépendants a versé à ses ressortissants un peu plus de 2,8 milliards d'euros de prestations entrant dans le champ des soins de ville, soit une progression de +2,6% par rapport à 2007. Cette croissance peut s'expliquer par différents facteurs ; l'augmentation du nombre de bénéficiaires ayant recours aux soins, la progression de la consommation moyenne individuelle, ou encore, une modification du taux de prise en charge. Il est possible d'observer des différences significatives d'évolution et de contribution des facteurs, selon que le ressortissant bénéficie, ou non, d'une prise en charge dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

42657

FASCICULE

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

***La population couverte en maladie par le RSI en 2008.***

BILAN ANNUEL (RSI)

2009/10 ; n° 34 : 4p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_statistiques/pdf/20091029\\_bilan-annuel-la-population-couverte-en-maladie-par-le-RSI-2008-N34.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20091029_bilan-annuel-la-population-couverte-en-maladie-par-le-RSI-2008-N34.pdf)

En 2008, près de 3,4 millions de personnes sont protégées par l'Assurance maladie du RSI, soit plus de 5% de la population française. 38% sont des artisans, 46% des commerçants et 16% des professions libérales. En hausse

de 3,5% sur un an à fin décembre 2008, cette population conserve une croissance dynamique, principalement en raison d'une progression toujours importante du nombre de ses actifs, 4,4%, en particulier celle des professions libérales, 6,2%. Dans le même temps, la progression du nombre d'ayants droit se maintient à plus de 3% et celle des pensionnés à près de 2%. Une certaine disparité entre le nord et le sud de la France existe pour ce qui est du pourcentage de la population couverte par le RSI par rapport à l'ensemble de la population française. Au sud de la Loire, cette part est supérieure à celle des régions du Nord-Est du pays où sont situées toutes les régions ayant moins de 4% de leur population couverte par le RSI. Les régions de l'arc méditerranéen ont toutes un pourcentage de leur population couverte par le RSI supérieur à 6%.

42658

FASCICULE

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

***Éléments démographiques et financiers disponibles à fin septembre 2009.***

TABLEAU DE BORD FINANCIER (RSI)

2009/09 ; n° 32 : 8p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/1

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_statistiques/pdf/20091021\\_N-32-Tableau-de-bord-financier\\_RSI-sept-09.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20091021_N-32-Tableau-de-bord-financier_RSI-sept-09.pdf)

La Caisse nationale RSI présente dans ce fascicule des éléments démographiques et financiers disponibles à fin septembre 2009. Sont présentées : des données de population des cotisants du RSI et de la population protégée ; des données de prestations (remboursements des soins de villes, des médicaments ; prestation servies par leurs régimes d'assurance vieillesse) ; des données sur l'état du recouvrement sur le champ ISU (interlocuteur social unique) et sur le champ des professions libérales. Enfin une dernière partie propose un point sur l'évolution des actifs du régime complémentaire vieillesse à fin septembre 2009.

42900

FASCICULE, INTERNET

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

***Les affections de longue durée.***

L'ESSENTIEL MEDICAL (RSI)

2009/12 ; n° 3 : 1-8, graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.le-rsi.fr/publications/sante/\\_essentiel\\_medical/pdf/20091222\\_Essentiel\\_medical\\_N3\\_Les\\_affections\\_de\\_longue\\_duree.pdf](http://www.le-rsi.fr/publications/sante/_essentiel_medical/pdf/20091222_Essentiel_medical_N3_Les_affections_de_longue_duree.pdf)

Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale en 1945 ; il permet une exonération totale ou partielle du ticket modérateur des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Depuis 1986, le « Plan Seguin » ouvre droit pour trois catégories d'affections à l'ETM (Exonération totale du Ticket Modérateur) : les 30 affections inscrites sur la liste ALD30 (Diabète, Cancer, Cardiopathie, Infection VIH...etc) ; Les affections hors liste (les maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente) et les polyopathologies invalidantes : caractérisée de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, les deux comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, particulièrement coûteux (exemple : les embolies pulmonaires à répétition). Depuis 1945, la tendance est à la hausse du nombre de personnes en ALD. Cette augmentation est due à des facteurs multiples : le vieillissement, l'émergence des maladies chroniques, la difficulté d'accès aux soins... L'objectif de l'étude est de décrire en 2008, les trente affections de longue durée inscrites sur liste (Article D-322-3 du code de la sécurité sociale).

## ► Régimes de retraite

42826

ARTICLE  
TOUZE (V.)

***Incidence fiscale des retraites par répartition : une exploration analytique.***

REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2009/10 ; n° 111 : 105-124, 3 fig., 2 tabl.

Cote Irdes : P120

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/111/r111-4.pdf>

Les systèmes de retraite par répartition jouent un rôle fondamental dans nos sociétés dès lors qu'ils contribuent à une plus juste allocation des ressources entre les générations et à une meilleure diversification des risques pour l'épargne réalisée en vue de la retraite. Cependant, le vieillissement démographique fragilise fortement les comptes des régimes de retraite, ce qui conduit à s'interroger sur les

différentes voies possibles de réformes. Parmi les outils développés pour aborder la question du financement des retraites dans un contexte d'équilibre macroéconomique, les modèles à générations imbriquées constituent une approche particulièrement attractive. Cette littérature a connu un essor considérable tant sur le plan purement théorique que dans le cadre de versions calibrées sur des économies réelles et intégrant une structure démographique et sociale relativement réaliste. La prise en compte d'une offre de travail endogène permet d'aborder un aspect très particulier des retraites qui est celui de l'incidence fiscale. Dans la mesure où le mode de financement des retraites peut s'assimiler à une forme de fiscalisation des revenus du travail, il est alors intéressant de comprendre quel pourrait être son impact sur la formation de l'équilibre économique. Cet article étudie cette question particulière et tente de comprendre comment les logiques de financement et d'attribution des pensions modifient l'équilibre macroéconomique dans ses aspects transitoires et de long terme. Pour ce faire, nous développons une forme réduite d'un modèle à générations imbriquées avec offre de travail endogène dans une économie avec capital productif. L'analyse de l'incidence fiscale n'est pas numérique mais analytique, ce qui permet d'aborder les propriétés théoriques du modèle avec offre de travail et l'incidence d'une façon plus transparente que dans le cadre de simulations numériques.

42904

FASCICULE

DEBRAND (T.), SIRVEN (N.)

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

FRA

***Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale.***

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2009/11 ; n° 148 : 1-6

Cote Irdes : QES 148

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes148.pdf>

En Europe, les comportements de passage à la retraite des seniors sont comparables et reposent à la fois sur des facteurs individuels – âge, sexe, niveau d'éducation et état de santé – et des facteurs contextuels, tels que les situations familiale et professionnelle. Outre ces facteurs explicatifs habituels, l'analyse présentée ici met l'accent sur le rôle des systèmes de protection sociale. Elle montre que les trois volets de la protection sociale (em-

ploi, retraite, maladie) expliquent, pour une grande part, l'hétérogénéité du taux d'emploi des seniors en Europe, qui varie de 34 % en Italie à 70 % en Suède. Toute politique publique visant à favoriser l'activité des seniors en Europe devrait donc tenir compte non seulement de la complexité des déterminants des décisions individuelles mais aussi de l'ensemble des systèmes de protection sociale, et non uniquement ceux liés à la retraite.

42971

FASCICULE

BONTOUT (O.), BRUN (A.), RAPOPORT (B.)

**Les droits à la retraite des jeunes générations.**

DOSSIER SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2009 ; n° 10-2009 : 46p.

Cote Irdes : C, S19

La réforme de 2003 a fait de l'allongement de la durée d'assurance le levier essentiel d'équilibrage des régimes de retraite. La durée d'assurance requise pour obtenir une retraite à taux plein est, en effet, le seul paramètre pour lequel l'évolution à long terme est prévue. La règle énoncée est celle d'un partage des gains d'espérance de vie à 60 ans à raison de deux tiers sous forme d'allongement de la durée d'activité et d'un tiers sous forme d'allongement de la durée de retraite. Cette règle a conduit au passage de 40 à 41 ans de la durée d'assurance requise entre 2008 et 2012 pour l'octroi de la retraite à taux plein avant 65 ans. Son impact est susceptible d'évoluer au fil des générations, compte tenu, notamment, de l'évolution des âges d'entrée effective dans la vie active qui retentit sur les droits accumulés en début de carrière. Il est différencié selon les catégories sociales.

## ► Régimes de Sécurité sociale

42736

FASCICULE

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

**Les régimes de sécurité sociale face à la crise.**

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

2009 ; n° 10 : 4p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.issa.int/fre/content/download/90840/1821617/file/1-SPH-10.pdf>

Ce numéro résume les effets de la crise sur le financement de la sécurité sociale ; rend compte de l'action menée face à la crise dans le cadre des régimes nationaux de sécurité sociale ; donne des précisions sur certains défis auxquels les fonds de pensions sont confrontés et examine le rôle dévolu aux régimes de sécurité sociale en tant qu'outils pour la gestion de la crise.

## PRÉVENTION - SANTÉ

### ► Dépression

42172

ARTICLE

MALEVAL (J.C.)

**Une bulle de la dépression. Deuxième partie : prévenir la supposée maladie dépressive.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009 ; vol. 5 : n° 6 : 268-270

Cote Irdes : P198

Dans la première partie de cet article, il apparaissait que le tournant pris par la psychiatrie vers 1980 avait fait de la « dépression » une stupéfiante épidémie. Les DSM-III puis IV confortent la reconnaissance de cette « maladie », non en se fondant sur des études approfondies, mais par la seule vertu de la définition qu'ils se sont donnés. La « bulle de la dépression » est l'effet de la sommation d'un diagnostic initialement trop large et décontextualisé et d'études épidémiologiques de plus en plus sommaires. Mais qu'importe le surdiagnostic de dépression, prétendent cependant certains, s'il permet de mettre en place des campagnes de prévention efficaces. Le coût social et humain de la maladie dépressive ne justifie-t-il pas les risques inhérents au dépistage excessif ? D'autres franchissent le pas suivant en incitant au traitement de la tristesse ou du deuil par la chimiothérapie.



## Éducation thérapeutique

42653

ARTICLE  
CHABROL (A.)

### ***Éducation thérapeutique : vers des patients acteurs de leur santé.***

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION  
DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
2009/09-10 ; vol. 7 : 22-27

Cote Irdes : P69

[http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/dossier\\_2009-09.pdf](http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/dossier_2009-09.pdf)

Le concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP) a fait son apparition en France il y a une dizaine d'années. Plan national d'éducation à la santé en 2001 ; programmes nationaux diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme ; guide méthodologique de la HAS en 2007 ; rapport Saout-Charbonnel-Bertrand en 2008... Promue sans relâche par les autorités sanitaires, cette notion reste cependant mal connue des médecins comme du grand public. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris le soutien psychosocial. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. L'ETP est destinée en priorité aux patients atteints de pathologies chroniques entraînant une détérioration régulière de la santé : diabète, asthme, obésité, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance rénale, etc. Grâce à une adhésion étroite à leur traitement (prise de médicaments, réalisation de gestes techniques, suivi de régime) et à leur surveillance (paramètres biologiques, etc.), ils peuvent en effet éviter ou retarder la survenue de complications et améliorer leur autonomie et leur qualité de vie.

42928

ARTICLE  
SANDRIN-BERTHON (B.) / coord.

### ***Éducation thérapeutique : concepts et enjeux.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2009/03 ; n° 66 : 9-59

Cote Irdes : P49

Les textes présentés constituent un véritable «dossier en santé publique», abordant le sujet de l'éducation thérapeutique sous plusieurs angles, conceptuel, méthodologique, organisationnel, politique, économique... Un quart de la population française souffre de maladie chronique. Selon l'Organisation mondiale de la santé, elles devraient toutes bénéficier d'éducation thérapeutique, autrement dit d'activités les aidant à prendre soin d'elles-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être. Cette réalité soulève de nombreuses questions auxquelles nous devons collectivement répondre dans les mois et les années à venir. Comment organiser l'éducation thérapeutique pour qu'elle soit accessible à tous ? Comment les associations de patients et les professionnels de santé peuvent-ils travailler ensemble pour concevoir, mettre en oeuvre et évaluer l'éducation thérapeutique ? Comment financer cette activité en ville et à l'hôpital ? Quelles compétences doit-on exiger des personnes qui souhaitent pratiquer l'éducation thérapeutique ? Comment soutenir le développement d'une recherche multidisciplinaire sur ce thème ? Comment intégrer l'enseignement de l'éducation thérapeutique, et plus généralement de l'éducation pour la santé, à la formation initiale des médecins et autres soignants ?

42934

ARTICLE  
BARRIER (P.)

### ***Éducation thérapeutique, un enjeu philosophique pour le patient et son médecin.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2009/03 ; n° 66 : 57-58

Cote Irdes : P49

La réciprocité des apprentissages, qui est l'objet de l'éducation thérapeutique, change la nature des relations entre le patient et le médecin. L'éducation est la meilleure défense contre l'échec thérapeutique, mais ne l'exclut pas mécaniquement : elle permet seulement au soin d'aller jusqu'au bout de ses limites. Pour le médecin, l'éducation thérapeutique lui apporte la possibilité de se libérer du paternalisme et du technicisme, qui occultent souvent la dimension réellement éducative du soin. Elle lui permet également de retrouver le sens le plus profond de la clinique, sans laquelle la médecine perd son caractère essentiel d'humanisme et d'«art de la vie».

## ► Collège des économistes de la santé

42779

FASCICULE  
SANDIER (S.), LEVY (E.), POUVOURVILLE (G. de), ULMANN (P.), LE PEN (C.)  
BARNAY (T.) / éd.  
Collège des Economistes de la Santé.  
(C.E.S.). Paris. FRA

### **Collège des Economistes de la Santé : 20 ans déjà.**

LETTRE DU COLLEGE (LA)  
2009/09 : vol. 20 ; n° 3 : 1-11  
Cote Irdes : Bulletin Français

Cette lettre retrace la vie et les activités du Collège des économistes de la santé depuis sa création en 1990. Sa mission principale est la promotion et la formation en économie de la santé, et il joue le rôle de carrefour de réflexions dans le domaine.

## ► Coûts de la maladie

41632

FASCICULE  
HEIJINK (R.), RENAUD (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

### **Etudes de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays : Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2009/06 ; n° 143 : 6p.

Cote Irdes : QES 143

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes143.pdf>

Réalisées dans différents pays à partir des comptes nationaux de la santé, les études de coûts par pathologie permettent d'estimer la répartition des dépenses de soins par grand groupe de pathologies. Dans les cinq pays retenus (Allemagne, Australie, Canada, France, Pays-Bas), les études de coûts s'appuient sur une méthodologie analogue, ce qui autorise le travail de comparaison. Cependant, les différences de structure des systèmes de soins et de règles de comptabilité nationale représentent un obstacle majeur pour la fiabilité de la comparaison. Trois grands groupes de pa-

thologies prédominent dans les dépenses de soins (hospitaliers, médecins libéraux et médicaments) dans les cinq pays : les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives et les troubles mentaux. Pour que ces travaux deviennent, dans le futur, de véritables outils de pilotage et permettent une lecture comparative de la performance des systèmes de santé, il conviendrait de se doter d'une nomenclature comptable commune pour les Comptes de la santé et d'élaborer des règles méthodologiques identiques et pérennes dans les études nationales de coûts par pathologie.

42400

ARTICLE  
KENIGSBERG (P.A.), ERSEK (K.), GULACSI (L.), KARPATI (K.), JACQUES (A.), GUSTAVSSON (A.), JONSSON (L.), MCDAID (D.), VALTONEN (H.), WIMO (A.)

### **Impact socio-économique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en Europe.**

La prise en charge de la Maladie d'Alzheimer.  
GERONTOLOGIE ET SOCIETE  
2009/06 ; n° 128-129 : 297-318, graph., tabl.  
Cote Irdes : C, P8

Le groupe socio-économie du projet EuroCo-De (European Collaboration on Dementia) a construit un modèle économique des coûts de la maladie, faisant intervenir différentes hypothèses, approximations et options, à partir de données économiques disponibles identifiées dans la littérature internationale. Le coût total de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en Europe (UE 27) est estimé à 160,3 milliards d'euros en 2008 (1,3% du produit intérieur brut 2008 de l'UE 27) (extrait du résumé d'auteur).

42579

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

### **2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France : Prise en charge des malades et dynamique des dépenses.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2009/10/22 ; 11p.

Cote Irdes : C, en ligne

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

La plupart des pays développés sont actuellement confrontés à une épidémie de diabète de type 2. La France s'inscrit elle aussi dans cette évolution : en 2007, on compte 2,5 millions de personnes traitées pour diabète, soit 40% de plus qu'en 2001. Cela correspond à un taux de prévalence moyen de 4% et supérieur à 12% pour les personnes de plus de 60 ans. Parallèlement, chaque année, les dépenses d'assurance maladie pour les soins de ces malades augmentent d'un milliard d'euros environ. Notre système de soins doit ainsi relever un double défi : mieux traiter un nombre croissant de malades, tout en maîtrisant l'accroissement des dépenses qui sont liées à cette pathologie. L'Assurance Maladie présente dans ce document des données de l'étude Entred 2007, menée par l'InVS en partenariat avec la HAS, l'Inpes, l'AFD, le RSI et la Cnam, ainsi que des études complémentaires propres afin d'analyser les modalités de la prise en charge des patients diabétiques et de mesurer l'évolution des dépenses liées à leurs soins.

42693

ARTICLE

OLIVA-MORENO (J.), LOPEZ-BADISTA (J.), MONTEJO-GONZALES (A.L.) et al.

***The socioeconomic costs of mental illness in Spain.***

*Le coût socio-économique des troubles mentaux en Espagne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 361-369, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

Mental illness affects a large number of people in the world, seriously impairing their quality of life and resulting in high socioeconomic costs for health care systems and society. Our aim is to estimate the socioeconomic impact of mental illness in Spain for the year 2002, including health care resources, informal care and loss of labour productivity. A prevalence-based approach was used to estimate direct medical costs, direct non-medical costs, and loss of labour productivity. The total costs of mental illness have been estimated at 7,019 million euros. Direct medical costs represented 39.6% of the total costs and 7.3% of total public health-care expenditure in Spain. Informal care costs represented 17.7% of the total costs. Loss of labour productivity accounted for 42.7% of total costs. In conclusion, the costs of mental illness in Spain make a considerable economic impact from a societal perspective.

42696

ARTICLE

LEJEUNE (C.), BINQUET (C.), BONNETAIN (F.) et al.

***Estimating the cost related to surveillance of colorectal cancer in French population.***

*Estimation du coût de la surveillance du cancer colorectal dans la population française.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 409-419, 7 tabl., 2 fig.

Cote Irdes : P151

Little is known about costs related to the surveillance of patients that have undergone curative resection of colorectal cancer. The aim of this study was to calculate the observed surveillance costs for 385 patients followed up over a 3-year period, to estimate surveillance costs if French guidelines are respected, and to identify the determinants related to surveillance costs to derive a global estimation for France, using a linear mixed model. The observed mean surveillance cost was € 713. If French recommendations were strictly applied, the estimated mean cost would vary between € 680 and € 1,069 according to the frequency of abdominal ultrasound. The predicted determinants of cost were: age, recurrence, duration of surveillance since diagnosis, and adjuvant treatments. For France, the surveillance cost represented 4.4% of the cost of colorectal cancer management. The cost of surveillance should now be balanced with its effectiveness and compared with surveillance alternatives;

## ► Dépenses pharmaceutiques

42340

FASCICULE, INTERNET

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

***Medic'am 2004-2008. Médicaments remboursés par le Régime général au cours des années 2004 à 2008 (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes - Métropole).***

2009/09

Paris : Cnamts

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees->

[statistiques/medic-am-generic-am-biolam-lpp-am/medic-am-2004-2008.php](http://statistiques/medic-am-generic-am-biolam-lpp-am/medic-am-2004-2008.php)

Medic'AM présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés au cours des années 2004 à 2008 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Ce tableau décrit pour chaque médicament, par code CIP, les données suivantes : la base de remboursement de 2004 à 2008 ; le montant remboursé de 2004 à 2008 ; le dénombrement (nombre de boîtes remboursées) de 2004 à 2008 ; la base de remboursement des prescripteurs de ville de 2004 à 2008 ; la base de remboursement des autres prescripteurs de 2004 à 2008. L'historique de 2002 à 2008 peut être aisément reconstitué grâce aux données Medic'AM d'avril 2008 (MEDIC'AM 2002-2007) dont le champ d'étude et la méthodologie sont identiques.

42341

FASCICULE, INTERNET  
PESTY (F.)

**Medic'am 2001-2008.**

Paris : Cnamts

2009

Cote Irdes : En ligne

<http://puppem.com/Documents/MEDIC%27AM%202001-2008.xls>

La CNAMTS présente à travers le document Medicam des informations détaillées sur les médicaments remboursés (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Ce tableau décrit pour chaque médicament, par code CIP, la base de remboursement ; le montant remboursé ; le dénombrement (nombre de boîtes remboursées) ; la base de remboursement des prescripteurs de ville et celle des autres prescripteurs. L'Institut PUPPEM, « Pour Une Prescription Plus Efficace du Médicament », a colligé dans un fichier les 8 dernières années de dépenses pharmaceutiques. Ce fichier baptisé « MEDIC'AM 2001-2008 » est téléchargeable en ligne.

42710

INTERNET , ARTICLE  
PESTY (F.)

Institut PUPPEM. Paris. FRA

**Analyse de l'évolution de la prescription en France des principales classes de psychotropes entre 2001 et 2008.**

ACTUALITES PUPPEM

2009/11/23 ; 15p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

<http://puppem.com/Actualites.aspx>

En se basant sur les données publiées par la CNAMTS sur les médicaments remboursés au cours des dernières années (MEDIC'AM), cet article analyse l'évolution de la prescription, en France, des principales classes de psychotropes entre 2001 et 2008. Malgré les tentatives de maîtrise médicalisée dans ce secteur, les Français restent avec les années les champions du monde de la consommation des somnifères, tranquillisants, antidépresseurs, neuroleptiques et des psychotropes en général. Leur consommation en nombre de boîtes reste stable de même que le montant global des dépenses, autour du milliard d'euros. Et pourtant, avec autant de génériques disponibles sur le marché pour ces médicaments, nous aurions dû assister à une baisse massive des dépenses prises en charge par la collectivité. L'Institut PUPPEM a sa petite idée pour expliquer l'anomalie.

## ÉTAT DE SANTÉ

### ► Asthme

40403

ARTICLE

ALLONIER (C.) , AFRITE (A.) , DELMAS (M.C.) , FURHMAN (C.) , LEYNAERT (B.) , ANNESI-MAESANO (I.) , COM-RUELLE (L.)

**Prévalence de l'asthme par stade de sévérité en France et déterminants du non-contrôle de l'asthme.**

Résumés des communications scientifiques du 13ème Congrès de Pneumologie de Langue Française - Lyon, vendredi 16 au lundi 19 janvier 2009.

REVUE DES MALADIES RESPIRATOIRES  
2009/01 ; vol. 26 : n° HS 1 : 1S35-1S36

Cote Irdes : R1736

Cette étude a pour but d'estimer la prévalence de l'asthme par stade de sévérité et niveau de contrôle et d'étudier les facteurs associés au non-contrôle de l'asthme. L'étude s'appuie sur des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006.



## ► Cancers

42940

ARTICLE

REMONTET (L.), BELOT (A.), BOSSARD (N.)

***Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2009/10/13 ; n° 38 : 405-408

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2009/38/beh\\_38\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/38/beh_38_2009.pdf)

Le réseau français des registres du cancer (Francim), l'Institut de veille sanitaire (InVS), le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Institut national du cancer (INCa) mènent en commun un programme de partenariat scientifique pour la surveillance épidémiologique du cancer en France. Les tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France sont au centre de ce processus de surveillance : cet article présente le cadre et le mode de production de ces indicateurs. Deux types d'études sont réalisées : celles destinées à décrire les tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer depuis 1980, et celles destinées à fournir des projections pour l'année en cours. Pour chaque type d'étude, sont présentés : les données utilisées, les principes des méthodes statistiques employées, les indicateurs épidémiologiques produits ainsi que leur intérêt et leur rythme de production. Les raisons qui rendent nécessaire l'utilisation d'une modélisation statistique dans ces différents travaux sont aussi exposées (Résumé d'auteur).

## ► Cancer colorectal

42999

ARTICLE

UHRY (Z.), REMONTET (L.), GROSCLAUDE (P.), VELTEN (M.), COLONNA (M.)

***Estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France à partir des données hospitalières, 1999-2003.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE  
PUBLIQUE

2009/10 ; vol. 57 : n° 5 : 329-336, rés., tabl.,  
fig., carte

Cote Irdes : C, P11

En France, l'incidence des cancers est mesurée par les registres départementaux des cancers qui couvrent 15% de la population. L'incidence des cancers est estimée au niveau national et régional à partir des données de mortalité en extrapolant le rapport entre incidence et mortalité observé dans les départements couverts par un registre. L'utilisation du rapport incidence/mortalité au niveau départemental est plus incertaine. Cette étude a pour objectif de produire des estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France, à partir du rapport entre nombre de cas incidents et nombre de séjours chirurgicaux répertoriés dans les bases hospitalières. Méthodes : Ce rapport a été étudié sur la période 1999-2003 dans les 13 départements couverts par un registre. Pour chaque sexe séparément, le nombre de cas incidents a été analysé en fonction du nombre de séjours chirurgicaux pour résection du cancer colorectal (colectomies, exérèses, pelvectomies) par un modèle de Poisson. L'âge a été intégré au modèle en effet fixe et le département en effet aléatoire. La capacité du modèle à prédire l'incidence a été testée par validation croisée. Le modèle a ensuite été extrapolé pour estimer l'incidence départementale. Résultats : Dans les départements couverts par un registre, la validation croisée a montré une bonne capacité prédictive du modèle, à l'exception chez l'homme d'un département où l'écart entre incidence prédite et observée atteignait 10%. Sur l'ensemble des départements, les taux d'incidence estimés, standardisés sur la population mondiale, variaient de 29 à 44 pour 100 000 environ chez l'homme et de 17 à 27 pour 100 000 chez la femme. L'incidence ne présentait pas de gradient géographique clair. Conclusion : Au sein des registres, l'incidence prédite en validation croisée était proche dans l'ensemble de l'incidence observée. L'inclusion de plusieurs séjours par patient représentait certainement une source d'erreur mineure dans ces estimations. En effet, notre sélection ne comportait que 2% de séjours multiples, sans variations géographiques, en 2002 et 2003, années pour lesquelles le chaînage patient était disponible dans les bases hospitalières. Les taux d'incidence estimés présentaient des variations géographiques modérées. Les intervalles de prédiction qui les accompagnent doivent être pris en considération.

## ► Démences

42380

FASCICULE

ANKRI (J.) / coord., FORETTE (F.) / coord.,  
GUISSET (M.J.) / coord., PLOTON (L.) / coord.

### ***La prise en charge de la Maladie d'Alzheimer.***

GERONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ

2009/03 ; n° 128-129 : 338p.

Cote Irdes : C, P8

Ce fascicule concerne différents aspects de la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer (MA). Il présente le plan Alzheimer 2008-2012 et aborde des sujets tels que les questions éthiques et juridiques, la MA en Chine, la perception sociale de la MA, l'expérience des aides à domicile, la prévalence, l'incidence et les facteurs de risques de la MA, le diagnostic de la MA, les aspects éthiques de l'annonce du diagnostic de la MA, le diagnostic précoce de la MA et ses conséquences sur l'approche de la maladie, le retard au diagnostic de MA en France, l'accompagnement du patient, les perspectives thérapeutiques, les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la MA et d'aide à leurs aidants familiaux, la fin de vie du patient atteint de démence, l'aide aux proches, la formation des professionnels en EHPAD, la formation des intervenants à domicile et l'impact socio-économique de la MA en Europe.

42421

ARTICLE

KUSNIK-JOINVILLE (O.), TUPPIN (P.),  
LAMY (C.), WEILL (A.), RICORDEAU (P.),  
ALLEMAND (H.)

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

### ***La maladie d'Alzheimer et autres démences diagnostiquées chez les 60 ans et plus : caractéristiques de la population et recours aux soins des assurés du régime général en 2007.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES  
SOINS

2009/04-06 ; n° 2 : 81-90

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/  
documents/POS092\\_Maladie\\_d\\_Alzheimer.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS092_Maladie_d_Alzheimer.pdf)

L'objectif de cette étude était d'estimer le nombre de personnes du régime général, de 60 ans et plus, diagnostiquées ou traitées pour une maladie d'Alzheimer et autres dé-

mences (MAAD) et, pour ces personnes, de comparer, à âge égal, le taux de recours aux soins ambulatoires et hospitaliers aux personnes non-MAAD.

## ► Dépression

39161

ARTICLE

BRIFFAULT (X.), MORVAN (Y.), GUILBERT  
(P.), BECK (F.)

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

### ***Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale.***

Numéro thématique - La santé mentale en  
France, surveillance et enjeux.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/09/23 ; vol. : n° 35-36 : 318-321

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35\\_36/  
beh\\_35\\_36\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf)

Une récente campagne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a informé le grand public sur les troubles dépressifs. Les données de prévalence utilisées reposent sur des enquêtes épidémiologiques en population générale utilisant des instruments dont il importe de connaître les modalités de construction afin de bien identifier le périmètre d'interprétation. Cet article explicite ce dont il est question en matière de « dépression » dans une enquête épidémiologique et présente les prévalences des troubles ainsi caractérisés obtenues à partir du Baromètre santé 2005 de l'Inpes. Il s'agit ici de l'Épisode dépressif majeur (EDM), dont la définition critériologique est donnée par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR). Les occurrences (sur 12 mois) de ce trouble sont évaluées par un instrument utilisable en population générale, le CIDI-Short-Form (Résumé d'auteur).

## Diabète

42952

ARTICLE

ERPELDING (M.L.), BOINI (S.), FAGOT CAMPAGNA (A.), MESBAH (M.), CHWALOW (J.), PENFORNIS (A.), COLICHE (V.), MOLLET (E.), MEADOWS (K.), BRIANCON (S.)

**Valeurs de référence de qualité de vie (DHP) chez les personnes diabétiques vivant en France - Entred 2001-2003.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2009/09/15 ; n° 34 : 368-371

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2009/34/beh\\_34\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/34/beh_34_2009.pdf)

Les objectifs étaient d'établir des valeurs de référence françaises de la qualité de vie (QV) des personnes diabétiques de type 1 et 2 traitées et de comparer ces niveaux de QV selon l'âge, le sexe et le type de diabète. Méthode : en mars 2002, dans le cadre de l'étude Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), 10 000 adultes ayant été remboursés d'au moins un antidiabétique oral ou d'insuline lors du dernier trimestre 2001 ont reçu un questionnaire. Leur QV a été mesurée grâce au Diabetes Health Profile dans trois dimensions : souffrance psychologique, obstacles aux activités et désinhibition alimentaire [scores variant de 0 (pire) à 100 points (meilleure QV)]. Résultats : le niveau moyen de QV des personnes diabétiques de type 1 était d'environ 67 points dans les trois dimensions. Celui des personnes diabétiques de type 2 était de 81+/-19 points et 77+/-18 points dans les dimensions souffrance psychologique et obstacles aux activités, respectivement, et de 67 points dans la dimension désinhibition alimentaire. Des différences selon l'âge, le sexe et le type de diabète ont été observées. Conclusion : ce travail fournit des valeurs de référence françaises sur la QV des personnes diabétiques traitées, utiles pour les réseaux de santé diabète (Résumé d'auteur).

## Environnement et santé

42891

FASCICULE

GRANGE (D.), HOST (S.)  
GREMY (I.) / Dir.

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

**Radiofréquences, santé et société.**

Paris : ORSIF

2009/12 ; 12p.

Cote Irdes : Bulletin Français

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

Cette synthèse a pour objectif, en premier lieu, de faire un état des connaissances des effets potentiels des radiofréquences sur la santé. Une étape indispensable à cette connaissance est la caractérisation des expositions aux ondes, de formes et d'intensités aussi variables que les sources. C'est pourquoi ce document aborde en détail les phénomènes physiques qui régissent les radiofréquences et leur propagation dans l'environnement, ainsi que leur traduction en termes de niveau d'exposition. Enfin, ce fascicule dresse un bilan des réflexions menées au niveau national et local concernant la gestion de cette problématique.

## Obésité

42692

ARTICLE

DRICHOUTIS (A.C.), LAZARIDIS (P.),  
NAYGA (R.M.)

**Can Mediterranean diet really influence obesity ? Evidence from propensity score matching.**

*Le régime méditerranéen peut-il avoir une réelle influence sur l'obésité ? Résultats issus de la méthode d'appariement sur les scores de propension.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 371-388, 16 tabl.,  
2 fig.

Cote Irdes : P151

Worldwide obesity rates have stimulated interest in healthy dietary patterns. One well-known dietary pattern is the Mediterranean diet, which has been linked with several beneficial health effects. However, concerns have also been raised regarding the Mediterranean diet's role in promoting weight gain. We ex-

plored the effect of the Mediterranean diet on body mass index using the propensity score matching approach. We found no statistically significant average treatment effect on the treated and therefore cannot confirm that a causal link exists between Mediterranean diet and body mass index

42830

FASCICULE , CONGRES  
PASDEVANT (A.), LEMOINE (P.), COMBIER (M.) et al.

**Journée thématique sur l'obésité.**

REGARDS : DOSSIERS DE LA FHP (LES)

2009/11-12 ; n° 1 : 3-61

Cote Irdes : P23/1

Ce dossier reprend les communications données lors de la journée thématique sur l'obésité, organisée par la Fédération hospitalière de France. Après un historique sur la notion d'obésité et quelques données épidémiologiques, il aborde les facteurs de risque d'origine multiple et les modes de prise en charge en ville comme à l'hôpital.

## ► Santé perçue

42076

FASCICULE  
MIDY (L.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Enquête Vie quotidienne et santé :  
Limitations dans les activités et sentiment  
de handicap ne vont pas forcément de pair.**

INSEE PREMIERE

2009/08 ; n° 1254 : 4p.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1254/ip1254.pdf>

En France métropolitaine, une personne sur dix, vivant chez elle, considère avoir un handicap, selon l'enquête Vie quotidienne et santé de 2007. Cette perception est bien sûr souvent associée à une limitation dans les activités ou à des difficultés pour accomplir certaines actions. Cependant, les personnes déclarant être limitées dans leurs activités sont deux fois plus nombreuses que celles qui considèrent avoir un handicap. Au-delà de 60 ans, les personnes interrogées peuvent avoir tendance à associer leurs limitations fonctionnelles à leur vieillissement et non plus à un handicap. Considérer avoir un handicap est plus fré-

quent chez les hommes que chez les femmes jusqu'à 40 ans. Les limitations fonctionnelles déclarées ne sont pas non plus de même nature : plus souvent motrices pour les femmes, sensorielles pour les hommes. Le type de gênes rencontrées et leur sévérité jouent sur la perception du handicap. Ce sont les limitations fonctionnelles motrices et sensorielles, telles que marcher, monter un étage, parler ou entendre qui jouent le plus sur la propension à déclarer un handicap. À structure par sexe et âge comparable, les habitants de la Guyane, la Guadeloupe ou de la Réunion déclarent plus souvent que ceux des autres régions des obstacles importants à accomplir certains actes. En revanche, ils considèrent moins souvent avoir un handicap.

## ► Santé scolaire

42574

FASCICULE  
DEGORRE (A.) , GUYON (V.) , MOISY (M.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Sur dix jeunes entrés en 6e en 1995, neuf se  
déclarent en bonne ou très bonne santé en  
2007.**

INSEE PREMIERE

2009/10 ; n° 1261 : 4p., 3 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1261/ip1261.pdf>

À 23 ans en moyenne en 2007, neuf jeunes sur dix ont une perception positive de leur état de santé. Les garçons se déclarent en meilleure santé que les filles et semblent peu préoccupés de l'impact des conduites à risque sur leur santé. Près d'un jeune sur deux fume, filles et garçons dans les mêmes proportions. Les filles adoptent moins de comportements à risque en matière d'alcool et sont davantage attentives à leur santé.

42725

ARTICLE

**La santé scolaire est en souffrance en  
France.**

REVUE PRESCRIRE

2009/11 ; n° 313 : 864-867

Cote Irdes : P80

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves, alias service de santé scolaire, comprend deux entités distinctes : médicale et

infirmière. Il existe aussi un service social scolaire. Le cloisonnement de ces services est objet de débats depuis longtemps. Les missions de santé scolaire sont multiples, avec une prédominance des tâches consacrées aux bilans de santé, à l'élaboration des projets d'accueil individualisé d'enfants souffrant de maladies chroniques ou d'accueil infirmier. Or, le bilan 2009 de la médecine scolaire est alarmant. Cet article fait le point sur la question.

## ► Sociologie de la santé

42290

ARTICLE  
VEGA (A.)

**Santé : risques perçus et pratiques préventives. Le point de vue du patient sous l'angle de la socioanthropologie de la santé.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/09 ; vol. 5 : n° 7 : 322-326

Cote Irdes : P198

Quelles sont les logiques de nos patients face aux risques de santé ? C. Burton-Jeangros a mené en Suisse auprès de mères de famille une enquête sur leurs perceptions à propos de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, des accidents de la route, des cancers du poumon et du sein, des abus sexuels et du sida. Elle en compare les données à celles d'autres recherches européennes et anglo-saxonnes. Son analyse nous aide à comprendre la pluralité des rapports à la santé au sein d'une population désormais globalement bien informée, mais dont les pratiques oscillent entre une intégration partielle et un rejet assez explicite des normes officielles mises en avant par les professionnels de santé publique. Les « savoirs profanes » sont influencés par la position sociale et ancrés dans des réalités spécifiques (conditions de vie, trajectoires individuelles, familles, proches, etc.). La « peur » est clairement associée aux pratiques préventives, notamment face aux incertitudes scientifiques et à la diversité des messages de prévention. L'auteur confirme donc que l'approche probabiliste des risques de santé ne fournit pas un modèle théorique satisfaisant pour tous : l'intérêt de l'ouvrage est de montrer l'existence de différents groupes d'enquêtées dont un seul correspond au modèle actuel de gestion des risques.

## ► Tabagisme

42635

FASCICULE, INTERNET

Observatoire Régional de la Santé  
de Provence Alpes Côte d'Azur.

(O.R.S.P.A.C.A.). Marseille. FRA

**Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés.**

REGARD SANTE

2009 ; vol. : n° 20 : 4p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.se4s-orspaca.org/syntheses\\_resultats/pdf/09-SY04.pdf](http://www.se4s-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/09-SY04.pdf)

En France, le tabagisme cause plus de 60 000 décès chaque année. C'est pourquoi la lutte contre le tabagisme constitue une priorité des politiques de santé dans notre pays, avec tout un arsenal de mesures : hausse des taxes sur les produits du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics fermés, durcissement des messages préventifs, ou encore développement des aides à l'arrêt... Dans d'autres pays développés, qui ont eu recours aux mêmes mesures, on a pu observer une diminution du tabagisme, différente selon la situation sociale, au détriment des populations les plus démunies. Qu'en est-il en France ?

## ► Travail et santé

42423

ARTICLE

HA-VINH (P.), BERDEU (D.), SAUZE (L.)

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

FRA

**Taux d'incidence et déterminants individuels des arrêts de travail chez les artisans et commerçants indépendants, intérêt épidémiologique.**

PRATIQUES ET ORGANISATION DES  
SOINS

2009/04-06 ; n° 2 : 99-111

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/POS092\\_Arrêts\\_de\\_travail\\_des\\_professions\\_independantes.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS092_Arrêts_de_travail_des_professions_independantes.pdf)

A partir des données du RSI Provence-Alpes, les auteurs ont recherché le taux d'incidence et les facteurs individuels associés aux arrêts de travail chez les artisans et commerçants pour vérifier si ces données peuvent servir à la



prévention des pathologies. Leur conclusion est que les arrêts de travail font l'objet de sur-déclarations ou de sous-déclarations incitant à la prudence quant à l'utilisation des arrêts pour cibler les groupes à risque sanitaire. Des études complémentaires doivent être faites sur l'état de santé réel de ces travailleurs à risque élevé d'arrêt de travail.

42424

ARTICLE

BRETON (C.)

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

FRA

***Travail et santé des Franciliens : résultats d'enquête, enjeux en termes de soins et prévention.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/04-06 ; n° 2 : 113-123

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/POS092\\_Travail\\_et\\_sante\\_des\\_Franciliens.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS092_Travail_et_sante_des_Franciliens.pdf)

L'objectif de cette étude était de décrire l'état de santé de la population francilienne, selon les expositions professionnelles déclarées et leur prise en compte dans les pratiques et l'organisation des soins. En conclusion, elle préconise de : - sensibiliser les entreprises et autres acteurs à mieux connaître et maîtriser les risques professionnels dont les risques psychosociaux, - adapter le travail à l'homme durant toute la vie professionnelle, - favoriser une coordination de la prévention et des soins qui intègre cette maîtrise des risques et une meilleure santé mentale et physique de la population.

42431

ARTICLE

ROGEL (A.), JOLY (K.), METZ-FLAMANT (C.), LAURENT (O.), TIRMARCHE (M.), HUBERT (D.), GARCIER (Y.), LAURIER (D.)  
Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire. Fontenay-aux-Roses. FRA,  
Electricité de France. Saint-Denis. FRA

***Cohorte des travailleurs du nucléaire à Électricité de France : mortalité des agents statutaires sur la période 1968-2003.***

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2009/08 ; vol. 57 : n° 4 : 257-265

Cote Irdes : P11

Une étude de mortalité a été menée sur une cohorte de travailleurs du nucléaire employés à Electricité de France (EDF). Une première analyse avait porté sur la période 1968-1994. Cet article présente les résultats d'une analyse de mortalité avec un suivi supplémentaire de neuf ans mais sans prise en compte de l'exposition et porte sur la période 1968-2003. La cohorte inclut 22 393 travailleurs dont 97% d'hommes. Les périodes d'emploi ont été mises à jour à partir du fichier du personnel. Le statut vital a été établi à partir du Registre national d'identification des personnes physiques, puis complété à partir des fichiers du personnel et des pensions d'EDF. Les causes de décès ont été obtenues après appariement avec le fichier national des causes de décès. Les ratios standardisés de mortalité (SMR) ont été calculés en utilisant la mortalité de la population française comme référence. Les variations des SMR toutes causes et tous cancers ont été étudiées selon des caractéristiques démographiques et professionnelles. Au 31 décembre 2003, 74 % des travailleurs sont encore en activité et 0,3% sont perdus de vue. La durée médiane de suivi est de 20 ans. Les causes de décès ont été établies pour 96% des décès. Huit cent soixante-quatorze décès ont été observés, dont 307 décès par cancer. Un déficit significatif de mortalité toutes causes et tous cancers par rapport à la population française est observé. Aucun excès significatif n'est observé pour les localisations de cancer étudiées. Des excès non significatifs sont observés pour les cancers du pancréas, de la plèvre, du rein et du système nerveux central. Des variations significatives du SMR toutes causes sont observées selon l'âge à l'entrée dans l'étude et l'âge atteint. Des variations significatives du SMR toutes causes et tous cancers sont observées selon le diplôme à l'embauche, avec un SMR bas pour les diplômes les plus élevés. Il existe un déficit significatif de mortalité dans cette cohorte en comparaison de la population nationale, reflétant un très fort effet du travailleur sain. Avec neuf années supplémentaires de suivi, cette cohorte est constituée de travailleurs encore jeunes, la plupart en activité. Une mise à jour régulière du suivi de cette cohorte permettra d'effectuer une surveillance de ces travailleurs exposés professionnellement aux rayonnements ionisants (Résumé d'auteur).

42636

FASCICULE

BEJEAN (S.), BARNAY (T.), SULTAN-TAIEB (H.), SERRIER (P.), PEYRON (C.)

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

**Santé et travail.**

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2009/06 ; vol. 20 : n° 2 : 1-6

Cote Irdes : En ligne

[http://www.ces-asso.org/docs/Let\\_CES\\_2-2009.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_2-2009.pdf)

Ce numéro consacré au thème de la santé au travail contient deux articles. Le premier concerne l'état de santé et l'offre de travail des seniors en France. Le second article est consacré à l'évaluation économique des politiques de prévention en santé au travail, ses enjeux et spécificités.

42697

ARTICLE

KHAN (J.), REHNBERG (C.)

**Perceived job security and sickness absence : a study on moral hazard.**

*Sécurité d'emploi perçue et absence pour raison de santé : une étude sur le risque moral.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 421-428, 2 tabl.

Cote Irdes : P151

A moral hazard problem was investigated by analysing the individual behaviour of female and male employees with regard to utilisation of sickness insurance in connection with perceived job security. It was hypothesised that employees with a higher perceived job security take more frequent sickness absence. Perceived higher job security is indicated by three variables, namely a permanent job contract, no unemployment history, and native ethnicity. The effect of perceived job security is expected to be stronger on short-term than on long-term sickness absence, since a medical certificate is required for the latter. Public health survey data from Stockholm County, Sweden, covering the year 2002 was used. Using logistic regression analyses separately for short- and long-term sickness absence and for females and males, we found that short-term sickness absence is more strongly influenced by perceived job security than long-term sickness absence. We observe indications of moral hazard in both female and male employees. However, the three indicators of perceived job

security have a different influence on females and males.

42876

FASCICULE

THEBAUD-MONY (A.) / dir., ROBATEL (N.) / dir.

**Stress et risques psychosociaux au travail.**

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2009/10 ; n° 965 : 120p., fig.

Cote Irdes : A3971

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/information/espace-presse/2009/stress-risques-psychosociaux-travail.shtml>

Le travail met-il en péril la vie et la santé physique et mentale des travailleurs ? La question du mal-être au travail occupe, depuis ces dernières années, le devant de la scène, et de façon parfois tragique dans les cas de suicides. Les textes rassemblés dans ce dossier décrivent les « nouvelles » organisations de travail qui seraient à l'origine de la montée des risques psychosociaux, ainsi que la prise de conscience des pouvoirs publics et leurs possibilités d'action. La mondialisation, l'emprise croissante du capital financier sur les systèmes productifs, la recherche de rentabilité concourent à transformer profondément les organisations du travail. L'objectif de productivité pèse de plus en plus sur toutes les catégories de salariés dont les conditions de travail s'en trouvent altérées. Les maladies professionnelles, les manifestations de stress, les pratiques de harcèlement ou les violences vont croissant. Le dossier présente des études spécifiques concernant leurs manifestations dans plusieurs secteurs professionnels (infirmières, cadres, ouvriers, opératrices de renseignements téléphoniques...). Quelles peuvent être les réponses du législateur, des instances européennes et des divers acteurs du monde du travail ? L'Union européenne prônant une approche globale du bien-être au travail et s'inquiétant de ces « nouveaux risques émergents » est à l'origine d'accords-cadres sur le stress, le harcèlement et la violence au travail. Le gouvernement français, de son côté, met l'accent sur les risques psychosociaux dans le cadre des plans Santé au travail, s'attache à la production d'indicateurs et vient d'annoncer un plan d'action d'urgence contre le stress alors qu'augmentent les suicides sur le lieu de travail dans certaines grandes entreprises.

## ► Troubles du sommeil

42171

ARTICLE

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

**Troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent : peu de place pour les médicaments.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009 ; vol. 5 : n° 6 : 261-267

Cote Irdes : P198

Regrouper dans un seul dossier les « troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent » relève de l'artifice, tant ces troubles sont variés selon les périodes concernées. Cependant, on peut affirmer plusieurs points communs dans cet ensemble disparate. Ils sont extrêmement fréquents à tous les âges. Malgré cette forte prévalence, ils sont souvent méconnus et sous-diagnostiqués. Pourtant, il est possible de les prévenir et de les traiter, d'autant plus que le sommeil retentit sur tous les aspects de la vie et du bien-être de l'enfant ou de l'adolescent concerné. Il faut également souligner que certains de ces enfants et adolescents font l'expérience des mêmes troubles du sommeil que l'adulte (apnées du sommeil, insomnies, parasomnies, retard d'endormissement, narcolepsie, jambes sans repos...). Pour autant, la clinique de ces troubles, leur évaluation, leur prise en charge sont différentes. Les problèmes relevant d'une simple hygiène du sommeil sont nombreux, et il est indispensable aux professionnels de santé qui prennent en charge ces jeunes patients de mieux les reconnaître et évaluer. Enfin, on constate une grande discordance entre le quasi consensus affirmé par les professionnels de non-prescription en règle générale et les pratiques constatées. Il y a donc là un réel problème qu'il nous faut tenter d'analyser pour proposer les outils décisionnels nécessaires.

## PERSONNES ÂGÉES

## ► Conditions de vie

41376

FASCICULE

GODEFROY (P.), LAFERRERE (A.)

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

FRA

## **Les logements des Européens de 50 ans et plus.**

INSEE PREMIERE

2009/05 ; n° 1238 : 4p., 6 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1238/ip1238.pdf>

Six Européens de 50 ans et plus sur dix vivent dans une maison plutôt qu'en appartement ; 80 % de ces seniors qui habitent une maison en sont propriétaires contre seulement 46 % s'ils vivent en appartement. Chacun d'eux dispose en moyenne de deux pièces. Ce nombre de pièces est plus élevé en Europe du nord où l'on cohabite peu avec ses enfants que dans le sud où la coresidence entre générations est fréquente, et en Pologne où les logements sont plus petits. Presque deux tiers des seniors européens ont un enfant qui partage leur logement (pays du sud), vit dans le même bâtiment qu'eux (pays du centre) ou du moins, vit à moins de 5 km. Cette proximité facilite les échanges de services. Quel que soit le pays, peu de logements sont adaptés aux handicaps liés au grand âge.

## ► Dépendance

42587

ARTICLE

PIVETEAU (D.)

**Le financement de la perte d'autonomie.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 24 : 23-28

Cote Irdes : P168

Les prestations d'aide à l'autonomie pour les personnes handicapées et âgées dépendantes représentent des sommes de près de 6 milliards d'euros par an à la charge des départements. Quand l'assurance maladie couvre le soin qui soigne (de l'anglais, to cure), l'aide à l'autonomie couvre plutôt le to care, le prendre soin. Mais si les concepts, et donc les financements, doivent être absolument distingués, la frontière entre ces deux notions est poreuse. L'articulation des deux prises en charge est donc un enjeu essentiel.



## ► Emploi des seniors

39166

ARTICLE  
BARNAY (T.)

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

### **Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ?**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2008/09 ; n° 411 : 47-68

Cote Irdes : S18

La France se caractérise par un taux d'emploi des 55-64 ans relativement faible, dû essentiellement à un marché du travail défavorable aux seniors et à diverses possibilités de départ anticipé (préretraites, dispenses de recherche d'emploi, pensions d'invalidité). À ces âges, un état de santé dégradé est un motif de cessation précoce d'activité par le biais de dispositifs tels que la CATS (Cessation Anticipée pour certains Travailleurs Salariés) ou la CAATA (Cessation Anticipée d'Activité pour les Travailleurs de l'Amiante) mais aussi via l'inactivité temporaire (les indemnités journalières maladie) ou permanente (les pensions d'invalidité). Dans ce contexte, il semble intéressant d'identifier les facteurs déterminants de la participation, ou non, au marché du travail après 50 ans et le lien entre santé dégradée et statut d'activité (emploi, inactifs et chômeurs en particulier). Il apparaît que la prévalence d'une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes conduit à une exclusion plus forte des plus de 50 ans sur le marché du travail. Une partie des personnes âgées de 55 à 59 ans en incapacité se retrouvent au chômage et ne recherchent pas d'emploi, c'est-à-dire qu'elles sont potentiellement dispensées de recherche d'emploi. Ceci validerait l'hypothèse selon laquelle une partie des dispensés de recherche d'emploi sont des personnes dont l'état de santé est altéré.

42163

FASCICULE  
WARZEE (C.)

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

### **Départs du marché du travail dans les régions à l'horizon 2020. Le papy-boom n'explique pas tout.**

INSEE PREMIERE

2009/09 ; n° 1255 : 4p., 2 carte, 3 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1255/ip1255.pdf>

En 2020, un tiers des personnes en emploi en 2005 aura définitivement quitté le marché du travail. Issus des générations du baby-boom, les seniors, âgés de 50 à 64 ans, sont chaque année de plus en plus nombreux à se retirer définitivement du marché du travail, et cela jusqu'en 2020. Ils représentent à eux seuls plus d'un quart de la population en âge de travailler en 2005. Leur taux d'emploi baisse fortement et régulièrement dès 55 ans. Les régions où le poids démographique des seniors est le plus élevé seront les plus concernées. Mais les taux d'emploi des 50-64 ans et l'importance des quadragénaires sur le marché du travail jouent également sur les départs à la retraite dans chaque région, atténuant l'impact du poids démographique des seniors. Partout en France métropolitaine, ces départs seront importants dans les secteurs de l'éducation, la santé et l'action sociale et de l'administration.

## ► Participation sociale

ARTICLE

WAHRENDORF (M.), RIBET (C.), ZINS (M.),  
SIEGRIST (J.)

### **Social productivity and depressive symptoms in early old age-results from the GAZEL study.**

*Productivité sociale et symptômes dépressifs au  
seuil de la vieillesse ; résultats de l'étude Gazel.*

AGING MENTAL HEALTH

2008 : vol. 12 : n° 3 : 310-316.

OBJECTIVES: We test associations of frequency of performing three types of socially productive activities (voluntary work, informal help and caring for a person) with depressive symptoms in older people. Are depressive symptoms negatively associated with frequency in all three types or rather in those activities that are characterized by a high degree of autonomy and perceived control? METHODS: Data on social activities and frequency of performance were collected in the frame of the annual follow-up of the French GAZEL cohort study in 2005. Depressive symptoms were measured by the CES-D scale. Perceived control was assessed by two items of a quality of life measure (CASP-19). Total of 14477 respondents aged 52-66 years completed a standardized questionnaire. Linear

regression models were calculated adjusting for important confounders including self-rated health assessed during the previous year. RESULTS: In activities characterized by high autonomy (in particular voluntary work) a negative association of frequency with depressive symptoms was observed, whereas the reverse effect was found in the type of activity with low autonomy (care for a person). Perceived control mediated in part the association of frequency of activity with depressive symptoms. CONCLUSION: Being often socially productive in early old age may contribute to well-being to the extent that autonomy and perceived control are given.

39528

ARTICLE  
SIRVEN (N.), DEBRAND (T.)

***Social participation and healthy ageing : An international comparison using SHARE data.***

*La participation sociale et le vieillissement réussi : une comparaison internationale utilisant les données de l'enquête Share*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2008/12 ; vol. 67 : n° 12 : 2017-2026  
Cote Irdes : R1722, P103

Using the Survey of Health, Ageing & retirement in Europe (SHARE) data for respondents aged 50 years and over in 2004, this study evaluates the potential contribution of increased social participation to self-reported health (SRH) in 11 European countries. The probability to report good or very good health is calculated for the whole sample (after controlling for age, education, income and household composition) using regression coefficients estimated for individuals who do and for those who do not take part in social activities (with correction for selection bias in these two cases). Counterfactual national levels of SRH are derived from integral computation of cumulative distribution functions of the predicted probability thus obtained. The analysis reveals that social participation contributes by three percentage points to the increase in the share of individuals reporting good or very good health on average. Higher rates of social participation could improve health status within the whole sample and within most countries. Context and institutional arrangement (such as income inequality) may explain differences in social participation health efficiency.

## ► Soins informels

42419

ARTICLE  
MALLON (I.)

***Prendre soins de ses parents âgés : un faux travail parental.***

*Le travail parental : représentations et pratiques.*

INFORMATIONS SOCIALES  
2009/07-08 ; n° 154 : 32-39  
Cote Irdes : P171

La charge mentale et physique de la prise en charge de ses parents âgés peut-elle être comparée au travail parental avec ses jeunes enfants ? Au-delà de certaines ressemblances, les finalités du soutien apporté diffèrent sensiblement. Les statuts, places et rôles des aidants et des aidés empêchent d'assimiler les soins prodigués à ses vieux parents au travail parental effectué pour ses enfants (Résumé d'auteur).

## INÉGALITÉS DE SANTÉ

### ► Accès aux soins

41004

ARTICLE  
OR (Z.), JUSOT (F.), YILMAZ (E.)

***Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?***

REVUE ECONOMIQUE  
2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 521-543  
Cote Irdes : R1746, P57

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-p-521.htm>

Cette étude évalue l'influence des caractéristiques des systèmes de santé sur l'équité horizontale du recours aux soins en Europe. L'utilisation d'un ensemble des données issues d'enquêtes nationales récentes de treize pays européens confirme l'existence d'inégalités sociales de recours aux soins, à besoin de soins égal, dans tous les pays étudiés et montre que l'ampleur des inégalités varie de manière significative entre les pays. Une analyse multiniveaux permet d'identifier différentes caractéristiques des systèmes de santé qui semblent contribuer à la réduction ou à la formation de ces inégalités. Les résultats

soulèvent l'importance du rôle des médecins généralistes et de l'organisation des soins primaires pour réduire ces inégalités au-delà du partage des coûts entre les sphères publique et privée.

42330

ARTICLE, INTERNET  
GLAZIER (R.H.), AGHA (M.M.),  
MOINEDDIN (R.)

**Universal Health Insurance and Equity in Primary Care and Specialist Office Visits: A Population-Based Study**

*Une étude dans la population concernant l'assurance maladie universelle et l'équité en matière d'accès aux soins primaires et aux spécialistes.*

ANNALS OF FAMILY MEDICINE  
2009/09-10 ; vol. 7 : n° 5 : 396-405, tabl.  
Cote Irdes : en ligne

<http://www.annfammed.org/cgi/reprint/7/5/396>

Universal coverage of physician services should serve to reduce socioeconomic disparities in care, but the degree to which a reduction occurs is unclear. We examined equity in use of physician services in Ontario, Canada, after controlling for health status using both self-reported and diagnosis-based measures. After adjustment, higher education was not associated with at least 1 primary care visit (odds ratio [OR] = 1.05; 95% confidence interval [CI], 0.87-1.24), but it was inversely associated with frequent visits (OR = 0.77; 95% CI, 0.65-0.88). Higher education was directly associated with at least 1 specialist visit (OR = 1.20; 95% CI, 1.07-1.34), with frequent specialist visits (OR = 1.21; 95% CI, 1.03-1.39), and with bypassing primary care to reach specialists (OR = 1.23, 95% CI 1.02-1.44). The largest inequities by education were found for dermatology and ophthalmology. Income was not independently associated with inequities in physician contact or frequency of visits. After adjusting for health status, we found equity in contact with primary care for educational attainment but inequity in specialist contact, frequent visits, and bypassing primary care. In this setting, universal health insurance appears to be successful in achieving income equity in physician visits. This strategy alone does not eliminate education-related gradients in specialist care.

## ► Inégalités sociales de santé

40405

ARTICLE  
AFRITE (A.), DOURGNON (P.), PASCAL (J.), JUSOT (F.), LANG (T.), LOMBRIL (P.) and the Intermede project members

**Can physician-patient interaction generate social health inequalities ? First results from a 2007 French pilot survey.**

*La relation médecin-malade peut-elle générer des inégalités sociales de santé. Premiers résultats d'une enquête pilote menée en France en 2007.*

16th Eupha Conference, I-health: Health and innovation in Europe. Lisbon, 6-8 November 2008.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
2008 ; vol. 18 : n° suppl. 1 : 117

Cote Irdes : R1737

[http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/suppl\\_1/5](http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/suppl_1/5)

L'objectif du présent travail de recherche est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin - patient qui peuvent expliquer, au-delà de différences sociales dans l'émergence de la demande de santé et de soins de la part du patient, des prises en charge différenciées pouvant contribuer in fine à des écarts d'état de santé. Le projet INTERMEDE vise à répondre à la double question suivante : Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitement (de réponse du système de soins) selon les catégories sociales, qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ? Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin - patient qui les génèrent ? La médecine générale de ville a été choisie comme lieu d'observation de cette interaction, pour deux raisons. D'une part on peut penser qu'en médecine de ville, l'aspect relationnel, plus que dans le cadre de la médecine hospitalière, est un aspect essentiel et que les décisions de prise en charge sont susceptible de dépendre de cette dimension d'interaction. D'autre part, la médecine générale touche l'ensemble de la population et permet donc de raisonner en termes de continuum d'inégalités sociales et non de cibler une population particulière. Il était nécessaire d'inscrire cette observation des pratiques autour d'un objet concret. Le surpoids et l'obésité ont été choisis.

41005

ARTICLE  
GRIGNON (M.)

**Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?**

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 545-558

Cote Irdes : R1747, P57

[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=RECO\\_602\\_0545](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0545)

Un système national de santé organise et régule simultanément deux types d'interventions publiques : tout d'abord, comme toute politique sociale, il met en œuvre des transferts de revenus, entre ménages, selon la richesse et l'état de santé, mais aussi entre ménages et producteurs de soins. Il agit aussi comme régulateur des relations entre des producteurs et des consommateurs d'un bien essentiellement privé mais difficilement observable, la santé. On peut donc concevoir que ces systèmes soient organisés très différemment d'un pays à l'autre, et chercher quels sont les facteurs, objectifs comme le degré d'inégalité des revenus, ou liés aux valeurs, comme l'aversion pour l'inégalité, qui expliquent ces différences entre systèmes nationaux de santé. Cet article est une première étape sur la voie d'une modélisation de la façon dont les systèmes nationaux font des choix : les modèles théoriques sont passés en revue, ainsi que les variables dépendantes à retenir pour décrire les systèmes de santé.

42427

ARTICLE  
LECLERC (A.) , KAMINSKI (M.), LANG (T.)

**Éditorial : Comblent le fossé en une génération : le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2009/08 ; vol. 57 : n° 4 : 227-230

Cote Irdes : P11

La santé et la réduction des inégalités sociales de santé peuvent-elles constituer un thème mobilisateur ? Le retard de la France dans la prise en compte politique des enjeux sociaux en matière de santé peut-il être comblé ? Cet éditorial revient sur un document important et pourtant passé inaperçu en France, le rapport de la commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé «Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of

health». Le contenu de ce rapport mêle de façon hardie production scientifique et recommandations politiques, en se basant sur l'expérience acquise dans quelques pays que l'on peut considérer comme à l'avant-garde dans le domaine. Une autre originalité est qu'il porte sur la réduction des inégalités de santé dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, alors que ces questions ont été étudiées jusqu'ici presque exclusivement dans un contexte de pays fortement industrialisés. Trois principes d'action structurent les recommandations du rapport de l'OMS : améliorer les conditions de vie quotidienne, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion à ces questions.

42660

FASCICULE  
FASSIN (D.) / éd.

**Inégalités et santé.**

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2009/05 ; n° 960 : 135p., tabl., graph.

Cote Irdes : A3940

Aujourd'hui, en France, un ouvrier non qualifié a deux fois et demi plus de risque qu'un cadre supérieur de mourir entre trente-cinq et soixante ans. Les disparités dans la protection sociale ou les soins médicaux sont-elles en cause ? En partie, sans doute, mais le rôle du système de santé est relativement modeste. Mais toutes les études convergent vers un même constat, aussi évident qu'alarmant : les inégalités de santé coïncident le plus souvent avec des inégalités sociales. Les pays où l'on observe les écarts de revenus les plus importants sont aussi ceux où l'on observe les plus grandes disparités devant la mort. Un domaine d'étude qu'explore ce dossier avec aussi de nouveaux éclairages.

42709

ARTICLE  
AVALOSSE (H.), GILLIS (O.), CORNELIUS (K.) et al.

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

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2009 ; vol. 51 : n° 1 : 145-169

Cote Irdes : P196



Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socioéconomique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a déjà été mise en évidence dans de nombreuses études. Pour la Belgique, les résultats des différentes enquêtes de santé par interview (1997, 2001 en 2004) vont clairement en ce sens. Comme la plupart des études en la matière, ces enquêtes de santé s'appuient sur les déclarations et les informations recueillies auprès d'échantillons de la population. La démarche de la présente étude a pour but de mettre en évidence et de mesurer ces 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 les remboursements dont dispose la MC. C'est ce qui nous autorise à parler d'une approche systématique : il s'agit, en effet, de données réelles, enregistrées et contrôlées dans le cadre d'un système de gestion de tous les membres de la MC. Par ailleurs, cette approche peut également être répétée chaque année sans grandes difficultés. Dès lors, elle peut servir d'instrument d'appréciation et d'évaluation des plus précis pour suivre les initiatives et les mesures visant à limiter ces inégalités. Ce sont des avantages réels par rapport aux enquêtes de santé menées sur la base d'échantillons (de l'ordre de 10.000 personnes), tous les trois à quatre ans et portant sur les déclarations des répondants. Les gradients sociaux que cet article met en évidence ne sont pas tous spectaculaires. Toutefois, ils témoignent tous de cette vérité troublante (au vu des moyens alloués à notre système de soins) : nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées n'ont que trop souvent les 'scores' les plus défavorables.

42773

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

***Inequality of opportunities in health in France : a first pass.***

*Premier examen de l'inégalité des opportunités en santé en France.*

HEALTH ECONOMICS

2009 ; n° : 40p., fig., tabl.

Cote Irdes : R1776

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122500201/PDFSTART?CRETRY=1&SRETRY=0>

Cet article analyse le rôle des enfants et des antécédents familiaux dans l'état de santé des personnes âgées. Il explore l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé en utilisant les données françaises de SHARE.

42998

ARTICLE  
TUBEUF (S.)

***Les inégalités de santé selon le revenu en France en 2004 : décomposition et explications.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2009/10 ; vol. 57 : n° 5 : 319-328, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : C, P11

Cette analyse complète les travaux sur les inégalités sociales de santé à deux niveaux : la mesure de la santé et la mesure des inégalités. D'une part, l'état de santé individuel est appréhendé par une mesure subjective de santé corrigée par une méthode de cardinalisation innovante, qui n'a pas encore été appliquée à la France. D'autre part, cette étude met en oeuvre une méthode originale de mesure des inégalités sociales de santé qui permet de comprendre les liens existants entre le revenu, les inégalités de revenu, plusieurs déterminants sociaux et la santé. L'analyse est conduite sur un échantillon d'adultes en âge de travailler issu de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2004. La méthodologie permet de calculer l'inégalité sociale de santé totale à l'aide d'un indice de concentration. Le calcul de l'indice s'appuie sur un modèle linéaire qui explique la santé par plusieurs caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe et différentes variables socioéconomiques. La méthode tient compte à la fois des relations causales entre les différents facteurs explicatifs introduits dans l'analyse et de leur lien avec la santé. De plus, elle mesure concrètement la contribution des déterminants sociaux à la formation des inégalités de santé. Les résultats mettent en évidence qu'il existe des inégalités de santé selon le revenu à l'avantage des revenus les plus élevés. Les plus fortes contributions aux inégalités proviennent du niveau de revenu, de l'accès à la couverture complémentaire santé, du niveau d'instruction et de la classe sociale. Ainsi, la méthode de décomposition permet d'éclairer les groupes spécifiques sur lesquels les politiques doivent concentrer leurs efforts. Cette étude suggère que la réduction des inégalités de revenu n'est pas suffisante pour éliminer les inégalités so-

ciales de santé en France en 2004, et qu'elle doit s'accompagner d'une réduction de l'association entre le revenu et la santé, et d'une réduction des inégalités de revenu selon les catégories sociales.

## ► Migrants

41003

ARTICLE

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

### ***Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?***

REVUE ECONOMIQUE

2009/03 ; vol. 60 : n° 2 : 385-412

Cote Irdes : R1745, P57

[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=RECO\\_602\\_0385](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0385)

Cet article étudie les liens existant entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'enquête décennale Santé menée en 2002-2003 en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère, liées à l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés en France. Cette analyse suggère également un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

42365

FASCICULE

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

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

### ***Le recours aux soins de ville des immigrés en France.***

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2009/09 ; n° 146 : 6p.

Cote Irdes : QES 146

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>

Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste

comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations. Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un généraliste. Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, les immigrés se déclarant plus souvent vaccinés que les Français mais recourant moins fréquemment aux tests de dépistage.

## ► Pauvreté

42317

ARTICLE

ACCARDO (J.), SAINT POL (T. de)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

### ***Qu'est-ce qu'être pauvre aujourd'hui en Europe ? L'analyse du consensus sur les privatisations.***

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2009/09 ; vol. : n° 421 : 3-27

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES421A.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES421A.pdf)

L'enquête Standards de vie réalisée par l'Insee en 2006 et l'Eurobaromètre 67.1 commandité en 2007 par la Commission européenne permettent d'analyser la manière dont Français et Européens se représentent la pauvreté et les privations qu'elle entraîne. La pauvreté peut en effet être définie comme le fait d'être victime d'un certain nombre de privations. On parle alors de pauvreté en « conditions de vie ».

42450

ARTICLE

AOUSTIN (M.), KURTH (T.), OSSELIN (D.), et al.

### ***Précarité, enjeux et perspectives.***

Précarité et T2A.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2009/07-08 ; n° 529 : 12-15

Cote Irdes : P22

La situation de précarité de certains patients est un des facteurs souvent avancé pour expliquer des écarts de coûts de prise en charge

dans le système de soins. Un certain nombre d'études françaises et étrangères ont été réalisées sur la connaissance des populations précaires et l'observation des parcours de soins. Il a été décidé d'accroître dès 2009 les ressources des établissements accueillant cette population précaire. Cette question représente un enjeu fort pour les populations concernées mais aussi pour les acteurs de soins et les institutions.

42595

ARTICLE  
MONTAUD (J.M.)

***La pauvreté comme variable d'ajustement : l'exemple du Currency Board argentin.***

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE  
2009/05-06 ; vol. 119 : n° 3 : 451-484, tabl.  
Cote Irdes : C, P42

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

Ce travail analyse, à travers l'expérience argentine, les liens entre les mécanismes imposés par un système tel que le Currency Board et les modes d'ajustements de l'économie. Pour cela, il commence par évaluer un profil initial de pauvreté de différents groupes de ménages argentins repérés à partir de leurs modalités d'insertion sur le marché du travail. Il construit un modèle ECG financier incorporant les mécanismes du Currency Board et permettant d'évaluer la pauvreté monétaire de chaque groupe de ménages. Les résultats de la simulation des conditions économiques qu'a pu rencontrer l'économie argentine à la fin des années de convertibilité montrent ainsi que les contraintes de retour à l'équilibre monétaire imposé par le Currency Board ne sont pas neutres en termes de pauvreté et d'inégalités des ménages qui deviennent in fine les variables réelles d'ajustement de l'économie.

## ► Sans-domicile fixe

42339

ARTICLE  
MARPSAT (M.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

***Les définitions des sans domicile en Europe : convergences et divergences.***

COURRIER DES STATISTIQUES  
2009/01-04 ; n° 125 : 49-58  
Cote Irdes : S15

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/cs126h.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs126h.pdf)

Les exemples du Royaume-Uni, de l'Italie et de la France montrent à quel point les définitions des sans-domicile varient et évoluent en Europe. Ces clivages se fondent en particulier sur l'existence, ou non, d'une loi qui définit les sans-domicile ; sur les modalités d'attribution des logements sociaux, et sur la prise en compte, ou non, de critères relatifs à la personne et pas seulement à sa situation de logement. La convergence entre les pays de l'Union européenne, vers une définition commune, ne semble pas imminente en dépit des propositions formulées par des chercheurs proches de la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (Feantsa) et soutenues par le comité de la Protection sociale. Par ailleurs, la loi « Dalo », adoptée en 2007, conduira vraisemblablement à l'émergence de nouvelles sources statistiques sur les personnes mal logées en France.

## ► Seniors

39165

ARTICLE  
DEVAUX (M.) , JUSOT (F.) , TRANNOY (A.) , TUBEUF (S.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

***La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents.***

ECONOMIE ET STATISTIQUE  
2008/09 ; n° 411 : 25-46  
Cote Irdes : S18, R1717  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/es411B.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es411B.pdf)

A partir des données de l'enquête Share, cette recherche étudie, pour la première fois en France, le rôle de la profession des deux parents et de leur état de santé, sur celui de leurs descendants à l'âge adulte, en contrôlant pour les caractéristiques socioéconomiques de ceux-ci. La comparaison des distributions de santé des seniors selon le milieu social d'origine et la longévité des ascendants directs témoignent de l'existence d'inégalités des chances en santé chez les seniors. Au-delà de son association avec la situation sociale actuelle de l'individu, l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par le statut socioéconomique de la mère, le statut socioéconomique du père ayant au contraire une influence indirecte passant par la détermination du statut socioéconomique de l'enfant.

Une transmission intergénérationnelle de la santé est également observée : la longévité relative du père et en particulier son statut vital influence la santé à l'âge adulte.

La Mission régionale de santé (MRS) a pour but de favoriser la coordination entre la médecine de ville et l'Hôpital. Ce rapport précise les réalisations 2008 et les orientations 2009 en Bourgogne.

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Agences régionales de santé

42291

ARTICLE

**Agences régionales de santé en phase de construction.**

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

2009/10/01 ; n° 387 : 3

Cote Irdes : P29/2

Les 26 directeurs des ARS (Agences régionales de santé) ont été nommés le 30 septembre 2009 (Journal officiel du 3 octobre 2009). Ces directeurs ont pour mission de gérer le rapprochement des personnels de sept entités (ARH, DDASS, DRASS, GRSP, URCAM, Missions régionales de santé, CRAM) et le transfert de leurs biens. Il leur revient aussi d'organiser les nouveaux services et de préparer le budget initial des ARS. Ces nouvelles structures doivent être opérationnelles au plus tard le 1er juillet 2010.

### ► Bourgogne

42648

FASCICULE

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

**Mission Régionale de Santé Bourgogne.  
Rapport d'activité 2008 - Programme 2009 :  
Répartition territoriale des professionnels  
de santé libéraux - Permanence des  
soins - Coordination des soins - Maîtrise  
médicalisée des dépenses de santé "ville-  
hôpital"..**

NOTES ET DOCUMENTS

2009 ; n° 56 : 39p.

Cote Irdes : P127

### ► DOM-TOM

41856

FASCICULE

ANDRE-CORMIER (J.)

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

**L'offre de santé dans les collectivités  
ultramarines.**

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL  
ECONOMIQUE ET SOCIAL

2009/07 ; 284p.

Cote Irdes : P111/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000306/0000.pdf>

Les onze collectivités françaises d'Outre-mer se caractérisent par un certain nombre de points communs quant à l'état de santé de leurs populations et l'offre de soins dont elles bénéficient. Ce rapport présente la situation sanitaire de chaque collectivité et propose des améliorations communes à plusieurs d'entre elles (promotion et développement de la prévention, de la télémédecine, coopération sanitaire interrégionale et internationale, amélioration du recrutement médical et du financement des hôpitaux...), avant d'analyser les améliorations à apporter au cas par cas, selon les problèmes spécifiques régionaux.

### ► Pratiques médicales

43017

ARTICLE

VIGNERON (E.)

AUBLET-CUVELLIER (B.) / collab.

**Pertinence des actes : chirurgie de la  
prostate et de la cataracte.**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2009/09-10 ; n° 530 : 66-69, carte

Cote Irdes : C, P22

A l'initiative d'Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier et membre du Haut conseil de la santé publique, un travail de cartographie sur la géographie des actes réalisés à l'hôpital a été réalisé. Ce travail fait ressortir des varia-



tions géographiques de certaines pratiques médicales qui ne s'expliquent ni par la composition des populations ni par des données épidémiologiques. Cet article constitue le dernier volet de cette série d'analyses : après les césariennes et l'appendicectomie (n° 525), la libération du canal carpien et la pose de drains transtympaniques (n° 528), c'est au tour de la chirurgie de la prostate et de la cataracte d'être examinée.

## ► Provence Alpes Côte d'Azur

42422

ARTICLE

BOCQUIER (A.), NAULEAU (S.), VERGER (P.)

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

***Intérêt des données de l'assurance maladie pour l'étude des disparités territoriales de santé : l'exemple des anxiolytiques et des hypnotiques en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/04-06 ; vol. : n° 2 : 91-97

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/POS092\\_Variations\\_territoriales\\_de\\_sante.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS092_Variations_territoriales_de_sante.pdf)

Les bases de données de l'assurance maladie représentent une source de données essentielle pour répondre à la demande croissante d'indicateurs territoriaux de santé en France. Cet article étudie les variations cantonales de la prévalence des remboursements d'anxiolytiques et d'hypnotiques (AX-HY) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et les caractéristiques des cantons associés à cette prévalence. Les résultats sur les facteurs associés à ces variations pourraient aider à cibler les actions pour un meilleur usage des AX-HY sur des territoires prioritaires.

## ► Démographie médicale

40441

ARTICLE

DORMONT (B.), SAMSON (A. L.)

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

***Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations.***

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2009/01 ; n° 414 : 3-30

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES414A.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES414A.pdf)

En France, l'offre de soins ambulatoires est régulée depuis 1971 par le numerus clausus, qui fixe le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Fixé initialement à 8 588 places, il n'a vraiment diminué qu'à partir de 1978, jusqu'à atteindre 3 500 places en 1993. L'arrivée des cohortes nombreuses du baby-boom et la faiblesse des restrictions initiales ont permis l'installation de générations nombreuses de médecins débutants. Ce n'est qu'à partir de 1987 (soit neuf ans après 1978, du fait de la durée des études médicales) que l'on observe un impact du numerus clausus sur le nombre de médecins débutants. Un panel représentatif des généralistes du secteur 1 sur la période 1983-2004 permet d'analyser les déterminants de leurs honoraires et l'impact des fluctuations du numerus clausus sur leurs carrières. La localisation et les revalorisations tarifaires ont un impact considérable sur les honoraires. Les profils de carrières des médecins diffèrent fortement de ceux des salariés : toutes choses égales par ailleurs, leurs honoraires progressent rapidement en début de carrière pour diminuer en moyenne dès la douzième année d'expérience. Tout se passe comme si les médecins préféraient concentrer leur effort au début de leur expérience professionnelle pour alléger ensuite leur charge de travail. Les honoraires des médecins dépendent fortement de la situation de la démographie médicale lors de leur installation. L'écart entre les honoraires permanents des différentes cohortes peut atteindre 20 %, toutes choses égales par ailleurs. Les cohortes installées dans les années 1980 subissent les impacts conjoints du baby-boom et d'un numerus clausus élevé : elles perçoivent les honoraires les plus faibles. La diminution du numerus clausus a permis d'améliorer la situation des cohortes ultérieures. Une compa-

raison des distributions d'honoraires en termes de dominance stochastique montre que les écarts liés à l'hétérogénéité non observée ne compensent pas les différences.

43024

FASCICULE  
SICART (D.)

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

**Les médecins : estimations au 1er janvier 2009**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/10 ; n° 138 : 117p.

Cote Irdes : S35

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

Ce document de travail donne les résultats redressés de l'exploitation statistique du répertoire Adeli pour les médecins au 1er janvier 2009. La méthode de redressement employée, expliquée en introduction du document tient compte du département d'origine des médecins et de leur statut (salarié hospitalier et salarié non hospitalier). Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux d'effectifs et pourcentages et sont ventilés selon la spécialité, la situation professionnelle (libéral, salarié), le secteur d'activité, la tranche d'âge, le sexe, la région, le département et la tranche d'unité urbaine. Ils incluent une cartographie régionale et départementale des densités pour l'ensemble des médecins, les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les médecins libéraux et mixtes, les médecins salariés exclusifs, les médecins généralistes libéraux et mixtes.

ARTICLE

CHERNEW (M. E.), SABIK (L.), CHANDRA (A.), NEWHOUSE (J. P.)

**Would having more primary care doctors cut health spending growth?**

*Une offre en soins primaires plus importante enrayerait-elle la croissance des dépenses de santé ?*

HEALTH AFFAIRS

2009 : vol. 28 : n° 5 : 1327-1335.

Cote Irdes : P95

Spending on health care in markets with a larger percentage of primary care physicians

(PCPs) is lower at any point in time than is true in other markets. The relationship between physician workforce composition and the rate of spending growth is less clear. This analysis of market-level Medicare spending data between 1995 and 2005 reveals that the proportion of PCPs is not associated with spending growth. Additional research is needed before the potential causal impact of PCPs can be fully assessed. However, these findings suggest that changes in the composition of the physician workforce will not be sufficient to address spending growth.

## D Fiqcs

42647

FASCICULE

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

**Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) région Bourgogne - Rapport d'activité 2008 : Réseaux de santé - Maisons de santé - Expérimentations.**

NOTES ET DOCUMENTS

2009 ; n° 64 : 39p., tabl., fig.

Cote Irdes : P127

Ce rapport d'activité 2008 présente tout d'abord un état des lieux des projets financés au 31 décembre 2008 puis dans une seconde partie sont présentés : le dispositif législatif et réglementaire, les instances et leurs missions, les orientations d'utilisation des fonds, les outils et la communication ainsi que l'activité globale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

## D Formation médicale continue

42235

FASCICULE

SCHLETTE (S.), KLEMPERER (D.), GODDARD (A. J.), CZYPIONKA (T.), CHEVREUL (K.)  
MLADOVSKY (P.) / éd., MERKUR (S.) / éd., MOSIALOS (E.) / éd., MCKEE (M.) / éd.

**Formation continue et re-certification des médecins en Europe.**

*Life long learning and physician revalidation in Europe.*

EURO OBSERVER - HEALTH POLICY

BULLETIN OF THE EUROPEAN  
OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS  
AND POLICIES (THE)

2009 ; vol. 11 : n° 2 : 12p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.euro.who.int/Document/Obs/  
EuroObserver\\_summer2009.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver_summer2009.pdf)

Ce fascicule fait le point sur la re-certification des médecins en Europe, en décrivant plus particulièrement les expériences menées en Allemagne, en Autriche, en France et au Royaume-Uni.

## ► Maisons de santé

42650

FASCICULE

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

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

***Une évaluation exploratoire des maisons de  
santé pluridisciplinaires de Franche-Comté  
et de Bourgogne.***

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)

2009/10 ; n° 147 : 8p.

Cote Irdes : QES 147

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

Les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux, se développent un peu partout en France. Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels. Une évaluation exploratoire de neuf maisons de santé pluridisciplinaires menée dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels notamment entre généralistes et infirmières, une gamme étendue de l'offre de soins.

La qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires.

## ► Médecins traitants

42972

FASCICULE

GOUYON (M.)

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

***Spécialistes et patients face au parcours  
de soins coordonnés : comportements et  
opinions.***

DOSSIER SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2009 ; n° 11 : 19p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, S19

Le parcours de soins coordonnés a été mis en place en août 2004 par la loi réformant l'Assurance maladie. Ce résultat d'enquête, réalisée fin 2007 sur le recours au spécialiste en médecine de ville, montre que pour une grande majorité des patients, les recours en cardiologie et gastro-entérologie font suite à une recommandation (70%) ; suivent les consultations en rhumatologie et en ORL (60%) puis en dermatologie (40%). Dans l'ensemble, 80% des patients consultent leur médecin traitant avant un spécialiste même si 40% ne jugent pas cela utile. Depuis la mise en place de ce dispositif, les praticiens des spécialités dont l'accès est devenu indirect estiment que leurs pratiques ont été rendues plus difficiles.

## ► Modes de rémunération

ARTICLE

MCDONALD (R.), WHITE (J.), MARMOR (T.  
R.)

***Paying for performance in primary medical  
care: learning about and learning from  
"success" and "failure" in England and  
California.***

*Rémunération à la performance des soins  
primaires : leçons à tirer des succès et échecs  
lors des expériences menées en Angleterre et  
en Australie.*

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY  
AND LAW

2009 : vol. 34 : n° 5 : 747-776.

Cote Irdes : P82

Paying physicians to hit performance targets is becoming increasingly fashionable, as evidenced by the growing number of «pay-for-performance» programs in the United States and beyond. This article compares pay-for-performance initiatives in two nations--the United Kingdom and the United States. It pays particular attention to the context in which the initiatives were conceived and implemented, factors which are largely neglected in the pay-for-performance literature. Despite some glowing reviews of the UK national pay-for-performance program for primary care doctors, we suggest that such programs face significant technical obstacles in all cases and particularly severe institutional obstacles in the United States.

ARTICLE

MASON (A.), STREET (A.), MIRALDO (M.),  
SICILIANI (L.)

***Should prospective payments be differentiated for public and private healthcare providers?***

*Devrait-on différencier les modes de paiement prospectif entre les producteurs de soins publics et privés ?*

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2009 : vol. 4 : n° 4 : 383-403.

Cote Irdes : P197

The English government has encouraged private providers - known as Independent Sector Treatment Centres (ISTCs) - to treat publicly funded (NHS) patients. All providers are to be remunerated under a prospective payment system that offers a price per case treated, adjusted by the Market Forces Factor (MFF) to reflect geographical variation in specific input costs. This payment system presupposes that any remaining cost differentials between providers result from inefficiencies. However, the validity of this assumption is unclear. This article describes the constraints that could cause public and private provider costs to differ for reasons outside their control. These constraints may be regulatory in nature, such as taxes and performance management regimens, or relate to the production process, such as input costs, the provision of emergency care, and case mix issues. Most of these exogenous cost differentials can be rectified by adjustments either to the regulatory system

or to the payment method. However, differences in capital costs appear less tractable and further investigation into possible solutions is warranted

## ► Organisation des soins

42108

ARTICLE

BOURGUEIL (Y.)

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

***L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ?***

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; vol. : n° 2/2008 : 105-114

Cote Irdes : R1764, P174

Après un exposé des principales caractéristiques de l'organisation des soins ambulatoires, nous nous interrogerons sur la portée réformatrice de deux changements à l'oeuvre dans le secteur des soins ambulatoires en France : la réforme du médecin traitant de 2004 et celle du cursus universitaire de la médecine générale, résultants tous deux d'un long processus et de compromis multiples. Ils apparaissent, par leur processus d'émergence, de nature essentiellement réactive aux éléments conjoncturels et d'une portée réformatrice modestes en regard des enjeux sous jacents. On peut néanmoins s'interroger sur les effets de changements systémiques à termes de ces évolutions incrémentales. En conclusion, au regard de la dynamique actuelle de la réforme et des transformations structurelles de plus grande ampleur que nous croyons nécessaires, nous développerons la thèse d'une nécessaire mise en cohérence des éléments de réformes dans le cadre d'un projet global pouvant faire sens aux différents acteurs impliqués (professionnels de santé, acteurs politiques, associations de malades, etc.) (Résumé d'auteur).



## ► Pratique médicale

42180

ARTICLE  
VEGA (A.)

### ***Les déterminants de la décision médicale : un point de vue sociologique.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2009 ; vol. 5 : n° 6 : 282-296  
Cote Irdes : c, P198

Comment les médecins passent-ils des éléments cognitifs à la décision ? À quels types de déterminants sont-ils soumis ? À quelles questions éthiques et problématiques sociales se trouvent-ils confrontés ? En démontant les cheminements de la pensée médicale, le sociologue Nicolas Dodier rejoint d'autres chercheurs en sciences humaines qui analysent les nombreuses influences dans les jugements médicaux. L'ensemble de ces études nuance, voire infirme, les prétentions ou pré-supposés d'experts à être autonomes, scientifiques, justes, indépendants, etc. Pourtant, leurs auteurs cherchent moins à désacraliser la médecine, a fortiori les acteurs de santé primaire, qu'à souligner la richesse du travail soignant. Leur objectif est plus précisément de contrebalancer les approches trop abstraites de la décision médicale, ignorant d'une part les effets d'interactions individuelles (entre soignants et soignés, et entre soignants) et l'existence de nombreux facteurs macrosociaux influençant le colloque singulier d'autre part.

42266

ARTICLE, INTERNET  
LUGTENBERG (M.) , ZEGER-VAN SCHAICK (J.M.) , WERSTERT (G.P.)

### ***Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners***

*Pourquoi les médecins ne suivent-ils pas les recommandations dans leurs pratiques cliniques? Une analyse des freins chez les médecins généralistes aux Pays-Bas.*

IMPLEMENTATION SCIENCE  
2009 ; vol. 4 : n° 54 : 1-9, annexes.  
Cote Irdes : C, En ligne

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

Despite wide distribution and promotion of clinical practice guidelines, adherence among Dutch general practitioners (GPs) is not opti-

mal. To improve adherence to guidelines, an analysis of barriers to implementation is advocated. Because different recommendations within a guideline can have different barriers, in this study we focus on key recommendations rather than guidelines as a whole, and explore the barriers to implementation perceived by Dutch GPs. A qualitative study using six focus groups was conducted, in which 30 GPs participated, with an average of seven per session. Fifty-six key recommendations were derived from twelve national guidelines. In each focus group, barriers to the implementation of the key recommendations of two clinical practice guidelines were discussed. Focus group discussions were audiotaped and transcribed verbatim. Data was analysed by using an existing framework of barriers. The barriers varied largely within guidelines, with each key recommendation having a unique pattern of barriers. The most perceived barriers were lack of agreement with the recommendations due to lack of applicability or lack of evidence (68% of key recommendations), environmental factors such as organisational constraints (52%), lack of knowledge regarding the guideline recommendations (46%), and guideline factors such as unclear or ambiguous guideline recommendations (43%). Our study findings suggest a broad range of barriers. As the barriers largely differ within guidelines, tailored and barrier-driven implementation strategies focusing on key recommendations are needed to improve adherence in practice. In addition, guidelines should be more transparent concerning the underlying evidence and applicability, and further efforts are needed to address complex issues such as comorbidity in guidelines. Finally, it might be useful to include focus groups in continuing medical education as an innovative medium for guideline education and implementation.

42695

ARTICLE  
OLSEN (.K.R.), GYRD-HANSEN (D.),  
BOEGH (A.) et al.

### ***GPs as citizens' agents : prescription behavior and altruism.***

*Les médecins généralistes en tant que citoyens : comportement de prescription et altruisme.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)  
2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 399-407, 4 tabl.,  
1 fig.  
Cote Irdes : P151

To curb the heavily increasing drug budgets some Danish counties have introduced voluntary agreements between general practitioners (GPs) and health authorities. We extend the models of generic prescription by Hellerstein (Rand J Econ 29(1):108–136, 1998) and Lundin (J Health Econ 19:639–662, 2000) to allow for substitution between analogues and use difference-in-difference models to assess the effect on two drug groups (lipid-lowering and rheumatism drugs). For both drug groups we find evidence of a significant effect of the intervention. In the case of lipid-lowering drugs, we found a significant larger impact on GPs with low loyalty to the insurer and with indication of low prescription quality. In contrast we found that the intervention had a significantly lower impact on this group of GPs in the case of rheumatism drugs. We conclude that the effectiveness of the voluntary approach may partly be due to its indirect effect on GPs' altruistic motivation, which makes the GPs and the authorities collude in a common agency role.

42903

ARTICLE

SCHOEN (C.), OSBORN (R.), HOW (S. K. H.), DOTY (M. M.), SQUIRE (D.), PEUGH (J.), APPLEBAUM (S.)

***A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And experiences***

*Une enquête auprès de médecins en soins primaires dans onze pays en 2009 : perspectives en matière de soins, de coûts et d'expérience.*

HEALTH AFFAIRS : WEB EXCLUSIVE

2009 ; vol. 28 : n° 6 : w1171-w1183, tabl.

Cote Irdes : P95

<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/28/6/w1171?ijkey=46Z9Be2ia7vm6&k eytype=ref&siteid=healthaff>

This 2009 survey of primary care doctors in Australia, Canada, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom, and the United States finds wide differences in practice systems, incentives, perceptions of access to care, use of health information technology (IT), and programs to improve quality. Response rates exceeded 40 percent except in four countries: Canada, France, the United Kingdom, and the United States. U.S. and Canadian physicians lag in the adoption of IT. U.S. doctors were the most likely to report that there are insurance restrictions on obtaining medication and treat-

ment for their patients and that their patients often have difficulty with costs. We believe that opportunities exist for cross-national learning in disease management, use of teams, and performance feedback to improve primary care globally.

## ► Qualité des soins

42176

ARTICLE

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

***Médecine générale : de quelle qualité parle-t-on ?***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009 ; vol. 5 : n° 6 : 272-275

Cote Irdes : c, P198

Vous connaissez le pouvoir des mots. Nous avons vécu différentes périodes dominées par tel ou tel mot : cela a pu être "progrès", ou "compétitivité", ou "éducation", ou "pureté", ou "efficacité", ou même "sainteté"... Le mot d'ordre est aujourd'hui "qualité". Mais comment définir la qualité quand on parle de médecine générale ?

42178

ARTICLE

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

***Qualité des soins primaires : tyrannie ou quantifiable ?***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009 ; vol. 5 : n° 6 : 276-277

Cote Irdes : c, P198

Cet article consiste en un commentaire de Heath I, Rubinstein A, Stange KC, et al. «Quality in primary Health Care: a multidimensional approach to complexity». paru dans le British Medical Journal (2009;338:911-3). Il souligne combien les tentatives d'évaluation faites dans les différents systèmes de santé se heurtent toutes à la complexité des soins primaires et notamment aux priorités variables selon les points de vue des utilisateurs – mais qui sont les patients « représentatifs » ? – des professionnels, ou des décideurs.

42288

ARTICLE

QUENEAU (P.)

***La décision médicale, moment clé de la qualité des soins.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2009/09 ; vol. 5 : n° 7 : 319-321  
Cote Irdes : P198

La médecine est à la fois une science, une technique et un art infiniment difficiles, qui requièrent de la compétence et du temps : le temps de la disponibilité, qui est une des clés de la compétence.

ARTICLE  
COOPER (R. A.)

**States with more physicians have better-quality health care.**

*Les Etats dont la démographie médicale est plus élevée connaissent une meilleure qualité des soins.*

HEALTH AFFAIRS  
2009 : vol. 28 : n° 1 : w91-102.  
Cote Irdes : P95

As efforts begin to expand the physician workforce in response to deepening shortages of physicians, attention has focused on the value of what physicians do. There is a widely held belief that states with more specialists have poorer-quality health care, while quality is better in states with more family physicians. This is myth. Quality is better in states with more physicians, both specialists and family physicians. Access depends on total physician supply, irrespective of specialty. Population density, per capita income, and regional factors all influence this relationship, but the data are unequivocal.

## ► Temps de travail

41874  
FASCICULE  
LE FUR (P.) , BOURGUEIL (Y.) , CASES (C.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

**Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)  
2009/07 ; n° 144 : 8p.  
Cote Irdes : QES 144

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

Le temps de travail du médecin est au coeur des transformations en cours dans le système

de soins ambulatoire. Il constitue à ce titre un enjeu en termes de mesure et d'évaluation. Les données disponibles rassemblées ici, multiples mais souvent parcellaires ou anciennes, permettent malgré tout d'estimer des ordres de grandeur tant en termes de temps de travail global des généralistes que de décomposition de ce temps par grande catégorie d'activité. Ainsi, les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins. Les sources de données actuelles font néanmoins apparaître un manque d'informations représentatives et non commerciales sur l'emploi du temps des généralistes, sur les modalités de leur organisation et sur le contenu précis de leur pratique en fonction, en particulier, des caractéristiques médicales des patients.

## HÔPITAL

### ► Chirurgie ambulatoire

40374  
DOSSIER DE PRESSE  
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des  
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.  
FRA

**La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français : Une évolution positive entre 2006 et 2008.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)  
2009/01/22 ; 9p.

Cote Irdes : Bulletin Français

Au 1er semestre 2008, le taux de chirurgie ambulatoire était de 54 %, contre 36 % en 2000. Les cliniques privées continuent d'afficher un taux plus élevé (58 %) que les hôpitaux publics (47 %) mais ces derniers enregistrant actuellement une progression sensible réduisent l'écart. Si l'on considère six des interventions chirurgicales les plus courantes, ces résultats sont plus positifs encore avec un taux qui approche les 65 %. Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire atteignait les 94 % en 2003. Le dispositif d'accord préalable, prévu par la LFSS pour 2008, mis en place par l'Assurance Maladie et les ARH pour les établissements dont l'activité ambulatoire est inférieure à la

moyenne a permis de redresser la barre. En un semestre, plus de 200 établissements de santé, dont 63 % de cliniques privées, ont été mis sous accord préalable avec pour résultats une hausse du taux de 29 points, en quelques mois seulement. La CNAMTS chiffre les économies à «quelques centaines de millions d'euros par an».

## ► Cliniques privées

42975

FASCICULE  
AUDE (J.)

***L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/10 ; n° 707 : 4p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er707.pdf>

En 2007, le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 4,4%, soit un ralentissement de 2,3 points par rapport à 2006. Leur rentabilité économique a légèrement diminué par rapport à 2006, atteignant 3,1% du chiffre d'affaires (-0,1 point de CA). La situation économique des cliniques privées, généralement satisfaisante, est marquée comme en 2006 par une forte hétérogénéité : un quart des cliniques subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,4%. Les cliniques de petite taille et du secteur hors MCO sont les plus rentables : la rentabilité économique moyenne atteint 2,9% du CA pour les cliniques ayant une activité en MCO et à 4,5% hors MCO.

## ► Étude nationale de coûts

43015

ARTICLE  
MOISDON (J.-C.)

***Étude nationale de coûts à méthodologie commune : apports et limites.***

Efficiences économiques. Dossier.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2009/09-10 ; vol. : n° 530 : 56-59

Cote Irdes : C, P22

Élaborée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC)

concernant le champ médecine-chirurgie-obstétrique constitue un net progrès sur plusieurs aspects. L'ATIH a réussi à mettre sur pied un outil précis et cohérent qui permet notamment de surmonter l'obstacle des spécificités des deux secteurs, privé et public, et qui améliore certaines insuffisances de versions ENC précédentes notamment celles relatives à la ventilation des dépenses de logistique générale et aux modalités de calcul des coûts. Mais cet outil comporte aussi des limites et trois remarques peuvent être avancées qui concernent : le modèle comptable, la représentativité statistique, les difficultés de comparaison public/privé.

## ► Gestion hospitalière

42974

FASCICULE  
YILMAZ (E.)

***En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2009/10 ; n° 706 : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er706.pdf>

Entre 2005 et 2007, la situation économique et financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Le déficit se creuse et atteint 486 millions d'euros en 2007, soit 0,9% des produits. L'aggravation du déficit est particulièrement marquée pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) : leur déficit a doublé en 2007 et atteint 325 millions d'euros, soit 1,6% des produits. Dans une moindre mesure, le déficit des grands centres hospitaliers (CH) augmente de 10% et atteint 220 millions d'euros, soit 1,4% des produits. Le déficit des CH de moyenne taille se stabilise : il représente 0,7% des produits. En revanche, les CH de petite taille, les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) affichent des résultats excédentaires en 2007. Selon les éléments issus des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), le déficit des hôpitaux publics se réduirait en 2008. Sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les investissements ont considérablement augmenté depuis 2002 et se stabilisent à un niveau élevé en 2007 : la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 7,2% à 10,1%. Parallèlement, les capacités et les conditions de financement se sont dégradées. Ainsi, la capacité d'autofinancement ne représente plus que 5,1% des produits en 2007 contre 7,2%



en 2004. Les hôpitaux publics recourent donc davantage à l'endettement pour financer ces investissements : le niveau d'endettement, qui augmente régulièrement depuis 2003, atteint 40% des ressources stables en 2007.

## ► Hospitalisation à domicile

41006

FASCICULE

AFRITE (A.), CHALEIX (M.), COM-RUELLE (L.), VALDELIEVRE (H.)

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

***L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients : Exploitation des données du PMSI HAD 2006.***

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2009/03 ; n° 140 : 1-8

Cote Irdes : QES 140

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>

Outre le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006, sont analysés ici les soins qui leur sont administrés et comment la prise en charge en HAD se situe dans leur trajectoire de soins. En 2006, plus de deux millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge, de tous âges, sont surtout des hommes plutôt âgés et des jeunes mères. Ils répondent à des situations cliniques très diverses et 30 % d'entre eux sont moyennement à fortement dépendants. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également. Près de 7 % des séjours se sont terminés par le décès du patient chez lui.

## ► Indicateurs de gestion hospitalière

ARTICLE

JHA (A. K.), ORAV (E. J.), EPSTEIN (A. M.)

***Public reporting of discharge planning and rates of readmissions.***

Publication des rapports officiels sur la planification des sorties et les taux de

réadmission.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

2009 : vol. 361 : n° 27 : 2637-2645.

**BACKGROUND:** A reduction in hospital readmissions may improve quality and reduce costs. The Centers for Medicare and Medicaid Services has initiated a national effort to measure and publicly report on the conduct of discharge planning. We know little about how U.S. hospitals perform on the current discharge metrics, the factors that underlie better performance, and whether better performance is related to lower readmission rates. **METHODS:** We examined hospital performance on the basis of two measures of discharge planning: the adequacy of documentation in the chart that discharge instructions were provided to patients with congestive heart failure, and patient-reported experiences with discharge planning. We examined the association between performance on these measures and rates of readmission for congestive heart failure and pneumonia. **RESULTS:** We found a weak correlation in performance between the two discharge measures ( $r=0.05$ ,  $P<0.001$ ). Although larger hospitals performed better on the chart-based measure, smaller hospitals and those with higher nurse-staffing levels performed better on the patient-reported measure. We found no association between performance on the chart-based measure and readmission rates among patients with congestive heart failure (readmission rates among hospitals performing in the highest quartile vs. the lowest quartile, 23.7% vs. 23.5%;  $P=0.54$ ) and only a very modest association between performance on the patient-reported measure and readmission rates for congestive heart failure (readmission rates among hospitals performing in the highest quartile vs. the lowest quartile, 22.4% vs. 24.7%;  $P<0.001$ ) and pneumonia (17.5% vs. 19.5%,  $P<0.001$ ). **CONCLUSIONS:** Our findings suggest that current efforts to collect and publicly report data on discharge planning are unlikely to yield large reductions in unnecessary readmissions.

## ► Infections nosocomiales

42868

ARTICLE

CARRICABURU (D.), LHUILIER (D.)

***Les infections nosocomiales : un risque collectif en cours de normalisation ?***

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2009/12 ; vol. 27 : n° 4 : 43-71

Cote Irdes : P86

Si la découverte des antibiotiques a pu laisser croire que la crainte multiséculaire des infections hospitalières allait disparaître, les résistances bactériennes sont apparues très rapidement et ont alerté les professionnels concernés. Cependant, ce problème est resté confiné dans le monde hospitalier jusqu'à l'éclatement de l'affaire de la clinique du sport en 1997. Avec cette affaire, les infections nosocomiales basculent du registre sanitaire vers celui du politique et deviennent un risque collectif. Cet article a pour objet d'analyser, non pas la mise sur agenda mais certaines séquences de la trajectoire de ce problème, c'est-à-dire les différentes transformations et qualifications dont il a été l'objet, la dernière en date préfigurant un retour de l'acceptabilité sociale de ce risque.

## ► Planification hospitalière

42990

ARTICLE

BUDET (J.-M.), ESTIENNE (N.), BRECHAT (P.-H.), et al.

**Territoires. Dossier.**

GESTIONS HOSPITALIERES

2009/08-09 ; n° 488 : 414-440

Cote Irdes : C, P67

Ce dossier s'organise autour de quatre parties : l'hôpital et l'interrégionalité ; la proximité du droit et de la santé : l'art d'accommoder les contraires ; pour un management des politiques de santé publique ; le circuit du médicament en EHPAD.

## ► Qualité des soins

39517

FASCICULE

COM-RUELLE (L.), OR (Z.), RENAUD (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en  
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris.  
FRA

**Volume d'activité et qualité des soins  
dans les hôpitaux : quelle causalité ?**

**Enseignements de la littérature.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)

2008/09 ; n° 135 : 4p.

Cote Irdes : QES 135

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>

Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens de la relation entre volume d'activité et qualité des soins fait toujours débat. La revue systématique de la littérature menée par l'IRDES montre que pour certaines procédures et interventions, en particulier pour la chirurgie complexe, la possibilité d'améliorer la qualité des soins lorsque le volume d'activité augmente est réelle. L'effet d'apprentissage au niveau individuel (chirurgien) mais aussi au niveau de l'hôpital (transfert de connaissances, mode d'organisation) semble expliquer une grande partie de cette corrélation. Mais dans certains cas, l'hypothèse alternative du « renvoi sélectif », selon laquelle les patients sont orientés vers les hôpitaux ayant de meilleurs résultats, ne peut être réfutée. Ce lien de causalité entre volume et qualité doit par ailleurs être nuancé : les résultats sont sensibles à la nature des procédures et interventions analysées ainsi qu'aux seuils d'activité retenus. Plus l'intervention est spécifique et complexe, plus la corrélation volume-qualité est affirmée. Pour la plupart des interventions, il n'existe pas de seuil d'activité unanimement accepté. De plus, certaines études montrent que la relation volume-qualité devient marginale au-delà d'un seuil qui peut être relativement bas.

42908

FASCICULE

OR (Z.), RENAUD (T.)

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

**Quel lien entre volume d'activité des  
hôpitaux et qualité des soins en France ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
(IRDES)

2009/12 ; n° 149 : 1-6

Cote Irdes : QES 149

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes149.pdf>

Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, aucune étude, à ce jour, ne vérifie le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude fournit des éléments quantitatifs nouveaux sur la relation entre volume et résultats des soins en exploitant les données hospitalières françaises. Pour six prises en charge hospitalières sur les huit étudiées, les résultats montrent que la probabilité de réadmission et de mor-

talité est plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité. L'impact du volume sur les résultats diffère selon la technicité des soins et semble s'atténuer au fur et à mesure que l'activité augmente. L'intensité de la relation entre le volume et les résultats varie d'une intervention à l'autre mais ce lien n'est linéaire pour aucune prise en charge. Le volume d'activité constituerait donc un levier d'action pour améliorer les résultats dans certains domaines, mais il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.

## ► Réforme hospitalière

40432

ARTICLE  
LOISANCE (D.)

### ***Contribution de l'Académie nationale de médecine à la réflexion sur la réforme de l'hôpital.***

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2008 ; vol. 192 : n° 6 : 1277-1285

Cote Irdes : C, P76

Ce texte offre les réflexions de l'Académie de médecine sur la réforme de l'hôpital. Il insiste sur certains points : amélioration de la coordination des diverses structures médico-sociales à l'échelon régional avec un rôle essentiel donné aux CHU; maintien des services hospitaliers ; organisation en pôles; gouvernance de l'hôpital, maintien du statut de praticien hospitalier professeur des Universités; prise en compte dans les promotions des activités d'enseignement et de recherche.

## ► Soins de longue durée

ARTICLE  
KONETZKA (R. T.), WERNER (R. M.)

### ***Disparities in long-term care: building equity into market-based reforms.***

*Disparités des soins de longue durée : construire l'équité à l'aide de réformes portant sur l'offre de marché.*

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW  
2009 : vol. 66 : n° 5 : 491-521.

Cote Irdes : P182

A growing body of evidence documents pervasive racial, ethnic, and class disparities in long-term care in the United States. At the same time, major quality improvement initia-

tives are being implemented that rely on market-based incentives, many of which may have the unintended consequence of exacerbating disparities. We review existing evidence on disparities in the use and quality of long-term care services, analyze current market-based policy initiatives in terms of their potential to ameliorate or exacerbate these disparities, and suggest policies and policy modifications that may help decrease disparities. We find that racial disparities in the use of formal long-term care have decreased over time. Disparities in quality of care are more consistently documented and appear to be related to racial and socioeconomic segregation of long-term care facilities as opposed to within-provider discrimination. Market-based incentives policies should explicitly incorporate the goal of mitigating the potential unintended consequence of increased disparities.

ARTICLE  
FORDER J.

### ***Long-term care and hospital utilisation by older people: an analysis of substitution rates.***

*Soins de longue durée et recours des personnes âgées aux soins hospitaliers : une analyse des taux de substitution.*

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 11 : 1322-1338.

Cote Irdes : P173

Older people are intensive users of hospital and long-term care services. This paper explores the extent to which these services are substitutes. A small area analysis was used with both care home and (tariff cost-weighted) hospital utilisation for older people aggregated to electoral wards in England. Health and social-care structural equations were specified using a theoretical model. The estimation accounted for the skewed and censored nature of the data. For health utilisation, both a fixed effects instrumental variables GMM model and a generalised estimating equations (GEE) model were fitted, the later on a log dependent variable with predicted values of social care utilisation used to account for endogeneity (bootstrapping was used to derive standard errors). In addition to a GMM model, the social-care estimation used both two-part and tobit models (also with predicted health utilisation and bootstrapping). The results indicate that for each additional pound1 spent on care homes, hospital expenditure falls by pound0.35. Also, pound1 additional hospital spend corresponds to just over pound0.35 re-

duction on care home spend. With these cost substitution effects offsetting, a transfer of resources to care homes is efficient if the resultant outcome gain is greater than the outcome loss from reduced hospital use.

#### ARTICLE

DE MEIJER (C. A.), KOOPMANSCHAP (M. A.), KOOLMAN (X. H.), VAN DOORSLAER (E. K.)

#### **The role of disability in explaining long-term care utilization.**

*Le handicap (ou incapacité) comme variable explicative de l'utilisation des soins de longue durée.*

#### MEDICAL CARE

2009 : vol. 47 : n° 11 : 1156-1163.

Cote Irdes : P45

**OBJECTIVE:** In view of aging populations, it is important to improve our understanding of the determination of long-term care (LTC) service use among the middle-aged and elderly population. We examined the likelihood of using 2 levels of LTC-homecare and institutional care in the Netherlands and focused on the influence of the measured degree of disability. **METHODS:** We pooled 2 cross-sectional surveys—one that excluded institutionalized and one that was targeted at institutionalized individuals aged 50+. Disability is measured by impairment in (instrumental) activities of daily living (iADL, ADL) and mobility. Consistency with official Dutch LTC eligibility criteria resulted in the selection of an ordered response model to analyze utilization. We compared a model with separate disability indicators to one with a disability index. **RESULTS:** Age and disability, but not general health, proved to be the main determinants of utilization, with the composite index sufficiently representing the disaggregated components. The presence of at least 1 disability displayed a greater effect on utilization than any additional disabilities. Apart from disability and age, sex, living alone, psychologic problems, and hospitalizations showed a significant influence on LTC use. Some determinants affected the likelihood of homecare or institutional care use differently. **CONCLUSIONS:** Even after extensive control for disability, age remains an important driver of LTC use. By contrast, general health status hardly affects LTC use. The model and disability index can be used as a policy tool for simulating LTC needs.

## ► Temps d'attente

#### ARTICLE

SICILIANI (L.), VERZULLI (R.)

#### **Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE.**

*Relation entre les temps d'attente et les déterminants socio-économiques chez les personnes âgées en Europe : résultats de l'enquête Share.*

#### HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 11 : 1295-1306.

Cote Irdes : P173

Waiting times for specialist consultation and non-emergency surgery are often considered an equitable rationing mechanism in the public healthcare sector, because access to care is not based on socioeconomic status. This study tests empirically this claim using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The sample includes nine European countries: Austria, Denmark, France, Germany, Greece, Italy, the Netherlands, Spain and Sweden. For specialist consultation, we find that individuals with high education experience a reduction in waiting times of 68% in Spain, 67% in Italy and 34% in France (compared with individuals with low education). Individuals with intermediate education report a waiting-time reduction of 74% in Greece (compared with individuals with low education). There is also evidence of a negative and significant association between education and waiting times for non-emergency surgery in Denmark, the Netherlands and Sweden. High education reduces waits by 66, 32 and 48%, respectively. We also find income effects, although generally modest. An increase in income of 10 000 Euro reduces waiting times for specialist consultation by 8% in Germany and waiting times for non-emergency surgery by 26% in Greece. Surprisingly, an increase in income of 10 000 Euro increases waits by 11% in Sweden.

## ► Tarification hospitalière

43013

#### ARTICLE

GRELOU (C.)

#### **Qualité et performance hospitalière. Atouts de la chirurgie ambulatoire.**

Efficiences économiques. Dossier.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE



2009/09-10 ; n° 530 : 60-63

Cote Irdes : C, P22

La tarification à l'activité a transformé en profondeur le mode de financement des hôpitaux et les a incité à améliorer leur efficacité et leur performance. De quels moyens disposent-ils pour y parvenir ? S'il existe un lien entre tarification à l'activité et qualité, peut-il contribuer à ce que les centres hospitaliers gagnent en performance ? C'est ce que le centre hospitalier de Tulle a cherché à connaître, à travers l'analyse de la prise en charge des patientes atteintes de lésions mammaires bénignes, et notamment l'étude de son transfert vers la chirurgie ambulatoire.

43023

FASCICULE

COULOMB (A.) / prés., BLANCHARD (N.) / rapp., PICHETTI (S.) / rapp., RAYNAUD (D.) / rapp.

**Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A.**

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2009/09; n°94 : 71p., tabl., graph.

Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud94.pdf>

Le présent rapport apporte les premiers éléments d'évaluation de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité correspondant aux principaux axes identifiés. Pour la plupart ils doivent être complétés par des approfondissements qui seront conduits en 2009 en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) dans le prolongement des travaux initiés en 2008.

## PROFESSIONS DE SANTÉ - SPÉCIALITÉS MÉDICALES

### ► Biologie médicale

42372

ARTICLE

DREUX (C.) : INC. Académie nationale de médecine.

**L'avenir de la biologie médicale en France.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE

MEDECINE

2008 ; vol. 192 : n° 6 : 1261-1276

Cote Irdes : C, P76

L'exercice de la biologie médicale en France va être profondément modifié, à la demande du Ministère chargé de la Santé. En dehors des problèmes d'économie de la santé, avec la recherche du meilleur rapport coût/efficacité, les exigences émanant de la Commission européenne inquiètent vraiment les «biologistes médicaux» et remettent en cause les fondements de l'ensemble de l'exercice médical dans notre pays. Les Académies nationales de médecine et de pharmacie, après avoir effectué un «état des lieux» sur le métier de biologiste, sa formation, son exercice professionnel, ont rappelé les points forts de la biologie médicale en France, largement reconnus en Europe. A la suite de cette analyse, l'Académie nationale de médecine et l'Académie nationale de pharmacie formulent les recommandations suivantes : - La formation des biologistes : - Augmenter le numerus clausus en médecine et en pharmacie, ainsi que le total des postes du DES de biologie médicale en s'efforçant de rétablir un équilibre entre médecins et pharmaciens ; - revoir l'organisation et les formations proposées au cours du DES de biologie médicale ; - organiser la formation continue obligatoire des biologistes dans les meilleurs délais. - Le statut du biologiste médical : Il est indispensable d'assurer l'indépendance professionnelle des biologistes. Un regroupement des laboratoires est souhaitable aux plans économique et technique, mais il ne doit pas donner lieu à la création de sociétés dans lesquelles la majorité des capitaux, et des droits de vote, seraient détenus par des non-biologistes. - L'exercice de la biologie médicale : - Réaffirmer la nécessité pour le biologiste d'être responsable, dans l'intérêt du patient, des trois phases indissociables de l'acte de biologie médicale (pré-analytique, analytique, post-analytique) ; - conserver dans tous les laboratoires regroupés une activité de biologie de proximité pour répondre notamment aux besoins d'urgence ; - favoriser les rapprochements entre structures hospitalières et libérales. - L'assurance qualité : Aller progressivement vers le processus d'accréditation en créant un référentiel qualité professionnel. - Le développement des recherches fondamentales et appliquées en collaboration avec les cliniciens. La mise en place de nouveaux examens doit être financée, chaque fois que possible, par la suppression d'examens obsolètes. - L'implication des biologistes médicaux dans les actions de Santé publique : - Campagnes de dépistage, activités de pré-

vention et de soins, etc... doivent impliquer les biologistes au sein de collectifs ou de réseaux pluridisciplinaires locaux. Une réforme de la biologie médicale est en cours au niveau du Ministère chargé de la Santé. Les Académies nationales de médecine et de pharmacie souhaitent vivement que leurs avis soient demandés en ce qui concerne les textes législatifs et réglementaires en cours de rédaction.

## ► Infirmiers

41042

FASCICULE, INTERNET

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

**Les infirmiers s'engagent avec l'Assurance Maladie à améliorer l'accès aux soins des assurés.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2009/04/28 ; 1-9

Cote Irdes : C, en ligne

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

En 2007, 55 646 infirmiers exercent en libéral. Si leur nombre progresse de 1,9% en moyenne par an depuis 1995, cette augmentation a été de 4,4% entre 2006 et 2007. En moyenne, on compte en France 90 infirmières pour 100 000 habitants mais ce chiffre recouvre d'importantes variations entre le Nord et le Sud de la France. La densité est inférieure à 30 dans certains départements d'Ile de France, alors qu'elle est supérieure à 200 dans le Var, le Gard, l'Hérault, les Bouches du Rhône, les Pyrénées Orientales et la Corse. Cette répartition démographique a des conséquences sur l'activité des infirmières, moins elles sont nombreuses plus elles pratiquent des actes techniques (AMI) et plus elles sont nombreuses, plus elles réalisent des soins infirmiers (AIS). Conscientes de cette situation qui pose dans certains endroits des problèmes d'accès aux soins aux patients et crée de fortes contraintes pour des infirmières isolées et surchargées de travail, la profession et l'Assurance Maladie mettent en oeuvre un dispositif innovant pour rééquilibrer la répartition géographique. L'accord conventionnel signé en septembre dernier entre en vigueur le 18 avril 2009 et comprend notamment deux dispositifs distincts : Une régulation de l'installation : toute nouvelle installation dans les zones sur dotées est conditionnée au départ d'une infirmière de la zone ; Une aide à l'équipement : dans les zones sous dotées, l'Assurance Maladie

facilite l'installation et le maintien des infirmières avec une aide à l'équipement du cabinet de 3 000 euros par an et la prise en charge des cotisations familiales pour une période de trois ans. Enfin, pour accompagner la profession dans son évolution, l'Assurance Maladie poursuit la revalorisation des tarifs des actes infirmiers qui correspond à une augmentation de 5,3% des tarifs des actes.

## MÉDICAMENTS

### ► Industrie pharmaceutique

42259

FASCICULE

**Enquête sectorielle dans l'industrie pharmaceutique : les conclusions de la Commission européenne.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2009/09/10 ; n° 648 : 6-11

Cote Irdes : P72

La Commission européenne concluait, dans son rapport préliminaire sur l'enquête sectorielle dans l'industrie pharmaceutique, que le comportement et les pratiques de l'industrie du médicament princeps contribuait au retard dans la mise sur le marché des médicaments génériques et aux difficultés rencontrées dans l'innovation, tout en mentionnant l'existence d'autres facteurs possibles, comme la réglementation du secteur. Dans son rapport final rendu public en juillet 2009, elle clarifie en particulier la façon dont l'industrie agit dans le cadre juridique actuel. Cet article présente ses principales conclusions lui permettant de recenser les besoins d'action spécifiques et d'établir des priorités dans le domaine.

42726

ARTICLE

**Revue de publications primaires : trop liées aux firmes.**

REVUE PRESCRIRE

2009/11 ; n° 313 : 868

Cote Irdes : P80

Selon un ancien rédacteur en chef du British medical journal, les revues de publications biomédicales ont trop de liens commerciaux avec les firmes pharmaceutiques. Leurs contrôles

de qualité ne suffisent pas à garantir l'objectivité des patients des publications d'essais cliniques financés par les firmes. L'auteur va jusqu'à suggérer l'arrêt de publication des résultats des essais cliniques dans ces revues.

## ► Marché du médicament

42780

ARTICLE

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

### ***Le bilan chiffré du marché ville sur les huit premiers mois de l'année 2009.***

POINT CHIFFRE DU GERS (LE)

2009/10 ; n° 2-3, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B6794

Cette analyse présente le marché de ville sur les huit premiers mois de l'année 2009 (marché total de l'officine, marché remboursable, prescription, automédication et top 10 des médicaments.

## ► Médicaments antibiotiques

42265

ARTICLE , INTERNET

SABUNCU (E.) , DAVID (J.) , BERNEDE BAUDUIN (C.)

### ***Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007***

*Réduction significative de l'utilisation des antibiotiques après une campagne nationale en France, 2002-2007*

PLOS MEDICINE

2009/06 ; vol. 6 : n° 6 : 1-9, fig., cartes

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683932/pdf/pmed.1000084.pdf>

Overuse of antibiotics is the main force driving the emergence and dissemination of bacterial resistance in the community. France consumes more antibiotics and has the highest rate of beta-lactam resistance in *Streptococcus pneumoniae* than any other European country. In 2001, the government initiated "Keep Antibiotics Working"; the program's main component was a campaign entitled "Les antibiotiques c'est pas automatique" ("Antibiotics are not automatic") launched in 2002. We report

the evaluation of this campaign by analyzing the evolution of outpatient antibiotic use in France 2000–2007, according to therapeutic class and geographic and age-group patterns. This evaluation is based on 2000–2007 data, including 453,407,458 individual reimbursement data records and incidence of flu-like syndromes (FLSs). Data were obtained from the computerized French National Health Insurance database and provided by the French Sentinel Network. As compared to the preintervention period (2000–2002), the total number of antibiotic prescriptions per 100 inhabitants, adjusted for FLS frequency during the winter season, changed by 226.5% (95% confidence interval [CI] 233.5% to 219.6%) over 5 years. The decline occurred in all 22 regions of France and affected all antibiotic therapeutic classes except quinolones. The greatest decrease, 235.8% (95% CI 248.3% to 223.2%), was observed among young children aged 6–15 years. A significant change of 245% in the relationship between the incidence of flu-like syndromes and antibiotic prescriptions was observed. Conclusions: The French national campaign was associated with a marked reduction of unnecessary antibiotic prescriptions, particularly in children. This study provides a useful method for assessing public-health strategies designed to reduce antibiotic use.

42362

FASCICULE, INTERNET  
PESTY (F.)

### ***La prescription des antibiotiques en France entre 2001 et 2008 - Diaporama - 10 graphiques commentés.***

2009/10

Cote Irdes : En ligne

[http://puppem.com/Documents/Antibiotiques\\_MEDICAM\\_2001-2008.pps](http://puppem.com/Documents/Antibiotiques_MEDICAM_2001-2008.pps)

Second volet de l'exploitation des données publiées dernièrement par la caisse nationale sur les médicaments remboursés au cours des années 2004 à 2008, ce coup de projecteur analyse l'évolution de la prescription des antibiotiques entre 2001 et 2008. «Antibiotiques pas automatique» avez-vous dit ? L'analyse scrupuleuse des chiffres officiels montre non seulement que la prescription n'a pas fléchi depuis 2004, mais que «le nombre de patients faisant l'objet chaque mois de remboursements d'antibiotiques est reparti clairement à la hausse». Depuis 2001, le montant total remboursé par les caisses du régime général a décliné de 31 % mais c'est surtout à cause des baisses de tarifs et du développement des



génériques nettement moins coûteux. «Sur un plan qualitatif, l'infléchissement de la prescription vers des pratiques plus conformes aux recommandations professionnelles tarde au point d'être quasiment imperceptible», ajoute le consultant. «Le fait que PYOSTACINE®, antibiotique des plus coûteux en ville, à réserver en seconde intention d'après les recommandations, occupe désormais la première place des dépenses en médecine ambulatoire dans cette classe de médicaments, devraient interpeler les décideurs...».

## ► Médicaments génériques

41044

FASCICULE, INTERNET

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

**Médicaments génériques : un taux à 82%.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2009/04/28 ; 1-10

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CP\\_generiques.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques.pdf)

En 2008, 82% des médicaments du répertoire délivrés en ville étaient des génériques. L'objectif de 82.9% fixé en 2008 par les partenaires conventionnels a donc été quasiment atteint. Ce taux élevé place la France au niveau de ses voisins européens. Grâce à cette évolution, les économies réalisées en 2008 avec les médicaments génériques se chiffrent à 905 millions d'euros. Somme à laquelle s'ajoutent 140 millions d'économies générées par les médicaments sous TFR2. En effet pour les médicaments de marque concernés par ce dispositif, le tarif de remboursement est fixé sur le prix du générique correspondant. La forte implication des professionnels de santé et l'effet dynamisant du dispositif « Tiers payant contre génériques » ont favorisé cette progression. Toutefois, le taux de générique atteint en décembre 2008 montre d'importantes disparités géographiques avec une fourchette allant de 72% à 91%. Ce qui rend atteignable l'objectif de maintenir un taux supérieur à 82% en 2009.

42269

ARTICLE, INTERNET

LOFGREN (H.)

**Generic Medicines in Australia: Business Dynamics and Recent Policy Reform**

*Les médicaments génériques en Australie : les dynamiques du marché et la réforme politique récente.*

SOUTHERN MEDICAL REVIEW

2009/09; vol. 2 : n° 2 : 24-28

Cote Irdes : En ligne

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1471687](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1471687)

This article describes the role of generics in the Australian prescription drug market and patterns of business activity in this dynamic market segment. The Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) is the central mechanism for the supply of prescription medicines. PBS prices are arrived at through cost-effectiveness analyses comparing new products against already available products and therapies. In this system, prices do not operate effectively as incentives for consumers or prescribers to choose generics, and their market share was historically marginal. In recent years, generics suppliers achieved a growing market share through discounts (trading terms) to pharmacists. It is estimated that around 30% of PBS scripts, representing around 15% of PBS sales by value, are now filled with generics. Complex changes to the PBS were introduced in 2007, to be phased in over the period to 2012, aimed at increasing the scope for cost benefits to the government, and to lesser extent consumers, from the expanding availability of generic medicines.

## ► Médicaments psychotropes

39164

ARTICLE

DESPLANQUES-LEPERRE (A.), RIOLACCI-DHOYEN (N.), LEGRAIN (S.), DEGOS (L.)  
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA

**Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, une démarche participative de la Haute autorité de santé.**

Numéro thématique - La santé mentale en France, surveillance et enjeux.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

HEBDOMADAIRE

2008/09/23 ; n° 35-36 : 328

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35\\_36/beh\\_35\\_36\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf)

En France, la prescription des psychotropes, notamment chez le sujet âgé, constitue depuis plusieurs dizaines d'années un problème majeur et complexe. Sur ce constat, la Haute autorité de santé (HAS) a proposé une démarche participative centrée sur le parcours du patient et les pratiques cliniques. Un groupe de coopération associant largement professionnels de santé, experts et institutions a été constitué fin 2006 et a analysé les déterminants et les conditions d'évolution de la prescription des psychotropes, en particulier dans les situations d'insomnie, de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement du sujet âgé. Des actions relatives à l'amélioration des pratiques sont proposées pour les deux années à venir, en articulation avec d'autres interventions, notamment dans le cadre du plan Alzheimer.

## ► Pharmacie d'officine

42293

ARTICLE

LEFORT (L.), SILVAN (F.)

### ***Economie officinale au plus mal.***

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2009/09/26 ; n° 2795 : 8-9

Cote Irdes : P44

L'économie officinale est victime de la régulation forcenée sur le médicament et les soins de ville. Celle-ci sera encore accentuée dans le cadre du Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2010, sans pour autant permettre de sortir du rouge les comptes de la Sécurité sociale, elle-même victime de son mode de financement.

42294

ARTICLE

POUZAUD (F.)

### ***Ce que les centrales d'achat vont changer.***

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2009/09/26 ; n° 2795 : 32- 34

Cote Irdes : P44

Les centrales d'achat pharmaceutique ont vu le jour depuis le décret du 21 juin 2009. Tout comme les structures de regroupement à

l'achat, ce sont des nouveaux outils à la disposition des pharmaciens d'officine pour réguler les coûts d'achat des médicaments. Cet article rapporte l'avis de spécialistes sur le sujet.

42286

ARTICLE

### ***Les dix missions des pharmaciens d'officine.***

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

2009/09/17 ; n° 386 : 4-6

Cote Irdes : P29/2

L'article 38 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires définit huit nouvelles missions pour le pharmacien d'officine, notamment au niveau des soins de premier recours ou de la permanence de soins. Cet article en fait une description.

42798

FASCICULE

COLLET (M.) , DE KERMADEC (C.)

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

### ***L'activité des pharmacies de 2000 à 2006. Dynamisme du chiffre d'affaires, fléchissement de la marge commerciale.***

INSEE PREMIERE

2009/11 ; n° 1267 : 4p., 1 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

Les 22 600 pharmacies implantées en France ont réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 34 milliards d'euros toutes taxes comprises. Ce secteur d'activité, fortement réglementé, est particulièrement dynamique. La progression de son chiffre d'affaires en volume dépasse, ces dernières années, celle de l'ensemble du commerce de détail (+ 7,4% en moyenne par an entre 2000 et 2006, contre + 2,3 %), sous l'effet notamment de l'augmentation de la consommation de médicaments. Sur la même période, le taux de marge commerciale des pharmacies a baissé de deux points : il s'établit à 27,4 % en 2006, soit un taux de 10 points inférieur à celui des autres commerces non alimentaires spécialisés. Les charges d'exploitation ont crû beaucoup plus vite que les marges commerciales, entraînant une baisse de 1 % par an de l'excédent brut d'exploitation entre 2004 et 2006, après une période où il avait crû continûment de plus de 4 % de 2000 à 2004 (Résumé auteur).

## ► Pharmacoeconomie

42296

FASCICULE

**Façonnage pharmaceutique : les stratégies de développement.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2009/10/01 ; n° 671 : 6-9

Cote Irdes : P72

Avec un chiffre d'affaires qui a été multiplié par cinq en dix ans, le façonnage pharmaceutique apparaît aujourd'hui comme un secteur totalement autonome. Precepta, cabinet spécialisé dans l'analyse concurrentielle et filiale du groupe Xerfi, vient de publier une étude intitulée : Façonnage pharmaceutique, les modèles stratégiques pérennes pour réussir sur un marché à fort potentiel, dans laquelle son auteur Emmanuel Sève analyse les perspectives et les logiques de développement en cours, les modèles économiques des opérateurs et leurs performances financières, les avantages concurrentiels pérennes et les leviers d'action mobilisables. Sur la base de cette présentation, cet article décrit les points forts de cette profession qui s'apprête à franchir un nouveau cap pour devenir «un rôle déterminant de la chaîne de valeur du médicament».

## ► Pharmacovigilance

42539

ARTICLE

**Evaluer les risques d'un traitement : prendre en compte les données cliniques, la pharmacologie, et les particularités du patient.**

REVUE PRESCRIRE

2009/10 ; vol. 29 : n° 312 : 778-780

Cote Irdes : P80

L'évaluation des risques d'un traitement médicamenteux chez un patient est fondée sur les données disponibles de l'évaluation de ce traitement, sur les arguments de pharmacovigilance, et sur la prise en compte des particularités propres à chaque patient. Les essais cliniques ne sont malheureusement pas toujours adaptés à l'étude des effets indésirables. Il faut en tenir compte dans l'information communiquée à un patient, quant aux risques et bénéfices qu'il peut retirer du traitement.

42858

FASCICULE

**Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2010.**

REVUE PRESCRIRE

2009/12 ; vol. 29 : n° 314 : 352p.

Cote Irdes : P80

## ► Prix

42592

ARTICLE

ZAMBROWSKI (J.J.)

**Considérations sur les prix des médicaments génériques et de spécialité.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 24 : 67-78, fig., tabl.

Cote Irdes : P168

Les tensions sur les dépenses de santé et le système d'assurance maladie affectent tous les pays développés. De multiples études se proposent d'analyser les raisons du décalage entre croissance des ressources et des dépenses qu'il convient de considérer avec intérêt, mais aussi avec discernement. En particulier, il n'est guère défendable de vouloir fonder les décisions des régulateurs et des payeurs nationaux sur la base des classements hiérarchisant les prix des médicaments dans les divers pays européens. L'indicateur prix ne prend sens en effet que replacé dans le contexte plus général du système de santé de chaque Etat européen, et notamment des modalités de la prise en charge des médicaments dans les divers systèmes d'assurance maladie. En outre, ces études, complexes à conduire, prennent nécessairement du temps. Or les réglementations et les prix évoluent rapidement, notamment en France où des baisses de prix significatives ont été appliquées en 2007. Ce n'est donc qu'au travers d'une approche à la fois systémique et dynamique des prix que les comparaisons entre pays deviennent pertinentes.

## D Aides technologiques

42905

FASCICULE

GIMBERT (V.)

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

**Les technologies pour l'autonomie : de nouvelles opportunités pour gérer la dépendance ?**

NOTE DE VEILLE (LA)

2009/12 ; n° 158 : 1-8

Cote Irdes : En ligne

<http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille158.pdf>

Les technologies pour l'autonomie apportent des aides techniques d'ordre médical et social aux personnes en perte d'autonomie, aux professionnels de santé et aux aidants. D'un point de vue macroéconomique, elles ouvrent potentiellement des perspectives de marché. Un recours accru à ces technologies pourrait constituer une réponse pertinente au problème de prise en charge de la dépendance, à condition que cet usage soit raisonné et respectueux des règles d'éthique. Ces outils devraient pour cela être intégrés aux pratiques de travail des professionnels et être conçus d'emblée pour un usage grand public, ce qui permettrait plus généralement d'envisager des réponses globales aux enjeux du vieillissement.

## D Télétransmission

42578

FASCICULE, INTERNET

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

**Feuilles de soins papier ou électroniques ? Les pratiques des médecins et des professionnels de santé.**

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2009/10/22 ; 11p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Feuilles\\_de\\_soins\\_papier\\_VF.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Feuilles_de_soins_papier_VF.pdf)

Certains professionnels restant encore réticents à la télétransmission, l'Assurance Maladie a voulu comprendre pourquoi de telles disparités de pratiques subsistaient d'un pro-

fessionnel de santé à l'autre. L'objectif étant de faire un point sur les pratiques des professionnels de santé, et en particulier des médecins, pour cerner d'éventuels freins au recours à la feuille de soins électronique, dans le contexte des dispositions de l'article 53 de la loi Hôpital Santé Patients Territoires du 21 juillet 2009.

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### D Asie

42551

ARTICLE

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

**Une sécurité sociale dynamique pour l'Asie et le Pacifique : le rôle fondamental de la sécurité sociale**

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

2009 ; vol. : n° 9 : 4p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.issa.int/fre/content/download/82318/1595212/file/1-SPH-09.pdf>

Ce numéro résume l'évolution et les tendances récentes en Asie et Pacifique, souligne le rôle de l'État dans l'extension de la couverture sociale, examine les initiatives nationales pour étendre la couverture de sécurité sociale et de santé, relève le rôle de la sécurité sociale en temps de crise, élément de stabilité et force proactive.

### D Belgique

42708

ARTICLE

MUSSCHE (N.)

**Immigrants et assistance sociale en Belgique.**

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2009 ; vol. 51 : n° 1 : 105-140

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 1965. Cet article se focalise sur une branche distincte de l'Etat-providence, à savoir l'aide sociale. L'aide sociale se distingue en ce qu'elle ne s'intègre pas dans le mécanisme de l'assurance sociale : l'aide sociale est la branche résiduaire de la protection sociale belge, ne repose pas sur des cotisations et est liée à un examen des ressources. L'aide sociale est également un programme à part, étant donné qu'elle puise ses racines dans une histoire très ancienne. La loi du 26 mai 2002 sur l'intégration sociale a remplacé la loi du 7 août 1974 sur l'aide publique, qui elle-même s'est substituée à la loi de 1925 sur l'assistance publique, laquelle remplaçait le système remontant au 19<sup>ème</sup> siècle initialement institué par les lois issues de la Révolution française. En poussant même plus loin dans le temps, les institutions de la Révolution française elles-mêmes reposaient sur des institutions plus anciennes encore d'assistance aux pauvres. La question de savoir si les immigrants/étrangers avaient droit à ces avantages acquiert une dimension intéressante quand on souligne la 'générosité' de l'Etat-providence : les avantages ne reposent pas sur des cotisations dans un système d'assurance sociale mais sont financés par la fiscalité. A l'instar des deux branches précédentes de la sécurité sociale, l'article examine la manière dont le législateur et l'exécutif belge ont répondu à la présence d'immigrants sur le territoire au moment de l'introduction et du développement du programme. Pour ce faire, l'article se livre à une analyse approfondie de la législation et des documents et activités parlementaires introduisant ces programmes ainsi qu'à l'évolution législative du système social à travers les dix-neuvième et vingtième siècles. Il se focalise sur la période allant de 1830 à 1974, juste avant l'introduction du 'minimex' – le premier droit général applicable à l'aide sociale. Avant de détailler la législation actuelle et ses débats préparatoires, l'article présente une description brève en toile de fond de la situation économique, politique et migratoire dans laquelle se déroule le débat.

## Canada

42094

ARTICLE

QUENNEVILLE (A.), CLAVET (M.), DUBE (F.)

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

***L'évolution récente du système de santé et de services sociaux : étapes et enjeux.***

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 53-60

Cote Irdes : P174

Le Québec s'est doté d'un système de santé et de services sociaux fondé sur l'universalité et l'équité, lequel s'appuie sur une administration publiques des services. Ces principes fondamentaux guident son évolution depuis son début en 1971. La dernière décennie a été marquée par des examens approfondis sur son fonctionnement et sur son financement qui ont conduit à d'importantes transformations pour l'organisation des services et pour la gouvernance. Plusieurs modifications législatives ont été apportées en soutien aux changements souhaités. Cette évolution récente est présentée dans cet article afin de mettre en lumière les réflexions qui ont eu des incidences majeures pour le système sociosanitaire québécois, de même que les principaux changements qui ont été introduits. Ce portrait est complété par l'exposé de certains enjeux qui, malgré les réformes, sont récurrents et constituent autant de défis incontournables pour la pérennité du système public (Résumé d'auteur).

42106

ARTICLE

GAUTHIER (A.), RHEAULT (S.)

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

***La réorganisation de la première ligne au Québec : une nouvelle dynamique entre les médecins et le réseau public.***

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 97-103

Cote Irdes : P174

Deux réformes successives, la mise en place de groupe de médecine de famille (GMF) et l'instauration de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de réseaux locaux de services (RLS), ont été introduites depuis 2002 au Québec. Celles-ci ont donné naissance à une nouvelle dynamique entre le réseau public et les partenaires de la communauté, dont les médecins, pour l'organisation des services de première ligne. La collaboration entre intervenants autrement isolés se développe et leurs initiatives se font plus importantes. Certaines conditions permettant la valorisation de



la première ligne se mettent aussi en place. Le présent article résume les changements en cours et décrit plus particulièrement comment les médecins en pratique privée et les institutions publiques profitent de cette opportunité pour trouver des solutions à leurs attentes respectives (Résumé d'auteur).

42604

ARTICLE, INTERNET  
GLAZIER (R.H.) , SIBLEY (L.M.)

***Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison.***

*Motifs déclarés de besoins de soins non comblés au Canada : une comparaison basée sur la population de différentes provinces.*

HEALTHCARE POLICY

2009 ; vol. 5 : n° 1 : 87-101+ annexes, tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.longwoods.com/product.php?productid=20934&cat=597&page=1>

Cette étude compare la perception de la population face aux besoins non comblés et évalue la variation des raisons qui mènent à cette perception (raisons liées à des problèmes de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité), entre les provinces canadiennes. Cette étude transversale s'appuie sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2.1) effectuée en 2003. En général, 11,7 pour cent des répondants perçoivent avoir eu des besoins non comblés au cours des 12 mois précédents l'enquête. Les taux provinciaux ajustés varient entre 13,3 pour cent au Manitoba et 7,8 pour cent à l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les besoins non comblés déclarés, les raisons principalement invoquées sont liées aux problèmes de disponibilité des services (54,9 pour cent), suivi de l'acceptabilité (42,8 pour cent) et de l'accessibilité en raison des coûts de transport (12,7 pour cent). Les besoins non comblés attribués à la disponibilité sont plus susceptibles d'avoir lieu au Québec, à Terre-Neuve et au Manitoba tandis que pour l'Alberta et la Colombie-Britannique, ce sont les besoins non comblés attribués à l'accessibilité qui sont le plus invoqués. Les résidents de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba sont plus susceptibles d'invoquer des problèmes liés à l'acceptabilité. Les raisons invoquées pour signaler des besoins non comblés varient entre les provinces, et chacune d'entre elles a ses propres répercussions sur les politiques.

## ► États-Unis

42117

ARTICLE  
BROWN (L.D.)

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

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

Bilan des réformes des systèmes de santé.

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

2009/08 ; n° 2/2008 : 151-159

Cote Irdes : P174

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. Enfin, il restitue Medicare dans le contexte du débat, qui refait surface en 2008 à l'approche des élections nationales, sur la réforme du système de santé américain dans son ensemble et fait ressortir certains liens entre les défis auxquels sont confrontés les États-Unis et ceux à relever par d'autres systèmes de santé.

## ► Grèce

42699

ARTICLE  
SISKOU (O.), KAITELIDOU (D.),  
ECONOMOU (C.) et al.

***Private expenditure and the role of private health insurance in Greece : status quo and future trends.***

*Dépenses privées et le rôle de l'assurance maladie privée en Grèce : statu quo et tendances futures.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 467-474, 1 fig.,  
3 tabl.

Cote Irdes : P151

The health care system in Greece is financed in almost equal proportions by public and private sources. Private expenditure, consists mostly of out-of-pocket and under-the-table payments. Such payments strongly suggest dissatisfaction with the public system, due to

under financing during the last 25 years. This gap has been filled rapidly by the private sector. From this point of view, one might suggest that the flourishing development of private provision may lead in turn to a corresponding growth in private health insurance (PHI). This paper aims to examine the role of PHI in Greece, to identify the factors influencing its development, and to make some suggestions about future policies and trends. In the decade of 1985–1995 PHI show increasing activity, reflecting the intention of some citizens to seek health insurance solutions in the form of supplementary cover in order to ensure faster access, better quality of services, and increased consumer choice. The benefits include programs covering hospital expenses, cash benefits, outpatient care expenses, disability income insurance, as well as limited managed care programs. However, despite recent interest, PHI coverage remains low in Greece compared to other EU countries. Economic, social and cultural factors such as low average household income, high unemployment, obligatory and full coverage by social insurance, lead to reluctance to pay for second-tier insurance. Instead, there is a preference to pay a doctor or hospital directly even in the form of under-the-table payments (which are remarkably high in Greece), when the need arises. There are also factors endogenous to the PHI industry, related to market policies, low organisational capacity, cream skimming, and the absence of insurance products meeting consumer requirements, which explain the relatively low state of development of PHI in Greece.

## ► Pays-Bas

42638

ARTICLE

DE BAKKER (D.H.) , GROENEWEGEN (P.P.)

**Primary care in the Netherlands: current situation and trends.**

*Soins primaires aux Pays-Bas : situation actuelle et tendances.*

ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2009 ; vol. 6 : n° 2 : 128-135, tabl.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ijph.it/pdf/21/128.pdf>

Primary care in the Netherlands has a strong international reputation. However, this picture may be qualified in two respects. First of all, the Dutch primary care system is less cohesive than is sometimes suggested. Secondly, there

are major challenges in the Dutch system (as is the case with other European health care systems), which have to be resolved in order to maintain and improve primary care. This article describes primary care in the Netherlands based on nationally and internationally published sources and identifies challenges and trends by a narrative review of the literature. Results: GPs have a strong position in the Netherlands. Their numbers are relatively low; they have a gatekeeping position, and there is no cost-sharing for GP care (unlike other forms of care). The primary care system as a whole, however, is characterised by weak coherence. Individual primary care disciplines have their own separate modes of funding. Challenges include a growing and changing demand for primary care services, and changes in manpower and organisation, that affect the balance between demand and supply regarding primary care services. Conclusions: Among the threats to strong primary care are the risk of increasing fragmentation of care, negative side effects of a transformation process from cottage industry to service industry, and reluctance to invest in integrated primary care. An opportunity lies in the consensus among stakeholders that integrated primary care has a future. Technological developments support this, especially the development of electronic patient records.

## ► Royaume-Uni

42308

FASCICULE, INTERNET

GREGORY (S.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

**General practice in England: An overview.**

*La médecine générale en Angleterre : un aperçu.*

BRIEFING

2009/09 ; 12p.

Cote Irdes : En ligne

General practice is for most people the first and most commonly used point of access to the NHS, with nearly 300 million general practice consultations a year (Department of Health 2008). General practice has changed considerably over the past decade. Practice size has increased, the workforce has grown and become more diverse, the range of services offered has expanded, and the contracting and financing arrangements for GPs have changed. Current government policy aims to improve access and choice for patients, to



enable greater self-management by people with long-term conditions, to expand the role of GPs in areas such as health promotion, to reduce variations in the quality of care provided and to improve quality overall. In the next few years, accreditation will be introduced for GP practices, and new models for commissioning and delivering care will be expanded. This briefing sets out how general practice is organised, contracted and financed; analyses the impact of recent government policy; and looks at future trends.

## ► Union européenne

42935

ARTICLE  
JEAN (E.)

**Comment préparer une présidence du conseil de l'Union européenne ? Deux exemples du secteur santé.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2009/03 ; n° 66 : 60-62

Cote Irdes : P49

Deux thèmes prioritaires, la maladie d'Alzheimer et la coordination de la gestion des risques sanitaires, ont fait l'objet d'une approche intégrée et multisectorielle durant la présidence française de l'Union européenne.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

## ► Psychiatrie

42718

FASCICULE  
CANN (Y.) / coord., JEAN (T.) coord.

**Evaluation.**

JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE

2007 ; n° 29 : 56p.

Cote Irdes : c, B6793

<http://www.editions-eres.com/resultat.php?id=1947>

Aucune discipline ne peut, notamment au titre de la contrainte interne exigible à sa propre cohérence, se passer d'évaluer ce qui la fonde, c'est-à-dire la façon dont elle a à répondre du réel qui la cause. Traditionnellement, la clinique a toujours été considérée comme

se faisant au lit du malade et dans le dialogue entre praticiens. L'enregistrement des faits cliniques et leur articulation, in concerto, sont les conditions où elle s'élabore et se vérifie. La clinique s'évalue en tant qu'elle permet ou pas de mesurer ce qui fait valeur pour le sujet, cette valeur restant dépendante du discours qui la produit. La question, qui s'adresse autant à la science, est de savoir et de déterminer au titre de quelle pratique ou de quel service contribue l'évaluation. En cette matière, rendre compte n'est pas équivalent à rendre des comptes comme l'estimation ou l'appréciation ne l'est pas avec l'évaluation. Dernièrement, la rédaction des décrets d'application de l'article 52 (amendement Accoyer) montre, comme dans les temps les plus sombres, qu'un pouvoir politique peut dicter à un savant ce qu'est sa discipline. Si l'économie ou la politique en tant que celle-ci se rétracte en une fonction sécuritaire ou assurantielle, délivre aux médecins une lettre de mission quantifiant par anticipation leur fonction et les dépossédant de leurs responsabilités légitimes, la question est alors posée de ce que deviendra une médecine sans médecin. Accepterons-nous, dans ces conditions, d'inscrire notre nom au bas d'un hygiaphone ?

## ► Psychothérapies

42216

ARTICLE  
DORON (C.O.)

**Evaluation de l'efficacité des psychothérapies entre science et société.**

INFORMATION PSYCHIATRIQUE (L')

2009/02 ; vol. 85 : n° 2 : 131-141

Cote Irdes : c, B6759

Cet article revient sur certains principes et problème de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. Dans un premier temps, il étudie les principes constitutifs de l'épistémologie de la recherche en psychiatrie, en montrant en quoi ils définissent une approche spécifique de l'efficacité et s'opposent à certains principes de la clinique, produisant une tension significative dans la recherche clinique. Dans un second temps, il analyse dans la confrontation de ces épistémologies, des tentatives, qui comme les études naturalistes, visent à la dépasser, et montre comment elles risquent de reconduire à un autre niveau la même opposition. Enfin, en prenant acte des limites d'une approche uniquement épistémologique, l'analyse se déplace du côté des techniques du gouvernement, montrant

comment l'évaluation de l'efficacité, loin d'être un principe interne à la science, s'inscrit dans une rationalité de gouvernement à laquelle il est au moins légitime de résister.

## ► Qualité de vie

42694

ARTICLE

QUERCIOLO (C.), MESSINA (G.), BARBINI (E.) et al.

***Importance of sociodemographic and morbidity aspects in measuring health-related quality of life : performance of three tools.***

*Importance des aspects socio-démographiques et de la morbidité dans la mesure de la qualité de la vie suite à une modification de l'état de santé : performance de trois outils.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/10 ; vol. 10 : n° 4 : 389-397, 2 tabl., 5 fig.

Cote Irdes : P151

Since health-related quality of life (HRQL) measures are numerous, comparisons have been suggested. Aim To compare three HRQL measures: SF6D, HUI3 and EQ5D. Methods Three questionnaires (SF36, HUI3, EQ5D) were administered to 1,011 patients attending 16 general practices in two Italian cities. Information about patients' gender, age, education, marital status, smoking, body mass index (BMI) and chronic diseases (hypertension, diabetes, cardiovascular and musculoskeletal diseases) were also collected. Questionnaires scores were calculated using the appropriate algorithms; in particular SF6D scores were obtained from SF36 items. Agreement and correlation between questionnaires scores were investigated using Bland and Altman method and Spearman coefficient. The influence of sociodemographic and morbidity indicators on scores was analysed using the nonparametric quantile regression. Results The Spearman coefficient was about 0.6 for all questionnaires. The 95% limits of agreement of the scores were approximately from -0.5 to 0.3 except for SF6D and EQ5D when they were from -0.4 to 0.2. The measures were influenced by socio-demographic and clinical variables in a similar way, especially SF6D (the index obtained from SF36) and EQ5D, which appeared to be influenced by the same pattern of factors, including gender, chronic diseases, smoking and BMI. Conclusions Overall, the agreement

between questionnaires scores was quite low, whilst the correlation level was good. Questionnaire scores were influenced by sociodemographic and clinical variables in a similar way, especially SF6D and EQ5D. Therefore, the descriptive capacity of SF6D and EQ5D was found to be similar.

## ► Qualité des soins

41000

ARTICLE

OR (Z.), COM-RUELLE (L.)

***La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/10-11 ; vol. 26 : n° 6-7 : 371-385

Cote Irdes : R1741, P85

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

## ► Accès aux soins

42706

ARTICLE  
LUO (W.), QI (Y.)

### **An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians.**

*Une amélioration de la méthode de zone d'attraction en deux étapes : mesure de l'accessibilité spatiale à l'offre de soins primaires.*

HEALTH &amp; PLACE

2009/12 ; vol. 15 : n° 4 : 1100-1107, 6 fig.

Cote Irdes : P118

This paper presents an enhancement of the two-step floating catchment area (2SFCA) method for measuring spatial accessibility, addressing the problem of uniform access within the catchment by applying weights to different travel time zones to account for distance decay. The enhancement is proved to be another special case of the gravity model. When applying this enhanced 2SFCA (E2SFCA) to measure the spatial access to primary care physicians in a study area in northern Illinois, we find that it reveals spatial accessibility pattern that is more consistent with intuition and delineates more spatially explicit health professional shortage areas. It is easy to implement in GIS and straightforward to interpret.

## ► Méthodes statistiques

42338

ARTICLE  
MARPSAT (M.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

### **Dénombrer les personnes sans domicile aux États-Unis.**

COURRIER DES STATISTIQUES

2009/01-04 ; n° 125 : 39-48

Cote Irdes : S15

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/cs126g.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs126g.pdf)

Le dénombrement des personnes sans domicile, et plus particulièrement des personnes sans abri, est une préoccupation régulière des statisticiens et des politiques. Aux États-Unis, des enquêtes statistiques sur ce thème ont vu le jour dans divers instituts de recherche

dès les années 1980. Le Census Bureau s'est inspiré de leurs méthodes pour recenser les sans-domicile en 1990 et 2000. Au niveau local, des dénombrements des sans-abri ont régulièrement lieu dans plusieurs villes, comme celle de New York (opération HOPE).

## ► Revues systématiques

42917

ARTICLE , INTERNET  
LAVIS (J.)

### **How Can We Support the Use of Systematic Reviews in Policymaking ?**

*Comment pouvons nous encourager l'utilisation des revues systématiques dans les décisions politiques.*

PLOS MEDICINE

2009/11 ; vol. 6 : n° 11 : 6p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

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

Policymakers need many types of research evidence—synthesized and packaged for them—and the use of this evidence supported in multiple complementary ways. Stakeholders who seek to influence the policymaking process have the same requirements. Policymakers and stakeholders need many types of systematic reviews. For example, reviews of qualitative studies can help to identify alternative framings of the problem, to understand how or why a policy or program option works, and to appreciate stakeholders' perspectives on particular options. Policymakers and stakeholders now have access to many review-derived products: (1) summaries of systematic reviews highlighting decision-relevant information; (2) overviews of systematic reviews providing a map of the policy questions addressed by systematic reviews and the insights derived from them; and (3) policy briefs drawing on many systematic reviews to characterize a problem, policy or program options to address the problem, and implementation strategies. A range of activities are being undertaken to support the use of reviews and review-derived products in policymaking, all of which warrant rigorous evaluation. Future challenges include: (1) examining whether and when any apparent duplication of efforts occurs in the production of review-derived products at the international level; and (2) scaling up activities that are found to be effective in supporting the use of reviews and review-derived products in policymaking.

### ► Conditions de vie

40860

FASCICULE  
MARPSAT (M.), DE PERETTI (G.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Une personne sur vingt s'est retrouvée sans logement personnel au cours de sa vie.**

INSEE PREMIERE

2009/02 ; n° 1225 : 4p., 3 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1225/ip1225.pdf>

En métropole, 2 500 000 personnes ayant en 2006 un logement personnel déclarent en avoir été privées au moins une fois dans le passé : 78 % ont été hébergées par un tiers, 14 % dans un service d'hébergement, 11 % ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation. Parmi les 540 000 personnes qui ont connu la rue ou les services d'hébergement, nombreuses sont celles dont la situation demeure difficile. Elles se plaignent plus souvent de leurs conditions de logement et de leur voisinage ; près du quart d'entre elles sont au chômage et elles vivent dans des quartiers où le taux de chômage est beaucoup plus élevé que la moyenne. De même, leur niveau de vie est plus faible et elles ont du mal à garder leur logement à cause de difficultés financières (Résumé d'auteur).

### ► Famille recomposée

42366

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

**1,2 million d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée.**

INSEE PREMIERE

2009/10 ; n° 1259 : 4p., 3 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1259/ip1259.pdf>

En 2006, 1,2 million d'enfants de moins de 18 ans vivent au sein d'une famille recomposée en France métropolitaine. Parmi eux, 800 000 vivent avec un parent et un beau-parent, le plus souvent un beau-père. Quand

leur parent et leur beau-parent n'ont pas d'enfant en commun, ils vivent dans une famille comprenant peu d'enfants. Ainsi, pour un tiers, ils sont les seuls enfants de la famille. 400 000 enfants sont nés après la recomposition familiale : ils résident donc avec leurs deux parents et un demi-frère ou une demi-sœur. Ils appartiennent plus souvent à des familles nombreuses. Le plus âgé des enfants de l'union actuelle a en moyenne sept ans de moins que le plus jeune de ses demi-frères ou demi-sœurs. Dans les familles recomposées, la femme est plus souvent plus âgée que l'homme : c'est le cas une fois sur trois dans les familles recomposées, contre une fois sur cinq dans les familles traditionnelles. Les parents de famille recomposée sont moins diplômés et sont dans une situation plus fragile sur le marché du travail que les autres couples avec enfants. Les mères de famille recomposée ont un niveau de diplôme très proche de celui des mères de famille monoparentale.

### ► Mobilité professionnelle

42896

ARTICLE  
DUPRAY (A.), RECOTILLET (I.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Mobilités professionnelles et cycle de vie.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2009/12 ; n° 423 : 31-58

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES423B.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES423B.pdf)

Les opportunités de mobilité professionnelle diffèrent selon l'âge et l'ancienneté dans l'entreprise, deux composantes essentielles du cycle de vie active. La propension à changer d'emploi décline tout au long de celui-ci, notamment au cours des dix premières années de vie professionnelle et après 45 ans. Ne pas changer de poste pendant cinq ans devient d'ailleurs la norme après 40 ans. Les mobilités hors de l'entreprise sont d'autant plus avantageuses en matière d'avancement salarial et d'autant moins risquées au regard d'éventuelles interruptions d'emploi qu'elles surviennent tôt dans le cours des itinéraires professionnels. Les perspectives de mobilités internes favorables courent en revanche sur un horizon plus long puisqu'elles plafonnent aux environs de 45 ans. La mobilité interne s'avère ainsi globalement plus payante que la mobilité externe. Au-delà des promotions qui nécessitent leur implication, les employeurs



restent des acteurs significatifs de la mobilité en prenant part à plus de quatre changements sur dix. Au regard de l'ancienneté, les chances de valorisation de la mobilité augmentent sur un horizon de moyen terme, après quoi, en l'absence d'opportunité en interne, le risque de mobilité ponctuée d'interruption d'emploi s'élève. Les femmes sont plus exposées à la mobilité externe et nettement plus touchées par les interruptions d'emplois, tandis que les hommes connaissent davantage d'opportunités de mobilité interne et arrivent pour plus de la moitié à maîtriser leurs conditions de départ pour ceux qui quittent l'entreprise. Les femmes apparaissent plus contraintes dans leur mobilité à la fois du fait de conditions d'emploi moins favorables et de raisons extra-professionnelles en rapport avec des événements familiaux ou la mobilité professionnelle de leur conjoint (Résumé d'auteur).

## ► Naissances

42120

FASCICULE, INTERNET  
BEAUMEL (C.), PLA (A.), VATAN (M.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

### **Statistiques d'état civil sur les naissances en 2008.**

INSEE RESULTATS : SOCIETE

2009/08 ; n° 97 : 138p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=sd20081>

En 2008, 796 000 enfants sont nés en France métropolitaine et 32 400 dans les départements d'outre-mer, soit un total de 828 400. Le nombre de naissances a augmenté de 1,2 % par rapport à 2007. Il se situe quasiment au niveau du pic de 2006, année où le nombre de naissances avait atteint un niveau jamais observé depuis 1981. Les mères d'âge relativement élevé, 35 ans ou plus, sont de plus en plus nombreuses. 21,4 % des enfants nés en 2008 ont une mère âgée de 35 ans ou plus. Ils étaient 19,7 % trois ans plus tôt et 16,3 % il y a dix ans. En 2008, la progression du nombre de naissances hors mariage se poursuit. Devenues majoritaires en 2006, elles représentent 52 % des naissances en 2008, soit 10 % de plus qu'il y a dix ans. Au cours de la dernière décennie, la part des enfants nés de deux parents étrangers a peu évolué : 6,9 % en 2008. Elle était de 6,6 % en 1998. Dans le

même temps, la part des enfants nés de couples mixtes est passé de 8,0 % à 12,7 %.

## ► Pratiques culturelles et sportives

42077

FASCICULE  
SAINT POL (T. de), MARICAL (F.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

### **Le recul du livre et de la presse dans le budget des ménages.**

INSEE PREMIERE

2009/08 ; n° 1253 : 4p., 1 tabl., 4 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1253/ip1253.pdf>

Depuis le début des années 1990, la presse et le livre reculent dans le budget des ménages. Le recul de la presse est lié aux comportements des nouvelles générations qui y consacrent une part de leur budget de plus en plus faible. Quant au livre, sa part diminue dans le budget des ménages, quelle que soit la génération. Ces évolutions n'ont pas modifié les écarts entre catégories socioprofessionnelles. La part du budget consacrée à la presse est la même dans toutes les catégories sociales alors que celle consacrée au livre est très variable. Ainsi, un ménage cadre dépense 70 % de plus que la moyenne en livres et un ménage ouvrier 30 % de moins. La région, le sexe ou le diplôme influencent les dépenses en livres ou en presse ; l'origine sociale également.

42895

ARTICLE  
COULANGEON (P.), LEMEL (Y.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

### **Les pratiques culturelles et sportives des Français : arbitrage, diversité et cumul.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2009/12 ; n° 423 : 3-30

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES423A.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES423A.pdf)

Les données du volet « pratiques culturelles et sportives » de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages de 2003 qui englobent l'usage de la radio et de la télévision,

la lecture, les sorties « culturelles » (cinéma, théâtre, concert, etc.), les pratiques amateurs (dessin, musique, chant, écriture, etc.), les pratiques sportives, mais aussi la chasse ou la pêche montrent que la différenciation sociale des attitudes en matière de loisirs est d'abord gouvernée par une logique de cumul, qui distingue les individus en fonction du nombre et de la fréquence des activités pratiquées. Quels qu'en soient l'objet et la nature, celles-ci n'apparaissent généralement pas exclusives les unes des autres : on a d'autant plus de chance d'en pratiquer une que l'on pratique déjà l'autre. Seuls l'usage de la télévision, la chasse et la pêche, dont les fréquences sont négativement corrélées aux autres activités, semblent échapper à cette logique. La position occupée sur l'échelle du cumul d'activité apparaît fortement liée au niveau d'éducation, plus qu'au niveau de revenu. La différenciation des attitudes ne se réduit cependant pas à ce principe de cumul. Trois profils distincts se dégagent des données. Ils opposent les individus peu investis dans ces activités, à l'exception d'un usage intensif de la télévision, à deux profils d'individus nettement plus investis, qui se caractérisent par l'accent mis, pour les uns, sur les activités sportives et, pour les autres, sur les activités culturelles. L'orientation à l'égard de ces trois profils apparaît à son tour fortement liée au niveau d'éducation, mais aussi à la catégorie socioprofessionnelle, aux caractéristiques du cadre de vie et elle distingue assez nettement les hommes et les femmes (Résumé d'auteur).

### ► Comptabilité nationale

41379

FASCICULE

AVIAT (A.), HOURIEZ (G.), MAHIEU (R.)

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

**Les comptes de la Nation en 2008 : Un fort ralentissement de l'activité.**

INSEE PREMIERE

2009/05 ; n° 1236 : 1-4, 2 tabl., 1 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1236/ip1236.pdf>

En 2008, le produit intérieur brut progresse de 0,4 % en moyenne annuelle, après + 2,3 % en 2007 et + 2,2 % en 2006. Corrigée du nombre de jours ouvrables, la croissance est minorée de 0,1 point, à + 0,3 %. L'activité recule à compter du printemps et ce recul s'accroît à l'automne. La faiblesse de l'activité est principalement due à la forte décélération de la demande intérieure : la consommation croît plus faiblement et l'investissement marque le pas ; la croissance est aussi pénalisée par un mouvement de déstockage, particulièrement prononcé en fin d'année. Les échanges extérieurs sont également affectés : les exportations cessent de croître, et le ralentissement des importations est plus prononcé encore. Le pouvoir d'achat des ménages ralentit fortement et leur taux d'épargne se replie un peu. Le taux de marge des sociétés non financières baisse. L'activité des sociétés financières stagne.

### ► Conjoncture économique et sociale

41410

FASCICULE

DUHARCOURT (P.)

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

**La conjoncture économique et sociale en 2009.**

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

2009 ; 132p.

Cote Irdes : P111/2

[http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/3-1actus/frame\\_derniers\\_rapports.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/3-1actus/frame_derniers_rapports.htm)



Dans cet avis, le Conseil économique et social présente une analyse globale des origines économiques et financières de la crise de 2009. Il pose les exigences d'une autre régulation mondiale et trace - au niveau de notre pays et de l'Union européenne - les voies d'une politique adaptée pour faire face à la récession et permettre une reprise durable de la croissance.

## D Emploi

40897

ARTICLE

MILEWSKI (F.)

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

### ***Les femmes sur le marché du travail en France : les progrès marquent le pas.***

De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité.

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

2009/02 ; n° 1/2008 : 67-74

Cote Irdes : P174

Les progrès historiques de l'insertion des femmes sur le marché du travail sont indéniables. Les taux d'activité et les taux d'emploi se sont accrus. La norme est devenue celle du travail, non celle de la femme au foyer. Le pourcentage de femmes actives n'a cessé de progresser. Pourtant, les inégalités demeurent : elles ont pris d'autres formes. L'insertion des femmes sur le marché du travail s'opère souvent par des emplois précaires et à temps partiel contraint. Pour les femmes qui ont une insertion stable sur le marché du travail, les carrières sont presque toujours inférieures à celles des hommes. Du fait des qualifications moins porteuses, d'emplois précaires ou à temps partiel, de parcours professionnels plus lents, les inégalités de salaire sont persistantes. Le resserrement de l'écart des salaires est en panne : les ordres de grandeur étaient du même ordre au milieu des années 90. C'est donc du côté des facteurs qui mettent les femmes et les hommes en position inégale sur le marché du travail qu'il faut chercher les raisons de l'écart des salaires entre les hommes et les femmes (Résumé d'auteur).

40905

ARTICLE

BARRERE-MAURISSON (M. A.) ,

TREMBLAY (D. G.)

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

### ***La gouvernance de la conciliation travail-famille : comparaison entre la France et le Québec.***

De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité.

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

2009/02 ; n° 1/2008 : 85-94

Cote Irdes : P174

Sur la question économique et sociale que constitue la conciliation travail-famille, il est rare de mettre en présence tous les acteurs des politiques. Nous avons conçu un programme qui vise non seulement à dresser un état des lieux comparatif basé sur les données démographiques et d'emploi produites tant en France qu'au Québec, mais aussi à faire se rencontrer les acteurs intermédiaires que sont les entreprises, les organisations syndicales, les administrations régionales ou municipales, les institutions en charge de l'enfance et de la famille ainsi que les associations d'économie sociale. Nous avons confrontés les pratiques utilisées de part et d'autres. Le présent article fait état des premières observations sur le plan statistique comme en ce qui concerne le rôle des acteurs intermédiaires dans les deux sociétés (Résumé d'auteur).

42802

ARTICLE

MOSCHION (J.)

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

### ***Offre de travail des mères en France : l'effet causal du passage de deux à trois enfants.***

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2009/11 ; n° 422 : 51-78

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES422C.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES422C.pdf)

Entre 1962 et 2005, le taux d'activité des femmes a augmenté en France (de 45,8 % à 63,8%) mais reste corrélé négativement au nombre d'enfants. Dans quelle mesure l'arrivée d'un enfant supplémentaire réduit-elle la participation des mères au marché du travail ?

La relation entre nombre d'enfants et activité est complexe car les décisions de fécondité et d'activité ont des déterminants communs, et s'influencent mutuellement. Il est donc difficile de dire a priori si le choix de travailler ou non est une cause ou une conséquence du fait d'avoir un certain nombre d'enfants. Pour tester l'existence d'une relation causale négative entre nombre d'enfants et offre de travail des mères, nous utilisons des variables instrumentales, c'est-à-dire des variables qui n'affectent qu'indirectement l'activité des femmes, par l'intermédiaire de leur influence sur le nombre d'enfants. Plus précisément, la répartition par sexe des deux aînés et le fait d'avoir des jumeaux à la deuxième naissance, constituent deux sources aléatoires de variation exogène de la fécondité. Et avoir deux aînés du même sexe ou des jumeaux à la deuxième naissance accroît la probabilité d'avoir plus de deux enfants, et dans ce cas, l'activité des mères est réduite. Ces deux variables permettent d'estimer l'influence causale du fait d'avoir plus de deux enfants sur l'activité des mères. Les résultats indiquent qu'avoir plus de deux enfants diminue la probabilité d'activité des mères d'environ 20 points et, lorsqu'elles sont en emploi, le nombre d'heures travaillées par semaine de deux heures. L'impact négatif sur l'activité des mères pourrait être d'autant plus important que les perspectives d'emploi et de salaire des mères sur le marché du travail sont faibles ou qu'elles doivent faire garder leurs enfants. Cet effet est ainsi particulièrement marqué pour les mères peu diplômées, mais perdure lorsque les enfants grandissent et ne varie pas selon la taille de la ville de résidence (Résumé d'auteur).

## ► Indicateurs économiques

41034

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

***Suivi de la situation en France au regard des indicateurs de Lisbonne (Edition 2009).***

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL  
ECONOMIQUE ET SOCIAL  
2009/03 ; 244p., 43 tabl., 53 graph., 21 carte  
Cote Irdes : P111/2

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000160/0000.pdf>

En 2000, avec la « stratégie de Lisbonne », l'Union européenne s'est fixé pour objectif de devenir d'ici 2010 « l'économie de la connais-

sance la plus dynamique du monde ». Le Conseil économique et social fait de façon régulière le suivi de cette stratégie. Cette communication dresse un état de la situation de la France mise à jour fin 2008 au regard des 14 indicateurs structurels de la « liste restreinte » arrêtée par le Conseil européen. Ces indicateurs structurels se rapportent aux trois piliers de la stratégie de Lisbonne (économique, social, environnemental) et mesurent la situation de chaque Etat membre sur six domaines concourant à l'amélioration de la compétitivité européenne : l'économie générale ; l'emploi ; l'innovation et la recherche, incluant l'éducation et la formation ; l'intégration des marchés et la réforme économique ; la cohésion sociale ; l'environnement. Les cartes et graphiques offrent un panorama statistique sur la situation respective des 27 Etats membres et leur évolution, en ajoutant un coup de projecteur sur l'emploi et l'environnement (Résumé d'auteur).

41628

FASCICULE  
CONSALES (G.)  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

***En 2008, la consommation des ménages s'infléchit mais résiste.***

INSEE PREMIERE  
2009/06 ; n° 1241 : 4p., 3 tabl., 2 graph.  
Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1241/ip1241.pdf>

2008, la dépense de consommation des ménages ralentit significativement, mais résiste : + 1,0 % en volume, après + 2,4 % en 2007. La hausse des prix est plus soutenue (+ 2,8 % après + 2,1 %) sous l'effet de la forte progression des prix des produits alimentaires et de l'énergie. Le pouvoir d'achat du revenu s'accroît dans ces conditions moins vite qu'en 2007, ce qui tend à pénaliser la consommation. Pour préserver leurs dépenses de consommation, les ménages réduisent légèrement leur taux d'épargne. Le ralentissement affecte la plupart des biens et services, y compris dans les secteurs liés aux technologies de l'information, jusqu'ici très dynamiques. Les achats d'automobiles en volume diminuent. La préférence pour des modèles plus petits et moins chers s'est accentuée, encouragée par l'introduction début 2008 du bonus pour l'achat de véhicules peu polluants (Résumé d'auteur).

## ► Responsabilité sociale

42719

FASCICULE

Alternatives Economiques. Paris. FRA

### ***La responsabilité sociale des entreprises françaises.***

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2009/11 ; n° 41 : 128p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3949

Depuis une dizaine d'années, les grandes entreprises françaises ont progressivement accepté l'idée qu'elles avaient des comptes à rendre pas seulement à leurs actionnaires. Sous la pression des organisations non gouvernementales (ONG), elles se sont mises en effet à publier des rapports sociaux et environnementaux et, en France comme ailleurs, colloques et brochures sur papier glacé se sont multipliés à propos de la responsabilité sociale des entreprises. Mais la réalité des pratiques n'a pas encore fondamentalement changé. S'il en était besoin, la tempête économique récente l'a rappelé: BNP Paribas avait ouvert la crise à l'été 2007 en avouant avoir trempé les doigts dans le pot de confiture des subprimes, tandis que la Société générale montrait à travers l'incroyable affaire Kerviel combien l'appât du gain à court terme avait perverti l'ensemble de son fonctionnement. Sans oublier bien sûr les déboires de Natixis, pourtant filiale de banques coopératives... Mais les dérives des institutions financières ne doivent pas faire oublier la responsabilité des autres multinationales: les banques sont très loin d'être les seules entreprises françaises à utiliser massivement les paradis fiscaux pour éviter de s'acquitter de leur contribution au bien-être collectif... Et la façon dont les multinationales profitent de la crise pour accélérer encore les délocalisations montre que les belles paroles sur leur attachement aux territoires où elles sont implantées ne sont toujours que des discours. Enfin, même si les revenus des patrons ont globalement baissé l'an dernier, un Bernard Arnault, le patron de LVMH, s'octroie 17 millions d'euros et 19% d'augmentation par rapport à 2007 ou encore un Franck Riboud, le patron de Danone, 8 millions d'euros, alors qu'il s'affiche au côté de Muhammad Yunus, le prix Nobel de la paix 2006, pour les bonnes oeuvres de son groupe au Bangladesh. Nombreux sont encore les patrons qui n'ont décidément rien compris à ce que signifie une entreprise socialement responsable. Sans oublier la très faible place toujours laissée aux femmes dans les instances de direction, où elles sont encore plus maltraitées que dans

la sphère politique. Bref, la route est encore très longue pour les entreprises françaises. Et on ne peut guère continuer à compter sur leur bonne volonté pour avancer: il faut renforcer les contraintes légales qui s'imposent à elles. Ne serait-ce d'ailleurs que pour ne pas pénaliser celles qui sont prêtes à faire des efforts significatifs.

## ► Revenus

40855

FASCICULE

BIGOT (R.)

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

### ***Les classes moyennes sous pression.***

CONSOMMATION ET MODES DE VIE

2009/03 ; n° 219 : 1-4

Cote Irdes : C, P81/1

<http://www.credoc.fr/pdf/4p/219.pdf>

Début 2009, la question du pouvoir d'achat reste au coeur des préoccupations des Français. Le dernier rapport du CRÉDOC analyse les conditions de vie des classes moyennes, dont nous présentons ici les principales conclusions. Contrairement à ce qu'on entend dire parfois, les classes moyennes ne sont pas en déclin : elles sont aujourd'hui un peu plus nombreuses qu'au début des années 1980 et leur pouvoir d'achat a continuellement progressé depuis le début des années 1970, d'ailleurs un peu plus rapidement que celui de l'ensemble de la population. Néanmoins, une personne sur deux en France vit aujourd'hui avec moins de 1 500 euros par mois. Surtout, les classes moyennes doivent faire face à des dépenses incompressibles qui augmentent plus vite que leur revenu, telles que le logement, l'électricité, l'eau, le gaz et les combustibles qui représentent ensemble 38% de leurs dépenses, contre seulement 21% en 1979. Après avoir payé les frais d'alimentation, de transports, de santé et l'éducation, il reste moins de 300 euros à une personne qui gagne 1500 euros par mois pour les loisirs, les vacances, l'habillement et les biens d'équipement du foyer. L'enquête du CRÉDOC révèle que, dans cette tranche de revenus, une personne sur deux ne part pas en vacances, une sur deux n'a pas accès à Internet à domicile et 40% n'ont pas de livret d'épargne (Résumé d'auteur).

41852

FASCICULE  
JAUNEAU (Y.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Les employés et ouvriers non qualifiés :  
Un niveau de vie inférieur d'un quart à la  
moyenne des salariés.**

INSEE PREMIERE

2009/07 ; n° 1250 : 4p., 2 graph., 2 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1250/ip1250.pdf>

En 2007, un salarié sur cinq est employé ou ouvrier non qualifié, soit 5,5 millions de salariés. Des ouvriers non qualifiés de l'industrie aux aides à domicile, l'éventail des métiers exercés par ces salariés est large. Mais les employés et les ouvriers non qualifiés ont en commun le fait d'être plus fréquemment en contrat court, à temps partiel ou en situation de sous-emploi que les autres salariés. Ces conditions d'emploi moins favorables expliquent une partie de l'écart de revenu salarial annuel (- 44 %) avec la moyenne des salariés. La prise en compte des ressources globales des autres membres du ménage, ainsi que des prélèvements et prestations sociales, réduit cet écart. Au final, un employé ou un ouvrier non qualifié a en moyenne un niveau de vie inférieur de 24 % à celui de l'ensemble des salariés. 13 % des employés et des ouvriers non qualifiés vivent sous le seuil de pauvreté, deux fois plus que la moyenne des salariés. En particulier, un quart des femmes employées ou ouvrières non qualifiées vivant seules ou mères isolées sont pauvres. Enfin, 14 % des employés ou ouvriers non qualifiés souhaiteraient avoir un autre emploi, en plus ou en remplacement de leur emploi actuel, en premier lieu pour augmenter leurs revenus.

42796

FASCICULE  
PUJOL (J.) , TOMASINI (M.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Les inégalités de niveaux de vie entre  
1996 et 2007.**

INSEE PREMIERE

2009/11 ; n° 1266 : 1-4, 5 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1266/ip1266.pdf>

Les inégalités de niveaux de vie observées par enquêtes ont peu évolué entre 1996 et 2007. Le premier décile de niveau de vie a augmenté plus vite que le neuvième et que la médiane. Les 10 % des personnes situées aux deux extrêmes de la distribution des niveaux de vie ont vu la part qu'ils détiennent s'accroître, alors que la part détenue par les déciles intermédiaires a diminué. Ces évolutions ne rendent pas compte des hausses ou des baisses individuelles de niveau de vie au fil des années : entre 2003 et 2005, le niveau de vie d'une personne sur trois a varié de plus 30 %, dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution. Les inégalités sont plus marquées lorsqu'on observe le patrimoine (Résumé d'auteur).

42797

FASCICULE  
FESSEAU (M.) , BELLAMY (V.) , RAYNAUD (E.)  
Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris.  
FRA

**Les inégalités entre ménages dans les  
comptes nationaux. Des écarts plus marqués  
sur les revenus que sur la consommation.**

INSEE PREMIERE

2009/11 ; n° 1265 : 1-4, 3 tabl., 3 graph.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1265/ip1265.pdf>

En 2003, les 20 % de ménages les plus aisés disposent de 40 % du revenu disponible, la part du revenu reçue par les 20 % les plus modestes atteignant quant à elle 8 %. Cette diversité de situations concerne aussi la structure des dépenses de consommation : les ménages les plus modestes se signalent par la forte part des dépenses consacrée à l'alimentation et la part plus faible dédiée aux loisirs et à la culture. L'épargne des ménages est très fortement concentrée sur les hauts revenus ; les plus modestes, comme les plus jeunes, ont une épargne en moyenne négative. Les transferts privés compensent cependant en partie la faiblesse des revenus des ménages les plus pauvres (Résumé d'auteur).



40908

ARTICLE

MEURS (D.), PONTHEUX (S.)

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

***La mesure des écarts de salaires entre les hommes et les femmes en France : aspects méthodologiques.***

De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité.

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

2009/02 ; n° 1/2008 : 137-140

Cote Irdes : P174

Pour comparer les salaires des hommes et des femmes, on peut se placer à trois niveaux différents : celui de la perception des individus, celui de l'entreprise, ou à un niveau plus agrégé, par exemple national. Chacun de ces niveaux apporte une information particulière. (Résumé d'auteur).

40908

ARTICLE

MEURS (D.), PONTHEUX (S.)

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

***La mesure des écarts de salaires entre les hommes et les femmes en France : aspects méthodologiques.***

De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité.

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

2009/02 ; n° 1/2008 : 137-140

Cote Irdes : P174

Pour comparer les salaires des hommes et des femmes, on peut se placer à trois niveaux différents : celui de la perception des individus, celui de l'entreprise, ou à un niveau plus agrégé, par exemple national. Chacun de ces niveaux apporte une information particulière. (Résumé d'auteur).

## D Technologies de l'information

41010

FASCICULE, INTERNET

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

***Enquête sur les technologies de l'information et de la communication et le commerce électronique 2008.***

INSEE RESULTATS : ECONOMIE

2009/04 ; n° 41

Cote Irdes : En ligne

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=tic08>

En janvier 2008, 54 % des entreprises françaises d'au moins dix salariés ont un site web ou une page d'accueil. C'est beaucoup moins que dans la plupart des pays européens. Ce sont les plus grandes entreprises qui en ont le plus souvent : 85 % des entreprises d'au moins 250 salariés déclarent ainsi avoir un site web. Ces sites restent encore très peu orientés vers la commercialisation : 69 % présentent un catalogue ou une liste de prix et plus fréquemment les petites entreprises que les grandes, mais seulement 24 % offrent la possibilité de commander ou réserver des produits ou des prestations ; 11 % permettent un paiement en ligne, contre 4 % en janvier 2007. Parmi les sites web, 21 % gèrent des offres ou des demandes d'emploi, surtout dans les grandes entreprises et dans les secteurs financiers ou liés aux technologies de l'information et de la communication. En janvier 2008, presque toutes les grandes entreprises ont accès à l'internet haut débit. L'e-administration est devenue une réalité pour 72 % des entreprises d'au moins 10 salariés qui utilisent l'internet dans leurs relations avec les autorités publiques pour obtenir des informations, renseigner des formulaires en ligne ou répondre à des offres d'achat public ; ainsi, 57 % des entreprises de 10 à 19 salariés et 75 % des entreprises de 20 à 249 salariés renseignent des formulaires administratifs par l'internet. Malgré la faible progression de l'équipement en logiciels collaboratifs (messageries électroniques, par exemple), le télétravail se développe : il est présent dans 22 % des entreprises. Les systèmes d'exploitation libres (open source) restent très minoritaires (14 %) mais sont en légère progression (Résumé d'auteur).

41033

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

***L'industrie, les technologies et les services de l'information et de la communication au coeur de l'avenir.***

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL  
ECONOMIQUE ET SOCIAL

2009/04 ; n° 10 : 59p.

Cote Irdes : P111/2

<http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/pravi/PA051220.pdf>

Omniprésentes, les TIC sont au coeur de l'activité et de la vie quotidienne de chacun. Elles y manifestent la substitution progressive de l'énergie de la pensée, à la puissance physique notamment dans le travail. Ordinateurs, réseaux, terminaux font, désormais, système bouleversant l'organisation traditionnelle du travail, voire sa nature même. Quelques uns des enjeux de ce grand « chambardement » technologique font l'objet de cet avis : le développement d'une « culture TIC » dès l'école et tout au long de la vie ; l'orientation de ces technologies vers la croissance économe et durable... et la bonne vie (Résumé d'auteur).

## DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

### ► Protection sociale

42260

ARTICLE  
BORGETTO (M.)

***Bibliographie : Protection sociale.***

DROIT SOCIAL

2009/09-10 ; n°: 9-10 : Pages : 991-999

Cote Irdes : P109

Comme chaque année, Michel Borgetto réalise une bibliographie sur la protection sociale en France en recensant des sources sur l'année 2008.

## RÉGLEMENTATION

### ► Accidents médicaux

42588

ARTICLE  
MARTIN (D.)

***L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et ses mécanismes de financement.***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 24 : 29-40

Cote Irdes : P168

La réparation des accidents médicaux a un coût. Ce coût est le produit de la mise en oeuvre d'un processus d'indemnisation qui n'est pas, contrairement aux apparences, dépourvu de rationalité économique, même si l'ensemble reste soumis à des tensions. En France, les choix politiques, notamment depuis la loi de 2002 relative aux droits des malades, ont conduit à ce que le financement en soit assuré pour l'essentiel par l'assurance maladie, à travers des dispositifs complémentaires que sont l'intervention des compagnies d'assurance d'un côté et la mobilisation, croissante de la solidarité nationale de l'autre.

### ► Associations de patients

42591

ARTICLE  
BLANCHARD (S.)

***Les financements des associations de patients.***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009 ; n° 24 : 53-58

Cote Irdes : P168

Comment sont financées les associations de patients ? Subventions publiques, argent de l'industrie pharmaceutique, générosité du grand public, les sources de financements leur permettent-elles d'être indépendantes, c'est-à-dire ni prestataires de l'Etat, ni relais des laboratoires ? Dans ce monde associatif très hétéroclite, difficile de dresser un panorama exhaustif de qui donne quoi et à qui. La nouvelle loi - Hôpital, patients, santé, territoire - prévoit une meilleure transparence des aides fournies par les industries de santé aux associations. Entre le risque des liaisons dangereuses et la nécessité d'un pragmatisme éthique, un équilibre reste à trouver pour pérenniser la démocratie sanitaire.



## ► Études médicales

42814

ARTICLE

***Etudes de santé : modalités fixées pour la 1ère année commune.***

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

2009/12/03 ; n° 391 : 14

Cote Irdes : P29/2

La loi du 7 juillet 2009 a réformé la première année des études communes aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Le L1 santé va être mis en œuvre à la rentrée 2010-2011 pour les dispositions générales et, au plus tard durant l'année 2012-2013, dans toutes les facultés pour les dispositions spéciales aux réorientations. Les modalités de la L1 santé viennent d'être précisées par arrêté (arrêté du 28 octobre 2009, journal officiel du 17 novembre 2009). Cet article fait le point sur ces nouvelles dispositions.

## ► Responsabilité médicale

42724

ARTICLE

GRIBEAUVAL (J.P.)

***Responsabilité médicale et perte de chance du patient.***

REVUE PRESCRIRE

2009/11 ; n° 313 : 859-864

Cote Irdes : P80

En France, en 2009, la responsabilité civile des médecins est de type contractuel. Le contrat de soins comporte une obligation de moyens, et non une obligation de résultats. En droit civil, le patient victime présumée d'une faute médicale doit pouvoir prouver l'existence d'un dommage, d'une faute par manquement au contrat de soins, et d'un lien de causalité entre les deux pour obtenir réparation.



## ► **Index des auteurs**



## A

ACCARDO (J.) .....	46
AFRITE (A.) .....	32, 43, 57
Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne. (A.R.H.) .....	48, 50
AGHA (M.M.) .....	43
ALLEMAND (H.) .....	34
ALLONIER (C.) .....	32
Alternatives Economiques .....	79
ANDRE-CORMIER (J.) .....	48
ANKRI (J.) .....	34
ANNESI-MAESANO (I.) .....	32
AOUSTIN (M.) .....	46
APPLEBAUM (S.) .....	54
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.) .....	28, 67
AUBLET-CUVELLIER (B.) .....	48
AUDE (J.) .....	56
AVALOSSE (H.) .....	44
AVIAT (A.) .....	76

## B

BARBINI (E.) .....	72
BARNAY (T.) .....	30, 39, 41
BARRERE-MAURISSON (M. A.) .....	77
BARRIER (P.) .....	29
BEAUMEL (C.) .....	75
BECK (F.) .....	34
BEJEAN (S.) .....	39
BELLAMY (V.) .....	80
BELOT (A.) .....	33
BERDEU (D.) .....	37
BERNEDE BAUDUIN (C.) .....	63
BIGOT (R.) .....	79
BINQUET (C.) .....	31
BLANCHARD (N.) .....	61
BLANCHARD (S.) .....	82
BOCQUIER (A.) .....	49
BOEGH (A.) .....	53
BOINI (S.) .....	35
BONNETAIN (F.) .....	31
BONTOUT (O.) .....	28
BORGETTO (M.) .....	82
BOSSARD (N.) .....	33
BOUCHET (H.) .....	82
BOURGUEIL (Y.) .....	51, 52, 55

BRAS (P.L.) .....	20
BRECHAT (P.-H.) .....	58
BRETON (C.) .....	38
BRIANCON (S.) .....	35
BRIFFAULT (X.) .....	34
BROWN (L.D.) .....	69
BRUN (A.) .....	28
BUDET (J.-M.) .....	58
BURNEL (P.) .....	18
BUTLER (S. de) .....	18

## C

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.) .....	24
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.) .....	22, 30, 31, 34, 37, 38, 49, 55, 62, 64, 67
CANN (Y.) .....	71
CARRICABURU (D.) .....	57
CASES (C.) .....	20, 55
CATRICE-LOREY (A.) .....	21
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.) .....	67
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.) .....	79
CHABROL (A.) .....	29
CHALEIX (M.) .....	57
CHANDRA (A.) .....	50
CHERNEW (M. E.) .....	50
CHEVREUL (K.) .....	50
CHWALOW (J.) .....	35
CLAVET (M.) .....	68
CLEMENT (M. C.) .....	51
COLDEFY (M.) .....	19
COLICHE (V.) .....	35
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.) ...	30, 39
COLLET (M.) .....	65
COLONNA (M.) .....	33
COMBIER (M.) .....	36
COM-RUELLE (L.) .....	32, 57, 58, 72
CONSALES (G.) .....	78
Conseil Economique et Social. (C.E.S.) .....	48, 76, 78, 82
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.) .....	18
CONTANDRIOPOULOS (A.P.) .....	20
COOPER (R. A.) .....	55
CORNELIUS (K.) .....	44
COULANGEON (P.) .....	75
COULOMB (A.) .....	61

COURALET (P. E.).....	51
CZYPIONKA (T.).....	50

## D

DAVID (J.).....	63
DE BAKKER (D.H.) .....	70
DEBRAND (T.).....	27, 42
DEGORRE (A.).....	36
DEGOS (L.) .....	64
DE KERMADEC (C.) .....	65
DELMAS (M.C.).....	32
DE MEIJER (C. A.) .....	60
DE PERETTI (G.).....	74
DESPLANQUES-LEPERRE (A.).....	64
DEVAUX (M.).....	45, 47
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)..	50, 51
Direction de l'Organisation et de la Prospective. (D.O.P.).....	25
DORMONT (B.) .....	49
DORON (C.O.) .....	71
DOTY (M. M.) .....	54
DOURGNON (P.).....	43, 46
DRAHI (E.).....	54
DREUX (C.).....	61
DRICHOUTIS (A.C.).....	35
DUBE (F.) .....	68
DUHARCOURT (P.).....	76
DUPRAY (A.).....	74
DUTHILLEUL (A.).....	78

## E

ECONOMOU (C.).....	69
ELBAUM (M.) .....	23
Electricité de France.....	38
EPSTEIN (A. M.) .....	57
ERPELDING (M.L.) .....	35
ERSEK (K.).....	30
ESTIENNE (N.).....	58

## F

FAGOT CAMPAGNA (A.) .....	35
FASSIN (D.).....	44
FESSEAU (M.) .....	80
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.....	22
FORDER J.....	59
FORETTE (F.).....	34
FURHMAN (C.).....	32

## G

GALLOIS (P.).....	17, 40
GARCIER (Y.).....	38
GAUTHIER (A.) .....	68
GILLIS (O.) .....	44
GLAZIER (R.H.).....	43, 69
GODDARD (A. J.).....	50
GODEFROY (P.).....	40
GOUYON (M.) .....	51
GRANGE (D.).....	35
GREGORY (S.) .....	70
GRELOU (C.) .....	60
GREMY (I.).....	35
GRIBEAUVAL (J.P.).....	83
GRIGNON (M.).....	18, 44
GROENEWEGEN (P.P.) .....	70
GROSCLAUDE (P.).....	33
Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Stratégies. (G.E.R.S.) .....	63
GUILBERT (P.) .....	34
GUISSET (M.J.).....	34
GULACSI (L.) .....	30
GUSTAVSSON (A.) .....	30
GUYON (V.).....	36
GYRD-HANSEN (D.).....	53

## H

HASSENTEUFEL (P.).....	21
HA-VINH (P.) .....	37
HEIJINK (R.).....	30
HENCKEN (N.).....	19



HOST (S.).....	35
HOURIEZ (G.).....	76
HOW (S. K. H.).....	54
HUBERT (D.).....	38

KURTH (T.).....	46
KUSNIK-JOINVILLE (O.).....	34

## I

Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire.....	38
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).....	19, 27, 30, 46, 51, 55, 57, 58
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).....	34, 64
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	36, 40, 41, 46, 47, 49, 65, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81
Institut PUPPEM.....	32

## J

JACQUES (A.).....	30
JAUNEAU (Y.).....	80
JEAN (E.).....	71
JEAN (T.).....	71
JHA (A. K.).....	57
JOLY (K.).....	38
JONSSON (L.).....	30
JUSOT (F.).....	42, 43, 45, 46, 47

## K

KAITELIDOU (D.).....	69
KAMINSKI (M.).....	44
KARPATI (K.).....	30
KENIGSBURG (P.A.).....	30
KERGUENEC (Y. de).....	18
KERVASDOUE (J. de).....	19
KHAN (J.).....	39
King's Fund Institute.....	70
KLEMPERER (D.).....	50
KONETZKA (R. T.).....	59
KOOLMAN (X. H.).....	60
KOOPMANSCHAP (M. A.).....	60

## L

LAFERRERE (A.).....	40
LAMY (C.).....	34
LANG (T.).....	43, 44
LAURENT (O.).....	38
LAURIER (D.).....	38
LAVIS (J.).....	73
LAZARIDIS (P.).....	35
LECLERC (A.).....	44
LEFORT (L.).....	65
LE FUR (P.).....	19, 55
LEGRAIN (S.).....	64
LEJEUNE (C.).....	31
LEMEL (Y.).....	75
LEMOINE (P.).....	36
LE NOC (Y.).....	17, 40, 54
LE PEN (C.).....	30
LETOURMY (A.).....	17
LEVY (E.).....	30
LEYNAERT (B.).....	32
LHUILIER (D.).....	57
LOFGREN (H.).....	64
LOISANCE (D.).....	59
LOMBRAIL (P.).....	43
LOPEZ-BADISTA (J.).....	31
LUCAS GABRIELLI (V.).....	19
LUGTENBERG (M.).....	53
LUO (W.).....	73

## M

MAHIEU (R.).....	76
MALEVAL (J.C.).....	28
MALLON (I.).....	42
MARICAL (F.).....	75
MARMOR (T. R.).....	51
MARPSAT (M.).....	47, 73, 74
MARTIN (D.).....	82
MASON (A.).....	52
MATALLAH (M.).....	22
MCDALD (D.).....	30
MCDONALD (R.).....	51

McKEE (M.)	50
MEADOWS (K.)	35
MERKUR (S.)	50
MESBAH (M.)	35
MESSINA (G.)	72
METZ-FLAMANT (C.)	38
MEURS (D.)	81
MIDY (L.)	36
MILEWSKI (F.)	77
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.)	50, 51
MIRALDO (M.)	52
MLADOVSKY (P.)	50
MOINEDDIN (R.)	43
MOISDON (J.-C.)	56
MOISY (M.)	36
MOLLET (E.)	35
MONTAUD (J.M.)	47
MONTEJO-GONZALES (A.L.)	31
MORVAN (Y.)	34
MOSCHION (J.)	77
MOSIALOS (E.)	50
MOUSQUES (J.)	19, 51
MUSSCHE (N.)	67

## N

NAULEAU (S.)	49
NAYGA (R.M.)	35
NEWHOUSE (J. P.)	50

## O

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.)	17, 18, 19, 20, 21, 52, 68, 69, 77, 81
Observatoire Régional de la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.)	37
Observatoire Régional de la Santé d'Île-de-France. (O.R.S.I.F.)	35
OLIVA-MORENO (J.)	31
OLSEN (K.R.)	53
ORAV (E. J.)	57
OR (Z.)	42, 58, 72
OSBORN (R.)	54
OSSELIN (D.)	46

## P

PASCAL (J.)	43
PASDEVANT (A.)	36
PENFORNIS (A.)	35
PESTY (F.)	32, 63
PEUGH (J.)	54
PEYRON (C.)	39
PICHETTI (S.)	61
PIERRE (A.)	51
PIVETEAU (D.)	40
PLA (A.)	75
PLOTON (L.)	34
POLTON (D.)	20
PONTHIEUX (S.)	81
POUVOURVILLE (G. de)	30
POUZAUD (F.)	24, 65
PUJOL (J.)	80

## Q

QI (Y.)	73
QUENEAU (P.)	54
QUENNEVILLE (A.)	68
QUERCIOLI (C.)	72

## R

RAPOPORT (B.)	28
RAYNAUD (D.)	61
RAYNAUD (E.)	80
RECOTILLET (I.)	74
Régime Social des Indépendants. (R.S.I.)	25, 26
REHNBERG (C.)	39
REMONTET (L.)	33
RENAUD (T.)	30, 58
RENTHER (P.)	19
RHEAULT (S.)	68
RIBET (C.)	41
RICORDEAU (P.)	34
RIOLACCI-DHOYEN (N.)	64
ROBATEL (N.)	39
ROGEL (A.)	38

## S

SABIK (L.).....	50
SABUNCU (E.).....	63
SAINT POL (T. de).....	46, 75
SAMSON (A. L.).....	49
SANDIER (S.).....	30
SANDRIN-BERTHON (B.).....	29
SAUZE (L.).....	37
SCHLETTE (S.).....	50
SCHOEN (C.).....	54
SERMET (C.).....	46
SERRIER (P.).....	39
SIBLEY (L.M.).....	69
SICART (D.).....	50
SICILIANI (L.).....	52, 60
SIEGRIST (J.).....	41
SILVA (J.).....	46
SILVAN (F.).....	24, 65
SIRVEN (N.).....	27, 42
SISKOU (O.).....	69
SQUIRE (D.).....	54
STEFFEN (M.).....	21
STREET (A.).....	52
SULTAN-TAIEB (H.).....	39

## T

THEBAUD-MONY (A.).....	39
TIRMARCHE (M.).....	38
TOMASINI (M.).....	80
TOUZE (V.).....	27
TRANNOY (A.).....	45, 47
TREMBLAY (D. G.).....	77
TUBEUF (S.).....	45, 47
TUPPIN (P.).....	34

## U

UHRY (Z.).....	33
ULMANN (P.).....	30
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.).....	48, 50

## V

VALDELIEVRE (H.).....	57
VALLEE (J.P.).....	17, 40, 54
VALTONEN (H.).....	30
VAN DOORSLAER (E. K.).....	60
VATAN (M.).....	75
VEGA (A.).....	37, 53
VELPRY (L.).....	19
VELTEN (M.).....	33
VERGER (P.).....	49
VERZULLI (R.).....	60
VIGNERON (E.).....	48
VIVAS (E.).....	74

## W

WAHRENDORF (M.).....	41
WARZEE (C.).....	41
WEILL (A.).....	34
WERNER (R. M.).....	59
WERSTERT (G.P.).....	53
WHITE (J.).....	51
WIMO (A.).....	30

## Y

YILMAZ (E.).....	42, 56
------------------	--------

## Z

ZAMBROWSKI (J.J.).....	66
ZEGER-VAN SCHAICK (J.M.).....	53
ZINS (M.).....	41



## ► **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/hcspe/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)

## ACTUALITES PUPPEM

François PESTY

Consultant ITG

2, Square Gay Lussac

78330 Fontenay le Fleury

[Francois.PESTY@Wanadoo.fr](mailto:Francois.PESTY@Wanadoo.fr)

<http://puppem.com/ML.aspx>

## AGING MENTAL HEALTH

Rédaction et diffusion : Routledge

Taylor and Francis Group

2 Park Square

Milton Park

Abingdon

Oxford OX14 4RN

Royaume-Uni

<http://www.tandf.co.uk/journals/carfax/13607863.html>

## ALTERNATIVES ECONOMIQUES

Rédaction : Alternatives économiques

28, rue du Sentier

75002 Paris

Tél. : 01 44 88 28 90

Fax : 01 40 28 43 58

Email : [redaction@alternatives-economiques.fr](mailto:redaction@alternatives-economiques.fr)

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

Abonnements : 12 rue du Cap Vert

21805 Quetigny cedex

Tél. : 03 80 48 10 25

Fax : 03 80 48 10 34

Diffusion en librairie : Dif'pop

21 ter, rue Voltaire

75011 Paris

Tél. : 01 40 24 21 31

Fax : 01 40 24 15 88

## ANNALS OF FAMILY MEDICINE

Annals of Family Medicine, Inc.

11400 Tomahawk Creek Parkway

Leawood, KS 66211-2672

Etats-Unis

Email : [AnnFamMed@aafp.org](mailto:AnnFamMed@aafp.org)

<http://www.annfammed.org/>

## ANNUAIRE STATISTIQUE : RESULTATS NATIONAUX OU DEPARTEMENTAUX

Rédaction et diffusion : CCMSA

Dépt. Etudes Economiques et Financières

Les Mercuriales

40, rue Jean-Jaurès

93547 Bagnolet cedex

Tél. : 01 41 63 77 77

<http://www.msa.fr>

## AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Rédaction : Conseil économique et social

[http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/2-3based/base.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm)

(en ligne à partir de 1998, notices de 1947 à 1997)

Diffusion : Direction des Journaux Officiels

26 rue Desaix

75727 Paris cedex 15

Tél. : 01 40 58 79 79

Fax : 01 45 79 17 84

Email : [info@journal-officiel.gouv.fr](mailto:info@journal-officiel.gouv.fr)

<http://journal-officiel.gouv.fr>

# B

## BILAN ANNUEL (RSI)

Rédaction et diffusion : RSI - Régime Social des Indépendants

264 avenue du Président Wilson

93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_statistiques/index.php](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/index.php)

► **BRIEFING (KING'S FUND INSTITUTE)**

The King's Fund 11-13 Cavendish Square  
London W1G 0AN  
Tél. : 020 7307 2400  
<http://www.kingsfund.org.uk/>

► **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](mailto:abobeh@invs.sante.fr)  
<http://www.invs.sante.fr/beh/> (en ligne depuis  
1996)  
Egalement diffusé par voie électronique sur  
liste Email (abonnement gratuit)

## C

► **CHIFFRES & REPERES (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

► **CHIFFRES UTILES (MSA)**

Rédaction et diffusion : CCMSA (Caisse  
Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Direction des Etudes, des Répertoires, et des  
Statistiques  
Les Mercuriales  
40, rue Jean-Jaurès  
93547 Bagnolet  
Tél. : Diffusion : 01 41 63 81 18  
<http://www.msa.fr>

► **CONSOMMATION ET MODES DE VIE**

Rédaction et diffusion : CREDOC (Centre de  
Recherche, d'Etudes sur l'Observation des  
Conditions de Vie)  
142, rue du Chevaleret  
75013 Paris  
Tél. : 01 40 77 85 01  
<http://www.credoc.fr/>

► **COURRIER DES STATISTIQUES**

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

## 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](mailto:editecom@starnet.fr)  
<http://www.editecom.com>

# E

## ► ECONOMIE ET STATISTIQUE

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

Diffusion : Insee Info Service

Tour Gamma A

195, rue de Bercy

75582 Paris cedex 12

Tél. : 01 41 17 66 11

Fax : 01 53 17 89 77

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

Economie et statistique (articles en ligne à partir du numéro 321)

## ► L'ESSENTIEL MEDICAL (RSI)

Rédaction et diffusion : RSI - Régime Social des Indépendants

264 avenue du Président Wilson

93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex

[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_statistiques/index.php](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/index.php)

## ► 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)

## ► EURO OBSERVER : NEWSLETTER OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES

European Observatory on Health Systems and Policies

WHO European Centre for Health Policy

Rue de l'Autonomie, 4

B - 1070 Brussels

Belgique

Email: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

Tél. : 32 2 525 09 35

Fax: +32 2 525 0936

<http://www.euro.who.int/observatory>

## ► EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

Rédaction : Springer Verlag

Katharina Tolkmitt

Tiergartenstrasse 17

69121 Heidelberg

Allemagne

Tél. : 00 49 6221 487 929

Fax : 00 49 6221 487 461

Email : [tolkmitt@springer.de](mailto:tolkmitt@springer.de)

<http://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](mailto:orders@springer.de)

<http://www.springerlink.com/>

## ► 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/>

# 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](mailto:fondation@fng.fr)

[http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie\\_societe/index.htm](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 AFFAIRS : WEX EXCLUSIVE

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/WebExclusives.php>

## ▶ HEALTHCARE POLICY / POLITIQUE DE SANTE

Longwoods Publishing Corporation  
260 Adelaide Street East, No. 8,  
Toronto ON M5A 1N  
Canada  
<http://www.longwoods.com/home.php?cat=247>

## ▶ 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](mailto:nlinfo-f@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/30519/description#description](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>

# I

## ▶ IMPLEMENTATION SCIENCE

BioMed Central Ltd  
Floor 6, 236 Gray's Inn Road  
London WC1X 8HL  
Royaume-Uni  
<http://www.implementationscience.com/>

## ▶ INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO

Rédaction et diffusion : Altédia  
5, rue de Milan  
75319 Paris cedex 09  
Tél. : 01 44 91 50 16  
Fax : 01 44 91 10 01  
<http://www.altedia.fr/>

## ▶ INFORMATION PSYCHIATRIQUE (L')

Diffusion : 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](mailto:marketing@jle.com)  
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/sommaire.phtml>

## ▶ INFORMATIONS SOCIALES

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

► **INSEE PREMIERE**

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

► **INSEE RESULTATS**

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

► **ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**

Diffusion : PREX S.p.A.  
Via A. Fava, 25  
20125 Milano,  
Italie  
<http://www.ijph.it/#home>

## 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 FRANCAIS DE PSYCHIATRIE**

Diffusion ; Editions Eres  
33 avenue Marcel Dassault  
F 31500 Toulouse  
Tél. 05 61 75 15 76  
Fax 05 61 73 52 89  
E-mail : [eres@edition-eres.com](mailto:eres@edition-eres.com)

► **JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS**

Diffusion : Elsevier Science  
PO Box 945  
1000 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 3757  
Fax : 00 31 20 485 3432  
Email : [nlinfo@elsevier.nl](mailto:nlinfo@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/505560/description#description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505560/description#description#description)

► **JOURNAL OF HEALTH POLITICS, POLICY AND LAW**

Diffusion : Duke University Press  
Box 90660  
Durham NC 27708-0660  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 919 687 3653

## L

► **LETTRE DU COLLEGE**

Rédaction et diffusion : Collège des Economistes de la Santé  
7, rue de Citeaux  
75012 Paris  
Tél. : 01 43 45 75 65  
Fax : 01 43 45 75 67  
<http://www.ces-asso.org/>

## M

► **MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC**

Rédaction : Unafornec (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 : [unafornec@wanadoo.fr](mailto:unafornec@wanadoo.fr)  
<http://www.unafornec.org>  
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

► **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/>

► **MEDICAL CARE**

Rédaction : Sue E. Houchin  
8848 Winding Ridge Road  
Indianapolis, IN 46217  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 317 796 5752  
Email : [medical\\_care@regenstrief.org](mailto:medical_care@regenstrief.org)  
Diffusion : Lippincott Williams & Wilkins  
Journal orders and Requests  
250 Waterloo Rd  
London SE18RD  
Royaume Uni  
Tel : 00 44 20 7981 0535  
Fax : 00 44 20 7981 0535  
Email : [orders@lww.com](mailto:orders@lww.com)  
<http://www.lww-medicalcare.com>

► **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](mailto:order@sagepub.com)  
<http://www.sagepub.com>

► **MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)**

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

► **NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)**

Rédaction : The Massachussets Medical Society  
Diffusion en France : EMD France SA  
BP 1029  
59011 Lille cedex  
Tél. : 03 20 30 03 02  
Fax : 03 20 57 07 60  
<http://content.nejm.org/>

► **NOTE DE VEILLE (LA)**

Rédaction et diffusion : Centre d'analyse stratégique  
18 rue de Martignac  
75700 Paris cedex 07  
Tél. : 01 45 56 51 00  
Fax : 01 45 55 53 37  
[http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=12](http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php?id_rubrique=12)

► **NOTES ET DOCUMENTS**

URCAM de Bourgogne  
14 rue Jean Giono  
21000 Dijon  
Tél. : 03 80 78 80 16  
Fax : 03 80 74 16 67  
<http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr/> => publications (certains numéros sont en ligne)

► **NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)**

Rédaction et diffusion : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens  
4, avenue Ruysdaël  
75008 Paris  
Tél. : 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/>



## O

### ► OES TRIMESTRIEL

Rédaction et diffusion : CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Direction des Statistiques et des Etudes Economiques et Financières  
Les Mercuriales  
40, rue Jean-Jaurès  
93547 Bagnolet  
Tel : 01 41 63 80 02

### ► ORSIF

Rédaction et diffusion : ORSIF (Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France)  
21-23 rue Miollis  
75015 Paris  
Tél. : 01 44 42 64 70  
<http://www.ors-idf.org/publications-ors.asp>

## P

### ► PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

Diffusion : AISS  
Communication et publications  
Case postale 1  
CH-1211 Genève 22  
Suisse  
Email : [issa@ilo.org](mailto:issa@ilo.org)  
<http://www.issa.int>

### ► PLOS MEDICINE

U.K./European Office  
Public Library of Science  
7 Portugal Place  
Cambridge CB5 8AF  
Royaume-Uni  
Tél. : +44(0)1223 463 330  
<http://medicine.plosjournals.org/>

### ► 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>

### ► POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)  
Département Etudes et Statistiques  
26-50, avenue du Professeur André Lemierre  
75986 Paris cedex 20

### ► 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>

### ► PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

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

## Q

### ► QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

Diffusion : IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 17  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [presse@irdes.fr](mailto:presse@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr/EspacePresse/index.htm>

# R

## ▶ REFERENCES CMU : LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Rédaction et diffusion : Fonds CMU  
Tour Onyx  
10, rue Vandrezanne  
75013 Paris  
Tél. : 01 58 10 11 90  
Fax : 01 58 10 11 99  
Email : [accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr)  
<http://www.cmu.fr>

## ▶ REGARD SANTE

Rédaction et diffusion : ORS PACA –SE 4S  
23 rue Stanislas Torrents  
13006 Marseille  
[http://www.se4s-orspaca.org/syntheses\\_resultats/regardsante.php](http://www.se4s-orspaca.org/syntheses_resultats/regardsante.php)

## ▶ 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)

## ▶ REGARDS SUR L'ACTUALITE

Rédaction : Premier Ministre  
Diffusion : La Documentation Française  
29-31, Quai Voltaire  
75344 Paris Cedex 07  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 72 30  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/regards-actualite/index.shtml>

## ▶ 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 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](mailto:info.presses@sciences-po.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](mailto:revue.economique@ehess.fr)  
Diffusion : Presses de Sciences Po  
117 bd St Germain  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 49 83 25  
Fax : 01 45 48 83 34

## ▶ REVUE D'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 DES MALADIES RESPIRATOIRES

Diffusion : Elsevier-Masson  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy les Moulineaux cedex  
Tél. : 01 71 16 55 55  
<http://www.elsevier-masson.fr/revues-revue-des-maladies-respiratoires-p-5029.html>

## ▶ REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

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

## ► 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](mailto:revue@prescrire.org)  
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

# S

## ► SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE

Rédaction et diffusion : OFQSS (Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité)  
Diffusion : IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 39  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [ofqss@irdes.fr](mailto:ofqss@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr/Ofqss/Ofqss.html>  
ou  
MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux)  
1075, chemin Ste Foy - 11e ét.  
G1S 2M1 Québec (Québec)  
Canada  
Tél. : 00 1 418 266 7043  
Fax : 00 1 418 646 8186  
Email : [ofqss@msss.gouv.qc.ca](mailto:ofqss@msss.gouv.qc.ca)

## ► SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS (Association pour le Développement des Sciences Sociales de la Santé)  
Diffusé par : John Libbey Eurotext  
127, av. de la République  
92120 Montrouge  
Tél. : 01 46 73 06 60  
Fax : 01 40 84 09 99  
Email : [marketing@jle.com](mailto:marketing@jle.com)  
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm> (résumés en ligne depuis 1997)

## ► SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENTS DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé  
DREES  
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 40 56 66 00  
Fax : 01 40 56 81 30  
<http://www.sante.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 : [ninfo-f@elsevier.nl](mailto:ninfo-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)

## ► SOUTHERN MEDICAL REVIEW

Rédaction et diffusion : University of Auckland  
School of Pharmacy  
Email : [z.babar@auckland.ac.nz](mailto:z.babar@auckland.ac.nz)  
<http://www.fmhs.auckland.ac.nz/sop/smr/>

# T

## ▶ TABLEAUX DE BORD FINANCIER (RSI)

RSI - Régime Social des Indépendants  
264 avenue du Président Wilson  
93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex  
<http://www.le-rsi.fr/publications/index.php>

# Z

## ▶ ZOOM SUR...

Rédaction et diffusion : RSI - Régime Social  
des Indépendants  
264 avenue du Président Wilson  
93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex  
[http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes\\_ statistiques/index.php](http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/index.php)

# ■ Quoi de neuf, Doc?

## Bulletin bibliographique en économie de la santé

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

10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50  
ISSN : 1148-2605

### **Consultation des documents :**

sur rendez-vous exclusivement.

### **Vous pouvez venir consulter les documents signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES  
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

**Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01**

### **Heures d'ouverture :**

Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

---

<b>Directeur de la publication</b>	Yann Bourgueil
<b>Rédactrice en chef</b>	Marie-Odile Safon
<b>Rédactrices adjointes</b>	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
<b>Promotion-diffusion</b>	Sandrine Béquignon - Anne Evans
<b>Mise en page</b>	Franck-Séverin Clérembault

---

