

Quoi de neuf, Doc ?

Août-oct. / Aug.-Oct. 2011, n° 4

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

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qnd/QuoiNeufDoc2011AoutSeptOct.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Presentation

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

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

The bulletin consists of:

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

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

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

Présentation

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

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

Le bulletin se compose de :

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

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

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

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

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

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

Sommaire

Quoi de neuf, doc ?
août-septembre-octobre 2011, n° 4

Table of contents (in English).....6

Présentation ----- 2

Comment lire une notice10

Index des auteurs.....137

Carnet d'adresses des éditeurs.....149

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 13

Agences sanitaires	13
Crise sanitaire	13
Décentralisation	14
Droits des malades.....	14
Handicap.....	15
Politique sociale.....	15
Réforme.....	16

► PROTECTION SOCIALE 18

Affections de longue durée	18
Aide sociale	18
Comptes de la protection sociale	18
Fraudes sociales.....	19
Protection complémentaire	19
Protection complémentaire d'entreprise.....	22
Redistribution	22
Retraites.....	23
Sécurité sociale.....	25

► PREVENTION 27

Cancer.....	27
Dépistage.....	27
Education thérapeutique.....	28
Qualité des soins	30
Voyages internationaux	30

► ECONOMIE DE LA SANTE 32

Aide Médicale d'Etat.....	32
Coût de la maladie.....	32
Coûts de la santé	36
Dépenses de santé.....	37
Dépenses pharmaceutiques	38
Financement.....	39

► ETAT DE SANTE 40

Cancer	40
Consommation d'alcool.....	41
Epidémiologie	42
Etude d'ensemble	43
Hypertension.....	43
Maladies chroniques.....	44
Mortalité.....	45
Santé maternelle	45
Santé perçue	45
Tabagisme	47
Travail et santé.....	48

► PERSONNES AGEES 55

Accès aux soins	55
Capital social	55
Dépendance.....	55
Etat de santé.....	57
Habitat.....	58
Politique de la vieillesse.....	58
Recours aux soins	58

Retraite.....	59	Temps d'accès	97
Soutien informel.....	60		
▮ INEGALITES DE SANTE.....	61	▮ PROFESSIONS DE SANTE	98
Accès aux soins	61	Coopération interprofessionnelle.....	98
Discrimination.....	62	Infirmiers.....	98
Espérance de vie	63	Mobilité professionnelle	100
Inégalités sociales de santé.....	63	Personnel hospitalier.....	100
Migrants.....	71		
Renoncement aux soins	71	▮ MEDICAMENTS	101
		Conflits d'intérêt.....	101
▮ GEOGRAPHIE DE LA SANTE	72	Contrefaçons	101
Agences régionales de santé	72	Génériques.....	101
Aménagement du territoire.....	73	Industrie pharmaceutique	102
Collectivités territoriales.....	74	Innovation médicale.....	103
Distance d'accès.....	74	Listes.....	104
Effets contextuels	75	Médicaments orphelins	105
Ile-de-France	76	Pharmacovigilance	105
Lozère.....	76	Politique du médicament	107
Modèles thérapeutiques	76	Prescription	107
Psychiatrie	77	Prix	109
		Régulation	110
▮ SOINS DE SANTE PRIMAIRES	79	Remboursement.....	111
Démographie médicale.....	79	Visiteurs médicaux.....	111
Ethique médicale	80		
Formation médicale continue.....	80	▮ TECHNOLOGIES MEDICALES	112
Incitations économiques	81	Télémédecine	112
Maisons de santé.....	81	Télésurveillance	112
Médecins de famille.....	82		
Organisation des soins	83	▮ SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS....	113
Performance	85	Allemagne	113
Qualités des soins	85	Canada	113
Rémunération.....	86	Etats-Unis.....	114
Satisfaction des usagers	88	Etude comparée.....	115
Sociologie de la santé.....	88	Italie.....	115
		Norvège	116
▮ HOPITAL	90	Pays-Bas	116
Chirurgie ambulatoire.....	90	Québec	117
Effets indésirables	90	Royaume-Uni.....	117
Financement.....	91	Suisse	118
Hospitalisation à domicile.....	91		
Hospitalisation évitable	92	▮ PREVISION - EVALUATION	119
Infections nosocomiales	92	Analyse coût efficacité	119
Performance	94	Analyse coût utilité.....	120
Qualité des soins	94	Assurance maladie	120
Réforme hospitalière	95	Benchmarking.....	121
Tarifcation hospitalière.....	95		

Innovations technologiques.....	121		
Politiques publiques	122		
Utilisation des services	122		
Vignette	122		
▮ METHODOLOGIE-STATISTIQUE.....	124		
Dépression.....	124		
Evaluation économique	124		
PMSI	125		
Testing.....	125		
▮ DEMOGRAPHIE-MODES DE VIE.....	127		
Espérance de vie sans incapacité.....	127		
Indicateurs démographiques.....	127		
Statut matrimonial.....	129		
		▮ ECONOMIE GENERALE	131
		Consommation	131
		Technologies de l'information et de la communication (TIC)	131
		▮ REGLEMENTATION.....	133
		Accidents médicaux.....	133
		Médecine du travail.....	133
		Protection juridique des majeurs	134
		Réglementation pharmaceutique.....	134
		Union européenne	134

Prochain numéro : fin décembre 2011

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?

August-September-October 2011, n°4

Presentation	2
Reading a notice	10
Author index	137
Publishers address book.....	149

Bibliographical references

HEALTH POLICY.....	13	HEALTH ECONOMICS.....	32
Health agencies	13	State medical help	32
Health crisis	13	Cost of illness	32
Decentralisation	14	Health care costs	36
Patients rights	14	Health expenditures.....	37
Disability.....	15	Pharmaceutical expenditures.....	38
Social policy.....	15	Financing.....	39
Reform.....	16		
SOCIAL PROTECTION	18	HEALTH STATUS.....	40
Long-term diseases.....	18	Cancer	40
Welfare benefits.....	18	Alcohol consumption	41
Social protection accounts	18	Epidemiology	42
Social frauds.....	19	Global study.....	43
Supplementary health insurance.....	19	Hypertension.....	43
Employer-based complementary health insurance	22	Chronic diseases.....	44
Redistribution	22	Mortality	45
Pension schemes	23	Maternal health.....	45
Social security	25	Self-assessed health	45
		Smoking.....	47
		Occupational health.....	48
PREVENTION	27	ELDERLY	55
Cancer	27	Health care accessibility	55
Screening.....	27	Social capital.....	55
Disease management.....	28	Dependency	55
Quality of care	30	Health status.....	57
International trips	30	Housing.....	58
		Ageing policy	58
		Health care utilisation	58
		Retirement.....	59
		Informal care.....	60

HEALTH INEQUALITIES.....61	HEALTH PROFESSIONS..... 98
Health care accessibility.....61	Interprofessional collaboration..... 98
Discrimination.....62	Nurses..... 98
Life expectancy.....63	Professional mobility..... 100
Social health inequalities.....63	Hospital workers..... 100
Migrants.....71	
Unmet needs.....71	PHARMACEUTICALS 101
	Conflicts of interests..... 101
GEOGRAPHY OF HEALTH72	Drugs counterfeits..... 101
Regional health agencies.....72	Generic drugs..... 101
Area planning.....73	Pharmaceutical industry..... 102
Local authorities.....74	Medical innovation..... 103
Distance.....74	Lists..... 104
Contextual effects.....75	Orphan drugs..... 105
Ile-de-France.....76	Drug safety..... 105
Lozère.....76	Drug policy..... 107
Therapeutic models.....76	Prescription..... 107
Psychiatry.....77	Pricing..... 109
	Price controls..... 110
PRIMARY HEALTH CARE79	Reimbursement..... 111
Medical demography.....79	Pharmaceutical sales representatives..... 111
Ethics.....80	
Continuing medical education.....80	MEDICAL TECHNOLOGIES 112
Economic incentives.....81	Telemedicine..... 112
Patient-centered medical homes.....81	Telecare..... 112
Family physicians.....82	
Health care organisation.....83	FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS 113
Performance.....85	Germany..... 113
Quality of care.....85	Canada..... 113
Payment.....86	United States..... 114
Patient satisfaction.....88	Comparative study..... 115
Sociology of health.....88	Italy..... 115
	Norway..... 116
HOSPITAL.....90	The Netherlands..... 116
Ambulatory surgery.....90	Quebec..... 117
Adverse drug events.....90	United Kingdom..... 117
Financing.....91	Switzerland..... 118
Home-based hospital.....91	
Avoidable hospitalisation.....92	PREVISION - EVALUATION 119
Hospital acquired infections.....92	Cost effectiveness analysis..... 119
Performance.....94	Cost utility analysis..... 120
Quality of care.....94	Health insurance..... 120
Hospital Reform.....95	Benchmarking..... 121
Hospital payment system.....95	Technological innovations..... 121
Waiting times.....97	Public policy..... 122
	Services utilization..... 122

Vignette	122		
► METHODOLOGY-STATISTICS.....	124	► ECONOMY	131
Depression.....	124	Consumption.....	131
Economic evaluation	124	Information and communication	
Medical Information Systems Program		technologies (ICT).....	131
.....	125		
Testing.....	125	► LAW	133
► DEMOGRAPHY-LIVING CONDITIONS	127	Medical malpractices	133
.....		Occupational medicine.....	133
Disability free life expectancy	127	Legal protection of adults.....	134
Demographic indicators	127	Pharmaceutical laws.....	134
Matrimonial status	129	European Union	134

Next issue: End of December 2011

**Reading
a notice****Comment lire
une notice ?**

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

**Meaning of
abbreviations****Signification
des abréviations**

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

Références bibliographiques

Bibliographic notices

Politique de santé/Health policy

Agences sanitaires Health agencies

47593
ARTICLE

Les directions opérationnelles de l'Afssaps.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/05/19 ; n° 743 : Pages : 6-10
Cote Irdes : P72

Le Journal officiel du 4 mai 2011 a publié la décision du nouveau directeur général de l'Afssaps, Dominique Maraninchi, portant réorganisation de l'Agence qui remplace celle mise en place le 12 juillet 1999. Cet article aborde les principales directions opérationnelles de l'établissement public : la direction de l'évaluation des médicaments et des produits biologiques, la direction de l'inspection et des établissements, la direction des laboratoires et des contrôles.

46833
ARTICLE

Réforme des agences de santé : les propositions du rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments (Rapport Debré-Even).

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011 ; n° 736 : Pages : 6-10
Cote Irdes : P72

Le rapport de la mission sur « la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurisation des médicaments » prône une refondation des agences de santé. Ce dossier expose les principales propositions de réforme des agences de santé formulées par les auteurs qui s'articulent autour de huit principes généraux qui sous-tendent chacune d'entre elles : éthique, fonctionnalisme,

médicalisation, compétence, indépendance, exigence, responsabilité et réactivité

Crise sanitaire Health crisis

47558
FASCICULE
GILBERT (C.)

Les différentes facettes des crises sanitaires.

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 12 : Pages : 4p.
Cote Irdes : C, en ligne
http://www.iresp.net/imgs/publications/11040713483_6_qspn-12-crisis-sanit.pdf

Divers types d'analyses existent pour décrire le phénomène des crises sanitaires. On peut les voir comme le produit de dysfonctionnements dans la gestion des risques sanitaires, ayant par la suite un retentissement social et politique, ou au contraire comme étant avant tout la conséquence de dynamiques sociales et politiques initiées par des acteurs extérieurs au champ de la Santé Publique. Certaines crises peuvent également être lues comme révélatrices de jeux de pouvoirs impliquant des acteurs du champ même de la Santé Publique. La multiplicité de ces angles de vue montre qu'il n'est pas aisé de décrire avec un modèle unique ce que l'on entend par « crise sanitaire ».

Décentralisation
Decentralisation

47590

FASCICULE

BREMNER (J.), GREER (S.L.), DURAN (A.),
MAGNUSSEN (J.)

**Les complexités de la
décentralisation.**

The complexities of decentralisation.

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

2011 ; vol. 13 ; n° 1 ; Pages : 12p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/
135664/EuroObserver13_1.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf)

A common challenge across the majority of countries in Europe is finding the appropriate level for the making and implementation of policy and administration, particularly in health care. Many countries have decentralized, recentralized and then decentralized again in an ongoing cycle, searching the right balance of efficiency and responsiveness in their health care system. Looking at the arguments for and against, in many cases the same reasons are used to justify movement in opposite directions. So is decentralization purely a politically driven phenomenon or is it the wrong instrument used for the right objective? (D'après l'introduction).

Droits des malades
Patients rights

47709

FASCICULE

MENARD (D.) / dir., COGNARD (S.), BARKAT
(S.M.) et al.

Résister pour soigner : dossier.

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE
UTOPIQUE

2011/04 ; n° 53 ; Pages : 93p.

Cote Irdes : B7051

Ce travail collectif, élaboré par des praticiens et par des chercheurs, rend compte de la révolte et de la résistance chez les soignants comme chez les patients et les usagers de la médecine ; mais aussi, dans tous les lieux (de travail, d'éducation, de service public) affrontés aux destructions politiques aujourd'hui à l'œuvre. Face à l'intimité des problèmes de santé et contre la dégradation des politiques publiques, ce numéro veut impulser le sens d'une résistance collective. Dans cette perspective, la question de la solidarité est centrale. Les récentes réglementations discriminatoires, à l'encontre des étrangers, à l'encontre des personnes incarcérées, ou à l'encontre des patients suivis en psychiatrie, font passer pour légales des mesures que nous dénonçons comme illégitimes. Et les soignants, comme les citoyens en général, s'exposent eux-mêmes aux représailles en défendant le droit des personnes.

47166

ARTICLE

SAOUT (C.)

**L'intention démocratique et
l'attention technocratique.**

Les agences régionales de santé, un an après.
Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2011/03 ; n° 74 ; Pages : 44-45

Cote Irdes : P, P49

Le président du Collectif interassociatif sur la santé présente le regard des représentants des usagers de santé sur la réforme de la gouvernance régionale de santé et notamment

sur leur place au sein du dispositif. Il met en avant l'absence réelle de démarche participative pour l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS) ainsi qu'une « domination » des agences régionales de santé (ARS) sur les conférences régionales de santé et de l'autonomie.

Handicap Disability

47370
ARTICLE
BLATGE (M.)

Le handicap : objet de négociation collective ou de communication ?

REVUE DE L'IRES (LA)
2010/04 ; n° 67 : Pages : 123-136
Cote Irdes : P178
<http://www.ires-fr.org/index.php/publications/larevue-de-ires>

Depuis quelques années, le monde économique, contraint par le droit, s'empare de la thématique de l'insertion des travailleurs handicapés par le biais d'accords libératoires. Ces derniers constituent une des réponses possibles à l'obligation légale – réaffirmée par la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » - faite aux employeurs de plus de vingt salariés d'embaucher un quota de travailleurs handicapés. Ces accords peuvent être signés et mis en œuvre à différents niveaux, que ce soit au sein d'une branche professionnelle, d'un groupe, d'une entreprise ou encore d'un établissement. En se basant sur les résultats d'une enquête sur la négociation collective et la mise en œuvre de ces accords libératoires, cet article analyse comment les acteurs ont réalisé des actions de communication autour de cette thématique.

Politique sociale Social policy

47824
FASCICULE
DUVOUX (N.), MARC (C.), PUCCI (M.) et al.
Caisse Nationale d'Allocations Familiales.
(C.N.A.F.). Paris. FRA

Les politiques de lutte contre la pauvreté.

Lutte contre la pauvreté : fondements de l'intervention publique et effets des politiques.
2010/04
RECHERCHES ET PREVISIONS
2011/06 ; n° 104 : Pages : 121p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : c, P190
<http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/VueLien/POLITIQUESSOCIALESFAMILIALES104SOMMAIRE?openDocument>

Ce numéro de la publication de la CNAF rend compte d'un colloque scientifique « Lutte contre la pauvreté : fondements de l'intervention publique et effets des politiques », organisé le 4 octobre 2010 par la Direction des Statistiques, des Études et de la Recherche de la caisse nationale. Les articles publiés dans ce numéro reprennent quelques-unes des communications.

46751
FASCICULE
FRASER (H.), MARLIER (E.), NICAISE (I.)
COURARD (P.) / préf.

Feuille de route pour l'inclusion sociale pour l'Europe 2020.

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE
2010 ; vol. : n° 3 : Pages : 538p.
Cote Irdes : P196
<http://mi-is.be/be-fr/doc/general/target1022968enfr-i-roadmap-2020doc>

Cet ouvrage sur l'inclusion sociale dans l'Union européenne se compose de quatre chapitres principaux. Le Chapitre 1 dresse le contexte général de l'UE pour l'étude en résumant brièvement les principaux éléments et les leçons clés tirées du volet inclusion sociale de la Méthode ouverte de coordination sociale (MOC) entre 2000 et 2010. Il fait également plusieurs suggestions sur la manière dont la

MOC sociale (en particulier son volet sur l'inclusion sociale) pourrait être renforcée au cours de la période post 2010, et plus précisément dans le contexte de « l'agenda Europe 2020 ». Les Chapitres 2, 3 et 4 sont des chapitres thématiques ; le Chapitre 2 se concentrant sur la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants, le Chapitre 3 sur l'inclusion active et le Chapitre 4 sur le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement. Les trois chapitres thématiques se basent sur le riche matériel développé par rapport à chacun de ces thèmes durant les 10 années de la MOC sociale. Chaque chapitre thématique commence par l'examen de la situation au niveau de l'UE et est ensuite suivi par une analyse approfondie de la situation spécifique en Belgique. Il se termine par un paragraphe présentant les principales conclusions au niveau de l'UE et proposant des recommandations concrètes pour renforcer l'action de l'UE dans ces domaines. Le Chapitre 5 étudie des stratégies visant à faire de l'inclusion sociale une pierre angulaire des politiques de l'UE et des Etats membres. Enfin, le Chapitre 6 rassemble les conclusions générales.

Réforme Reform

47588
ARTICLE

CLAUSENER (M.), VANDENDRIESSCHE (M.)

Jean-Pierre Fourcade, sénateur des Hauts-de-Seine : « il fallait regagner la confiance des médecins ».

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2011/05/28 ; vol. : n° 2884 ; Pages : 8-9
Cote Irdes : P44

La proposition de loi Fourcade, dont l'objectif est d'amender et d'améliorer l'application de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (Loi HPST), comprend 33 articles. Certains d'entre eux concernent les pharmaciens d'officine, les

biologistes et les médecins libéraux. Cet article en fait une analyse.

47359
FASCICULE

LARD (B. de), TANGUY (H.), GALY (M.) et al.
BERGOIGNAN-ESPER (C.) / éd.

Loi HPST : un an déjà ! Mise en perspective. Dossier.

ACTUALITES JURISANTE
2010/09-10 ; vol. : n° 71 ; Pages : 36p., tabl.
Cote Irdes : B7025

Ce dossier fait le bilan de la loi Hôpital Patients Santé Territoires après une année de mise en place. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Centre de droit de Jurisante a préféré consacrer l'analyse à certaines problématiques particulières : la gouvernance hospitalière, la coopération des professionnels de santé, le nouveau statut des ESPCI (Etablissements de santé privés d'intérêt collectif) et la télémédecine.

47167
ARTICLE

JAEGER (M.)

L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social.

Les agences régionales de santé, un an après.
Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; vol. : n° 74 ; Pages : 46-48
Cote Irdes : P, P49

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a pour objectif le décloisonnement entre les dispositifs sanitaires, d'une part, et les dispositifs sociaux et médico-sociaux, d'autre part. Cet article fait le point sur les changements introduits par la loi sur le secteur social et médico-social. Il s'interroge également sur la conception extensive de la santé portée par la loi.

47162

ARTICLE

DE POUVOURVILLE (G.)

Historique et objectifs de la réforme.

Les agences régionales de santé, un an après.

Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2011/03 ; n° 74 ; Pages : 12-16

Cote Irdes : P, P49

La première partie de cet article rappelle les grandes étapes de montée en puissance de l'Etat dans le domaine de la santé. Puis, la seconde partie revient sur la réforme introduite par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) avec notamment la création des agences régionales de santé (ARS), réforme qui constitue un aboutissement du double mouvement d'étatisation et de déconcentration territoriale.

Protection sociale/Social protection

Affections de longue durée Long-term diseases

47512

ARTICLE

REGNARD (P.), SAUZE (L.), HA-VINH (P.)

Affections de longue durée et différences de morbidité entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/01-03 ; vol. : n° 1 : Pages : 1-9, fig.

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1101_ALD_des_salaries_et_des_independants.pdf

L'objectif de cette étude était de connaître le sens et l'ampleur des différences de morbidité entre les salariés et la population des professions indépendantes, regroupée au sein du Régime social des indépendants (RSI).

Aide sociale Welfare benefits

47080

FASCICULE

MANSUY (M.), LACROIX (S.)

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

Aides sociales à l'insertion et aux personnes âgées. Les situations contrastées des départements.

INSEE PREMIERE

2011/04 ; n° 1346 : Pages : 4p., 3 carte

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1346/ip1346.pdf>

Les conseils généraux sont des acteurs majeurs de l'action sociale. En 2009, 3,3 millions de personnes perçoivent une aide sociale

du département dans lequel ils vivent, dont 2,7 millions dans les domaines de l'aide sociale à l'insertion et aux personnes âgées. Logiquement, l'attribution du revenu de solidarité active (RSA socle) est plus fréquente là où les taux de pauvreté sont les plus élevés. Le lien entre la pauvreté des personnes âgées et les prestations qui leur sont destinées est également fort.

Comptes de la protection sociale Social protection accounts

47292

FASCICULE

CAICEDO (E.), KOUBI (M.), YANAT-IRFANE (A.)

Ministère chargé de la Santé. (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 comptes de la protection sociale en 2009.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/02 ; vol. : n° 153 : Pages : 119p., tabl., graph., annexes

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat153-2.pdf>

En 2009, les dépenses de protection sociale s'élèvent à 624,5 milliards d'euros. Le montant des prestations de protection sociale en représente la plus grande partie : 597,6 milliards d'euros. Celles-ci sont en augmentation de 4,7 % par rapport à l'année 2008, marquant une accélération par rapport au rythme de la deuxième moitié de la décennie. En raison de la baisse concomitante du produit intérieur brut (-2,1 % en valeur), la part des prestations de protection sociale dans le PIB augmente sensiblement pour s'établir à 31,3 % en 2009. Outre les dépenses relevant des risques maladie et vieillesse-survie, qui

représentent presque les trois quarts du montant des prestations, la croissance des dépenses est tirée par la forte hausse du chômage et la généralisation du Revenu de solidarité active (RSA). La crise économique affecte surtout les ressources de la protection sociale : leur croissance est fortement ralentie (+0,7 % en 2009) mais elle reste néanmoins supérieure à celle des administrations publiques qui sont, pour leur part, en forte diminution.

Fraudes sociales

Social frauds

47059

FASCICULE

SAUVE (J.M.), BELMOUNES (T.), BIGOT (C.) et al.

Fraudes et protection sociale : les entretiens du Conseil d'Etat.

DROIT SOCIAL

2011/05 ; n° 5 ; Pages : 480-604

Cote Irdes : P109

Le droit relatif à la fraude en matière sociale **n'est pas un droit nouveau, mais il s'est considérablement développé** depuis la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie. **L'on peut mentionner, parmi les principales étapes de sa construction, l'instauration d'une procédure de répression des abus de droit en matière sociale par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 ; ou encore la nouvelle architecture administrative dédiée à cet objectif, au travers notamment de la création, en 2008, d'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude et des comités départementaux de lutte contre la fraude sociale. Cette construction s'est également manifestée par des évolutions jurisprudentielles.** Parmi elles, on peut mentionner les récents arrêts de la Cour de cassation qui, en appréciant les règles de cumul des indemnités dues en cas de **licenciement, ont renforcé l'indemnisation** du travail dissimulé. Ce fascicule rend

compte des entretiens du Conseil d'Etat du 11 février 2011 portant sur deux axes : **affirmer la légitimité de l'objectif de lutte contre la fraude sociale, déterminer les conditions de l'efficacité et de l'effectivité du corpus juridique qui met en œuvre cet objectif.** (D'après l'ouverture des Entretiens).

Protection complémentaire

Supplementary health insurance

48005

ARTICLE

CRIE (D.)

Le marketing des complémentaires santé.

Assurance et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 31 ; Pages : 73-83

Cote Irdes : P168

Dans un secteur complexe, en recomposition, hautement concurrentiel et incertain, les acteurs de la complémentaire santé explorent plusieurs voies pour tenter de conserver une rentabilité grevée par un désengagement continu et inexorable des régimes obligatoires. Le marketing pourrait alors paraître comme **l'outil providentiel pour une bataille de parts de marché, mais sans réelle différenciation, certains enjeux peuvent en cacher d'autres.**

48003

ARTICLE

LAXALT (J.M.)

L'Unocam et la négociation avec les professionnels de santé.

Assurance et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 31 ; Pages : 55-61

Cote Irdes : P168

La loi de 2004 **relative à l'assurance maladie a voulu associer les organismes complémentaires aux négociations avec les professionnels de santé pour une régulation tripartite du système de soins.** Dans un premier temps,

les syndicats pouvaient s'y opposer (les dentistes l'ont fait) ; le Parlement a renforcé la participation de l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance maladies) aux négociations. Un accord tripartite Unocam-Unocam-syndicats de médecins est intervenu dans le « secteur optionnel » pour les honoraires chirurgicaux. Sans mise en œuvre. La négociation de la convention médicale en 2011 est un nouveau rendez-vous décisif.

48002

ARTICLE

DREYFUS (M.)

L'histoire de la Mutualité : quatre grands défis.

Assurance et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 31 : Pages : 49-54

Cote Irdes : P168

La Mutualité est le mouvement social français le plus ancien et le plus important, ce qui explique que son histoire soit d'une particulière richesse. Elle s'est déclinée depuis deux siècles autour de quatre principes qui, aujourd'hui encore, doivent servir de boussole aux mutualistes. Liberté, démocratie, solidarité, indépendance sont les principes qui constituent le fondement de l'action mutualiste. Ils forment un tout, ils sont le « carré magique » qui doit guider l'action des mutualistes. Ces principes ne peuvent être dissociés ni séparés : que l'un d'entre eux soit bafoué et tout l'édifice s'effondre.

47290

FASCICULE

GARNERO (M.), RATTIER (M.O.)

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).

Direction de la Recherche - des Études de

l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).

Paris. FRA

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

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/02 ; n° 151 : Pages : 62p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriostat151.pdf>

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats de couverture complémentaire santé les plus souscrits auprès de chaque organisme. Ce document décrit dans une première partie le marché de la complémentaire santé. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Enfin, la troisième partie du document présente d'une part l'ensemble des variables exploitables de l'enquête et d'autre part quelques statistiques descriptives concernant quelques-unes des principales variables de l'enquête.

47181

FASCICULE

GARNERO (M.), RATTIER (M.O.)

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).

Direction de la Recherche - des Études de

l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).

Paris. FRA

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/02 ; n° 752 : Pages : 8p., tabl.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er752.pdf>

L'enquête annuelle auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits au sein de chaque organisme. Pour la première fois, sur l'exercice 2008, l'enquête permet de connaître la structure par âge des assurés de chacun de ces contrats. Il est désormais possible d'apprécier les garanties des assurés en fonction de leur âge. Quels types de contrats sont souscrits selon l'âge des assurés ? Les organismes complémentaires cherchent-ils à segmenter le marché ? Les garanties proposées par les contrats de complémentaire santé dépendent-elles de l'âge des adhérents ? À quel âge les assurés bénéficient-ils de la meilleure couverture complémentaire santé ? L'enquête montre que 43 % des assurés d'âge actif sont couverts

par un contrat collectif. Ceux-ci bénéficient donc plus souvent de garanties élevées que les assurés des autres tranches d'âge. Contrairement à de nombreuses garanties souvent plus favorables aux assurés les plus jeunes ou d'âge actif, la prise en charge des prothèses auditives est meilleure pour les assurés en individuel les plus âgés. La couverture des jeunes assurés pour une paire de lunettes à verres complexes est quant à elle très inférieure à celle de leurs aînés.

46817

FASCICULE

GUTHMULLER (S.), JUSOT (F.), WITTEWER (J.), DESPRES (C.) / coll.

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

Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2011/02 ; n° 162 ; Pages : 8p.

Cote Irdes : QES 162

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes162.pdf>

L'Aide complémentaire santé (ACS), ou « chèque santé », a été mise en place en 2005 pour réduire le coût de la couverture complémentaire santé des ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Afin d'en comprendre les motifs, une expérimentation sociale a été menée à Lille auprès d'un échantillon d'assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources. Les résultats de cette expérimentation montrent notamment que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les personnes effectivement éligibles. Ils confirment aussi que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17 % des assurés de cette expérimentation ont fait une demande d'ACS. De plus, seuls 9 % des assurés invités à participer à une réunion d'information sur le

dispositif y ont effectivement assisté, et l'invitation à cette réunion a largement découragé les autres assurés. Enfin, seuls 55 % des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées. Cette incertitude importante sur l'éligibilité au dispositif est certainement un frein s'ajoutant à la complexité des démarches

DEVLIN (R.A.), SARMA (S.), ZHANG (Q.).

The role of supplemental coverage in a universal health insurance system: Some Canadian evidence.

Le rôle de la couverture complémentaire dans un système d'assurance maladie universelle : quelques évidences canadiennes.

HEALTH POLICY

2011 ; vol. 100 ; n° 1 : 81-90.

Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: To examine the effect of supplemental health insurance for prescription drug coverage on health care utilization as measured by the number of visits to physicians in a setting with incomplete public insurance coverage. METHODS: A latent-class modeling approach is used to capture the presence of latent heterogeneity in the utilization of physician services. The insurance variable is grouped into three different types, depending upon how it is provided - by government, employers, or private companies. The data for this study come from the Ontario component of the Canadian Community Health Survey 2005, a representative sample of the Ontario population, conducted by Statistics Canada. RESULTS: We find that physician health care utilization responds to the presence and type of insurance, and that the results vary substantially across different types of individuals based on unobservable health status characterized by two latent classes: low users (healthy) and high users (less healthy). CONCLUSIONS: The fact that not all individuals have access to supplemental insurance for prescription drug coverage calls into question the universality of public insurance that does not cover important

complementary services, such as outpatient prescription drugs.

Protection complémentaire d'entreprise
Employer-based complementary health insurance

ABELSEN (B.)

Pay scheme preferences and health policy objectives.

Préférences pour des schémas de paiement et objectifs de politique de santé.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2011 : vol. 6 : n° 2 : 157-173.
Cote Irdes : P197

This paper studies the preferences among healthcare workers towards pay schemes involving different levels of risk. It identifies which pay scheme individuals would prefer for themselves, and which they think is best in furthering health policy objectives. The paper adds, methodologically, a way of defining pay schemes that include different levels of risk. A questionnaire was mailed to a random sample of 1111 dentists. Respondents provided information about their current and preferred pay schemes, and indicated which pay scheme, in their opinion, would best further overall health policy objectives. A total of 504 dentists (45%) returned the questionnaire, and there was no indication of systematic non-response bias. All public dentists had a current pay scheme based on a fixed salary and the majority of individuals preferred a pay scheme with more income risk. Their preferred pay schemes coincided with the ones believed to further stabilize healthcare personnel. The predominant current pay scheme among private dentists was based solely on individual output, and the majority of respondents preferred this pay scheme. In addition, their preferred pay schemes coincided with the ones believed to further efficiency objectives. Both public and private dentists believed that pay schemes, furthering efficiency objectives, had to include

more performance-related pay than the ones believed to further stability and quality objectives.

Redistribution
Redistribution

47943

ARTICLE

IVERSEN (T.), SOSKICE (D.)

Inequality and redistribution : A Unified Approach to the Role of Economic and Political Institutions.

Inégalité et redistribution : une approche unifiée du rôle des institutions économiques et politiques.

REVUE ECONOMIQUE
2011/07 : vol. 62 : n° 4 : Pages : 629-649, tabl., graph.
Cote Irdes : P57

Cet article explique la persistance de disparités dans les niveaux d'inégalité et de protection sociale au sein des économies développées en termes de variétés de capitalismes et de systèmes politiques. Là où le capitalisme est coordonné, comme en Europe du Nord, les systèmes politiques sont fondés sur le consensus et les élections se font à la proportionnelle ; la politique de consensus et le capitalisme coordonné se renforcent mutuellement pour engendrer un niveau d'inégalité relativement faible et un haut niveau de protection sociale. Là où le capitalisme est libéral, dans les pays anglo-saxons, les systèmes politiques sont concurrentiels avec un système électoral majoritaire : le renforcement mutuel du système politique et du type de capitalisme produit une relative inégalité de revenu et une protection sociale réduite à un filet de sécurité. Les deux systèmes peuvent soutenir des économies potentiellement compétitives au plan international, avec différents avantages comparatifs institutionnels et des succès dans différents secteurs du marché mondial.

Retraites
Pension schemes

47833

FASCICULE , INTERNET

DI PORTO (A.)

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

***Les retraites pour inaptitude :
comparaison avec les retraites
normales.***

CAHIERS DE LA CNAV (LES)

2011/06 ; n° 3 : Pages : 98p.

Cote Irdes : En ligne

<https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBPrincipale/Qui-Sommes-Nous/Documentation-Institutionnelle/Publications-Institutionnelles/publication/Cahiers-Cnav-03?packedargs=null>

Le dispositif de la retraite pour inaptitude existe depuis les premières législations en matière d'assurance vieillesse, mais demeure peu connu. En 2010, la Cnav a conduit une série de travaux visant à parfaire la connaissance de ces bénéficiaires, communément distingués en deux sous-groupes : ceux qui disposaient déjà, avant 60 ans, d'une pension d'invalidité, et ceux dont la reconnaissance de l'inaptitude a été faite au moment du passage en retraite. Ces travaux comparent les caractéristiques et les trajectoires de ces bénéficiaires, à celles des retraités bénéficiant d'une pension dite « normale ».

47530

FASCICULE

BONNET (C.), DESTRE (G.), BENALLAH (S.),
NZE-OBAME (J.H.), ARRONDEL (L.),
MASSON (A.), ALBERT (C.), OLIVEAU (J.B.),
LEGENDRE (B.), LORD (S.)
LEGROS (F.) / introd., ROZENKIER (A.) /
introd.

***Comportements face à la retraite :
approche économique.***

RETRAITE ET SOCIETE

2011/02 ; n° 60 : Pages : 282p., fig., tabl.

Cote Irdes : C, P63

Le débat sur la récente réforme des régimes de retraite s'est souvent focalisé sur les règles :

âge minimal de départ à la retraite, âge auquel le taux plein est acquis, conditions de départs anticipés... Une fois ces paramètres fixés, le débat se concentre ensuite sur les résultats « mécaniques » : est-il juste ou injuste que certains partent plus tardivement à la retraite qu'initialement prévu ? Le changement de règles aura-t-il les effets attendus sur l'équilibre financier des régimes de retraite ? (4e de couverture.).

47487

FASCICULE

ANDRIEUX (V.), CHANTEL (C.)

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).

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

Les retraites perçues fin 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/04 ; vol. : n° 758 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er758-2.pdf>

Fin 2008, 13,4 millions de retraités de droit direct, vivant en France, perçoivent une pension de droit propre, acquise en contrepartie de l'activité professionnelle passée. Le montant de cette pension s'élève à 1 245 euros par mois en moyenne. Une fois pris en compte les droits dérivés et les avantages accessoires, la pension des femmes atteint 67 % de celle des hommes. En revanche, la pension de droit direct des femmes, dont les carrières sont plus courtes et moins bien rémunérées, équivaut en moyenne à 53 % de celle des hommes. En quatre ans, l'avantage principal de droit direct moyen a crû de 13 % sous l'effet des revalorisations et du renouvellement de la population des retraités. L'augmentation a été particulièrement soutenue pour les femmes en raison de l'amélioration significative des carrières féminines au fil des générations.

47486

FASCICULE

ANDRIEUX (V.), AUBERT (P.),
BARTHELEMY (N.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Etudes de
l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

Les retraités et les retraites en 2009.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/04 ; vol. : n° 757 ; Pages : 5p., graph.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er757.pdf>

Près de 15 millions de personnes, vivant en France ou à l'étranger, sont retraitées de droit direct d'au moins un régime français en fin d'année 2009. Depuis 2006, ces retraités sont plus nombreux d'environ 350 000 à 400 000 personnes chaque année. Cette croissance ralentit néanmoins en 2009, du fait principalement de la restriction des conditions d'accès au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. La pension moyenne tous régimes confondus s'établit à 1 194 euros mensuels. Elle augmente en moyenne de 3 % par an depuis 2004, soit une croissance supérieure à l'inflation annuelle moyenne d'environ 1,3 point. Cette évolution est portée essentiellement par l'effet de noria, c'est-à-dire le remplacement des retraités les plus âgés, décédés en cours d'année, par de nouveaux retraités disposant généralement de carrières salariales plus favorables.

47299

FASCICULE

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

***Profils individuels des revenus
d'activité au cours de la carrière :
quelles conséquences sur le niveau
des pensions de retraite ?***

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES

2010/12 ; vol. : n° 103 ; Pages : 45p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud103.pdf>

En début de carrière, la pente moyenne des revenus d'activité selon l'âge est d'autant plus élevée que les personnes sont à hauts revenus. En deuxième partie de carrière (après 40 ans) la plupart des personnes ont un revenu d'activité stable. Les revenus d'activité ou salaires « exceptionnels », que ce soit vers le haut ou vers le bas, sont par ailleurs beaucoup plus fréquents pour les personnes à bas revenus. La règle de calcul du salaire (ou revenu d'activité) annuel moyen sur les 25 meilleures années plutôt que sur l'ensemble de la carrière - régime général et régimes alignés - pour calculer le montant des pensions, devrait avantager en premier lieu les personnes à très hauts revenus et les personnes à plus bas revenus. En pratique, deux dispositifs nuancent fortement ce résultat : le plafonnement des salaires portés au compte, d'une part, et le minimum contributif, d'autre part.

Sécurité sociale
Social security

47602

ARTICLE

MILLS (C.)

Le modèle français de Sécurité sociale : un modèle à défendre et à promouvoir.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/04 ; Pages : 33-38

Cote Irdes : B7031

Cet article relate l'évolution du système de protection sociale, de sa création en 1945 à sa situation actuelle.

47113

FASCICULE

NEZOSI (G.) / dir.

La gouvernance de la Sécurité sociale : un institution en quête de régulation.

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2010/12 ; n° 979-980 ; Pages : 189p., tabl.

Cote Irdes : A4185

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/information/espace-presse/2011/gouvernance-securite-sociale-institution-regulation.shtml>

Cet article décrit la gouvernance de la Sécurité sociale depuis sa création, et remet en perspective la régulation du système français. Engagés dans le comblement des déficits, les organismes de Sécurité sociale voient leur mode de fonctionnement se transformer en profondeur depuis plusieurs années. Les partenaires sociaux, auparavant placés au centre du système, se trouvent marginalisés **au profit d'autres acteurs** : professionnels, **Parlement, usagers...** La **puissance publique** est quant à elle renforcée. La Sécurité sociale, historiquement marquée du sceau de la « démocratie sociale », glisse progressivement vers un mode de gouvernement mi-étatique, mi-paritaire. Face à une organisation complexe et éclatée en différents régimes, l'Etat adopte ainsi de **nouvelles modalités d'intervention** qui laissent plus de place à l'évaluation, au

partenariat et à la contractualisation – consacrant de fait l'entrée de la Sécurité sociale dans l'ère de la gouvernance. Les thèmes abordés dans ce numéro sont : la création du système après-guerre et l'objectif de « démocratie sociale » ; l'évolution du rôle des différents acteurs dans la gestion (question du paritarisme et de l'intervention de l'État) ; le problème du financement ; la réorganisation du système et l'apparition de nouveaux intervenants et structures (contrôle parlementaire, agences régionales de santé, contre-pouvoirs, usagers...).

46968

FASCICULE

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

La Sécurité sociale et les migrants : défis stratégiques et réponses.

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

2011/04 ; n° 17 ; Pages : 4p.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.issa.int/fre/Ressources/Perspectives-en-politique-sociale>

Ce numéro explique les tendances actuelles et futures des mouvements migratoires mondiaux, discute des défis auxquels sont confrontés les migrants en matière de protection sociale. Il expose les politiques à adopter pour améliorer la protection sociale **des migrants et conclut qu'un meilleur accès** des migrants aux régimes de Sécurité sociale contributive est nécessaire mais pas suffisant, puisque ces régimes restent embryonnaires dans de nombreux pays.

46750
ARTICLE

Un citoyen du monde sur quatre bénéficie d'une couverture sociale.

PROBLEMES ECONOMIQUES
2011/03/16 ; vol. : n° 3015 : Pages : 9-13, 2 graph.,
carte
Cote Irdes : P100

La protection sociale revêt deux dimensions : la sécurité des revenus et l'accès aux soins médicaux. La mesure de l'étendue de la protection sociale se fait sur chacune des trois branches principales (soins médicaux, retraite et chômage) définies par la norme minimum de la convention sur la Sécurité sociale de 1952.

Le dernier rapport mondial sur la Sécurité sociale dans le monde de l'Organisation internationale du travail (OIT), montre que seul un tiers des pays dans le monde - soit 28 % de la population mondiale - est doté de systèmes de protection sociale comportant l'ensemble des branches telles que définies dans la convention. Si, dans les pays du Sud, la couverture sociale s'étend peu à peu, celle-ci concerne néanmoins essentiellement les employés du secteur formel, et en particulier ceux du secteur public et des grandes entreprises.

Prévention/Prévention

Cancer Cancer

PONS-VIGUES (M.), PUIGPINOS-RIERA (R.),
RODRIGUEZ-SANZ (M.), SERRAL (G.),
PALENCIA (L.), BORRELL (C.)

Preventive control of breast and cervical cancer in immigrant and native women in Spain: the role of country of origin and social class.

Contrôle préventif du cancer du sein et du col de l'utérus chez les immigrées et les femmes d'origine espagnole : le rôle du pays d'origine et de la classe sociale.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2011 : vol. 41 : n° 3 : 483-499.

Cote Irdes : P35

The study describes the periodic use of cervical and breast cancer screening by women residing in Spain, according to their country of origin, and analyzes whether the observed associations are modified by social class. A cross-sectional design was used, with the study population consisting of women residing in Spain in 2006, ages 25-65 years (N = 10,093) and 40-69 years (N = 6674) in the cervical and breast cancer screening groups, respectively. The information source was Spain's National Health Survey of 2006. The dependent variables were: undergoing periodic cervical cancer screening (every 5 years or less) and breast cancer screening (every 2 years or less). The independent variables were: country of origin, social class, health care coverage, cohabitation, and age. A descriptive analysis was carried out, and robust Poisson regression models were fitted. Women from low-income countries underwent fewer periodic screening exams for cervical cancer and breast cancer. Independent of country of origin, women from the manual classes underwent fewer screening exams than

those from the non-manual classes. In the 50-69 years age group, it was mainly women from the manual classes from low-income countries who underwent fewer periodic mammograms. Having only public health care coverage and not cohabiting with a partner were also associated with lower prevalences of use.

Dépistage Screening

47717

ARTICLE

JUNOT (B.)

Faut-il dépister le cancer du sein après 75 ans ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/05 ; vol. 7 : n° 5 : Pages : 222-228, 4 tabl.
Cote Irdes : P198

En janvier 2000, un célèbre article paru dans le Lancet répondait par la négative à la question : « Le dépistage du cancer par mammographie est-il justifié ? ». Le débat qui a suivi s'est nourri des divergences entre résultats des essais contrôlés. Pour contrer l'argument selon lequel les essais menés en population sont d'autant moins favorables au dépistage que les conditions de validité du protocole d'étude furent mieux respectées, des partisans de l'épidémiologie clinique ont rétorqué en s'appuyant notamment sur l'observation du meilleur pronostic des patientes diagnostiquées tôt. L'auteur de l'évaluation critique de la mammographie de dépistage a alors relevé, dans l'argumentation de ses contradicteurs, l'hypothèse discutable d'une validité équivalente des diagnostics selon qu'ils résultent ou non d'un dépistage. La riposte fut une attaque sur ses a priori personnels.

47074

ARTICLE

AYYAGARI (P.), GROSSMAN (D.), SLOAN (F.)

Education and health: evidence on adults with diabetes

Education et santé : évidences sur des adultes souffrant de diabète.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE FINANCE AND ECONOMICS

2011/03 ; vol. 11 : n° 1 : Pages : 35-54, tabl., fig., annexes

Cote Irdes : P195

Although the education-health relationship is well documented, pathways through which education influences health are not well understood. This study uses data from a 2003–2004 cross sectional supplemental survey of respondents to the longitudinal Health and Retirement Study (HRS) who had been diagnosed with diabetes mellitus to assess effects of education on health and mechanisms underlying the relationship. The supplemental survey provides rich detail on use of personal health care services (e.g., adherence to guidelines for diabetes care) and personal attributes which are plausibly largely time invariant and systematically related to years of schooling completed, including time preference, self-control, and self-confidence. Educational attainment, as measured by years of schooling completed, is systematically and positively related to time to onset of diabetes, and conditional on having been diagnosed with this disease on health outcomes, variables related to efficiency in health production, as well as use of diabetes specialists. However, the marginal effects of increasing educational attainment by a year are uniformly small. Accounting for other factors, including child health and child socioeconomic status which could affect years of schooling completed and adult health, adult cognition, income, and health insurance, and personal attributes from the supplemental survey, marginal effects of educational attainment tend to be lower than when these other factors are not included in the analysis, but they tend to remain statistically significant at conventional levels.

Education thérapeutique
Disease management

47126

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

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

Accompagnement des patients asthmatiques : une nouvelle étape de l'action de l'assurance maladie.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/11/30 ; Pages : 1-10

Cote Irdes : C, En ligne

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

En France, l'asthme constitue l'une des maladies chroniques les plus fréquentes : selon les données de l'Assurance Maladie en 2009, 3,6 millions de personnes, âgées de 5 à 44 ans, étaient traitées au moins une fois dans l'année par un médicament anti-asthmatique. Parmi elles, plus de 750 000 recevaient un traitement régulier pour asthme, soit une prévalence de 2,5 % au sein de cette population. Le coût de cette maladie est également élevé, ainsi les remboursements de médicaments à visée anti-asthmatique atteignent plus d'1 milliard d'euros en 2009. Insuffisamment pris en charge ou mal contrôlé, l'asthme peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie : gênes respiratoires, crises d'asthme fréquentes, sommeil perturbé... mais aussi hospitalisations voire décès dans les cas les plus graves. Face à cet enjeu majeur de santé publique, l'Assurance Maladie a développé un programme pour améliorer le contrôle de l'asthme, dans le cadre de la loi de Santé Publique du 9 août 2004 et du plan national pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques. En 2008 et 2009, une première action a été menée auprès des médecins et des assurés, qui ont évalué de manière positive cette démarche. L'Assurance Maladie déploie aujourd'hui un nouveau volet de son programme, plus particulièrement orienté vers les pharmaciens. L'objectif de cette nouvelle étape est

de conforter le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des malades asthmatiques, notamment pour la prise des traitements médicamenteux, préventif et de la crise. Pour la première fois, l'Assurance Maladie accompagne les pharmaciens dans leur rôle de conseil auprès des patients, en mettant à leur disposition des outils d'aide.

47125

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

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

100 000 adhérents pour Sophia et des premiers résultats médico-économiques encourageants.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2011/03/10 ; Pages : 1-16

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_sophia_10_03_11_vdef.pdf

En France, 2,9 millions de personnes sont diabétiques et 8 sur 10 sont prises en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée. La prévention de la maladie, de ses complications et l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques représentent un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie, à la fois sur le plan médical et économique. En 2008, l'Assurance Maladie a lancé Sophia, un service en santé innovant. L'objectif de ce service, initialement proposé dans 10 départements pilotes : accompagner les patients qui le souhaitent, en fonction de leur état de santé et en relais du médecin traitant, pour les aider à mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications. Près de trois ans plus tard, sophia poursuit son déploiement à grande échelle. Aujourd'hui, plus de 100 000 personnes ont adhéré à sophia. Le service constitue désormais l'un des plus importants de ce type en Europe.

DE BRUIN (S.R.), HEIJINK (R.), LEMMENS (L. C.), STRUIJS (J.N.), BAAN (C.A.).

Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature.

Impact des programmes d'éducation thérapeutique sur les dépenses de santé des personnes souffrant de diabète, de dépression, d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire obstructive chronique : une revue systématique de la littérature.

HEALTH POLICY

2011 ; vol. 101 ; n° 2 : 105-121.

Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: Evaluating the impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or COPD. METHODS: Systematic Pubmed search for studies reporting the impact of disease management programs on healthcare expenditures. Included were studies that contained two or more components of Wagner's chronic care model and were published between January 2007 and December 2009. RESULTS: Thirty-one papers were selected, describing disease management programs for patients with diabetes (n=14), depression (n=4), heart failure (n=8), and COPD (n=5). Twenty-one studies reported incremental healthcare costs per patient per year, of which 13 showed cost-savings. Incremental costs ranged between -\$16,996 and \$3305 per patient per year. Substantial variation was found between studies in terms of study design, number and combination of components of disease management programs, interventions within components, and characteristics of economic evaluations. CONCLUSION: Although it is widely believed that disease management programs reduce healthcare expenditures, the present study shows that evidence for this claim is still inconclusive. Nevertheless disease management programs are increasingly implemented in healthcare systems worldwide. To support well-considered decision-making in this field, well-designed economic evaluations should be stimulated.

Qualité des soins
Quality of care

DAVIES (S.), Mc DONALD (K.M.), SCHMIDT (E.), SCHULTZ (E.), GEPPERT (J.), ROMANO (P.S.)

Expanding the uses of AHRQ's prevention quality indicators: validity from the clinician perspective.

Accroître l'utilisation des indicateurs de qualité de prévention de l'AHRQ : leur validité dans une perspective clinique.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 8 : 679-685.
Cote Irdes : P45

BACKGROUND: The Agency for Healthcare Research and Quality's prevention quality indicators (PQIs) are used as a metric of area-level access to quality care. Recently, interest has expanded to using the measures at the level of payer or large physician groups, including public reporting or pay-for-performance programs. However, the validity of these expanded applications is unknown. RESEARCH DESIGN: We conducted a novel panel process to establish face validity of the 12 PQIs at 3 denominator levels: geographic area, payer, and large physician groups; and 3 uses: quality improvement, comparative reporting, and pay for performance. Sixty-four clinician panelists were split into Delphi and Nominal Groups. We aimed to capitalize on the reliability of the Delphi method and information sharing in the Nominal group method by applying these techniques simultaneously. We examined panelists' perceived usefulness of the indicators for specific uses using median scores and agreement within and between groups. RESULTS: Panelists showed stronger support of the usefulness of chronic disease indicators at the payer and large physician group levels than for acute disease indicators. Panelists fully supported the usefulness of 2 indicators for comparative reporting (asthma, congestive heart failure) and no indicators for pay-for-performance applications. Panelists expressed serious con-

cerns about the usefulness of all new applications of 3 indicators (angina, perforated appendix, dehydration). Panelists rated age, current comorbidities, earlier hospitalization, and socioeconomic status as the most important risk-adjustment factors. CONCLUSIONS: Clinicians supported some expanded uses of the PQIs, but generally expressed reservations. Attention to denominator definitions and risk adjustment are essential for expanded use.

Voyages internationaux
International trips

47853
ARTICLE

Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.).
Paris. FRA

Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2011 (à l'attention des professionnels de santé).

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2011/05/17 ; n° 18-19 : Pages : 206-228

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/18_19/beh_18_19.pdf

Les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage, sont assez fréquemment victimes de problèmes de santé. Le taux de voyageurs malades varie de 15 % à 64 % selon les études, en fonction des destinations et des conditions de séjour. La diarrhée est toujours le plus fréquent des problèmes de santé en voyage, avec les affections des voies aériennes supérieures, les dermatoses et la fièvre. Les études les plus récentes montrent aussi l'émergence de nouvelles pathologies : mal d'altitude, mal des transports, traumatismes et blessures, d'origine accidentelle mais aussi intentionnelle. Le risque de décès par mois de voyage a été estimé à 1 pour 100 000 (1 pour 10 000 pour les personnes impliquées dans des opérations humanitaires). Les causes de mortalité en

voyage sont, dans la moitié des cas environ, cardiovasculaires. Les autres causes de décès, plus en rapport avec le voyage, se partagent entre accidents de la voie publique, noyades, homicides, suicides. Les infections ne rendent compte que de 1 à 3 % des décès. Les causes de rapatriement sanitaire sont proches de celles de mortalité en voyage : traumatiques (accidents, loisirs, agressions), vasculaires (cardiaques et neurologiques) et psychiatriques. Si les étiologies infectieuses des décès ou des pathologies graves, imposant une évacuation sanitaire, sont peu fréquentes, c'est en grande partie parce que les recommandations qui suivent permettent de les éviter. Les recommandations figurant dans ce document ne peuvent prendre en compte l'évolution des risques liés à des maladies émergentes. Les recommandations aux voyageurs sont donc susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la situation internationale.

Economie de la santé/Health economics

Aide Médicale d'Etat State medical help

47061

ARTICLE

GRISON (C.)

L'aide médicale d'Etat malade des polémiques : enquête.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)

2011/04/30 ; vol. : n° 2880 : Pages : 22-27

Cote Irdes : P44

L'aide médicale d'Etat (AME) destinée aux étrangers sans papiers est accusée de ruiner les finances publiques et d'être source de fraudes. L'article 188 de la loi de finances 2011 a voulu en limiter l'accès en instaurant un droit d'entrée de 30 euros, en vigueur depuis le 1er mars 2011. Cet article fait un retour sur un dispositif sensible, politique et polémique. (D'après l'introduction).

Coût de la maladie Cost of illness

47991

ARTICLE

MOLINIER (L.), CASTELLI (C.), BAUVIN (E.)
et al.

Cost study of the clinical management of prostate cancer in France: results on the basis of population-based data.

Etude du coût de la prise en charge clinique du cancer de la prostate en France : résultats basés sur des données en population générale.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2011/08 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 363-371, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

Prostate cancer is an important disease in terms of economic implications because of its increasing incidence and health care costs. We assessed the direct costs of the clinical management of prostate cancer in France. A retrospective study based on population-based data was carried out. Eight hundred and seventy-nine cases of prostate cancer diagnosed in five departments were included in a 5-year follow-up study. The economic analysis adopted the healthcare payer's perspective and took into account only the direct costs. The mean cost of managing patients was estimated at €12,731. It is composed of 49 to 82% of initial treatments according to the therapeutic strategy. The follow-up constituted between 3 and 11%, the costs of treatments for side effects between 1 and 3% and the travel cost between 3 and 7%. Cumulative total costs over 5 years for each treatment group showed variation in costs. Costs were highest for patients who were treated with external-beam radiotherapy and lowest for those with watchful waiting. The cost burden of prostate cancer is high and varies according to the treatment type. This study yielded a cost analysis of the different management practices of patients with prostate cancer.

47990
ARTICLE

KONNOPKA (A.), BONNEMANN (M.),
KONING (H.H.)

**Health burden and costs of obesity
and overweight in Germany.**

*Impact sur la santé et coûts de l'obésité et
du surpoids en Allemagne*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)
2011/08 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 345-352, tabl.
Cote Irdes : P151

This study aimed to estimate the health burden and the direct as well as indirect costs of morbidity and mortality attributable to obesity and overweight in Germany for the year 2002. We used the concept of attributable fractions based on German prevalence data and relative risks from US studies as well as routine statistics. We estimated obesity- and overweight-attributable deaths, years of potential life lost (YPLL) and quality-adjusted life years lost (QALY) for various diseases associated with obesity and overweight. Direct costs were estimated for inpatient and outpatient treatment, rehabilitation and nonmedical costs. Indirect costs were estimated for sickness absence, early retirement and mortality using the human capital approach. We estimated 36,653 obesity- and overweight- attributable deaths with 428,093 consecutive YPLL and 367,772 QALYs lost. Obesity caused 4,854 million EUR in direct costs corresponding to 2.1% of the overall German health expenditures in 2002 and 5,019 million EUR in indirect costs. Forty-three percent of direct costs resulted from endocrinological diseases like diabetes and obesity itself, followed by cardiovascular diseases (38%), neoplasms (14%) and digestive diseases (6%). Sixty percent of indirect costs resulted from unpaid work, and 67% of overall indirect costs were due to mortality. Obesity and overweight are connected to considerable morbidity and mortality as well as societal costs. Improvement and further development of effective strategies for preventing and dealing with obesity and overweight are necessary

47989
ARTICLE

OPPONG (R.), COAST (J.), HOOD (K.) et al.

**Resource use and costs of treating
acute cough/lower respiratory tract
infections in 13 European countries:
results and challenges.**

*Utilisation des ressources et coût de traite-
ment des affections basses de l'appareil
respiratoire et des toux aiguës dans 13 pays
européens : résultats et défis à relever.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)
2011/08 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 319-329, tabl., fig.
Cote Irdes : P151

The objectives of this study were to estimate the resource use and cost of treating acute cough/lower respiratory tract infection (acute cough/LRTI) in 13 European countries, to explore reasons for differences in cost and to document the challenges that researchers face when collecting information on cost alongside multinational studies. Data on resource use and cost were collected alongside an observational study in 14 primary care networks across 13 European countries and a mean cost was generated for each network. The results show that the mean cost (standard deviation) of treating acute cough/LRTI in Europe ranged from **€23.88** (34.67) in **Balatonfüred (Hungary)** to **€116.47** (34.29) in **Jonkoping (Sweden)**. The observed differences in costs were statistically significant ($P < 0.01$). Major cost drivers include general practitioner visits and drug costs in all networks, whilst differences in health systems and regional factors could account for differences in cost between networks. The major barrier to conducting multinational cost studies are barriers associated with identifying cost information.

47988

ARTICLE

BROEKX (S.), DEN HOND (E.),
TORFS (R.) et al.

***The costs of breast cancer prior to
and following diagnosis***

*Les coûts du cancer du sein avant et après
le diagnostic.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2011/08 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 311-317, tabl., fig.
Cote Irdes : P151

This retrospective incidence-based cost-of-illness analysis aims to quantify the costs associated with female breast cancer in Flanders for the year prior to diagnosis and for each of the 5 years following diagnosis. A bottom-up analysis from the societal perspective included direct health care costs and indirect costs of productivity loss due to morbidity and premature mortality. A case-control study design compared total costs of breast cancer patients with costs of an equivalent standardized population with a view to calculating the additional costs that can be attributed to breast cancer. Total average costs of breast cancer amounted to 107,456 € per patient over 6 years. Total costs consisted of productivity loss costs (89% of costs) and health care costs (11% of costs). Health care costs did not vary with age at diagnosis. Health care costs of breast cancer patients converged with those of the general population at 5 years following diagnosis. Patients with advanced breast cancer stadia had higher health care costs. Cost estimates provided by this analysis can be used to determine priorities for, and inform, future research on breast cancer. In particular, attention needs to be focused on decreasing productivity loss from breast cancer.

47986

ARTICLE

CARRERAS (M.), GARCIA-GONI (M.),
IBERN (P.), CODERCH (J.) et al.

***Estimates of patient costs related
with population morbidity: can
indirect costs affect the results ?***

*L'estimation du coût par patient au regard
de la morbidité en population générale : les
coûts indirects modifient ils les résultats ?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2011/08 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 289-295, 5 tabl.
Cote Irdes : P151

A number of health economics studies require patient cost estimates as basic information input. However, the accuracy of cost estimates remains generally unspecified. We propose to investigate how the allocation of indirect costs or overheads can affect the estimation of patient costs and lead to improvements in the analysis of patient cost estimates. Instead of focussing on the costing method, this paper will highlight observed changes in variation explained by a methodology choice. It compares four overhead allocation methods for a specific Spanish population adjusted using the Clinical Risk Groups model. Their main conclusion is that the amount of global variation explained by the risk adjustment model depends mainly on direct costs, regardless of the cost allocation methodology used. Furthermore, the variation explained can be slightly increased, depending on the cost allocation methodology, and is independent of the level of aggregation in the classification system.

47089
ARTICLE

WILLE (E.), SCHOLZE (J.),
ALEGRIA (E.) et al.

Modelling the costs of care of hypertension in patients with metabolic syndrome and its consequences, in Germany, Spain and Italy.

Modélisation des coûts de l'hypertension artérielle chez des patients atteints du syndrome métabolique et ses conséquences en Allemagne, Espagne et Italie.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/06 ; vol. 12 : n° 3 : Pages : 205-218, 5 tabl.
Cote Irdes : P151

The presence of metabolic syndrome in patients with hypertension significantly increases the risk of cardiovascular disease, type 2 diabetes and mortality. Our aim is to estimate the economic burden to the health service of metabolic syndrome (MetS) in patients with hypertension and its consequences, in three European countries in 2008, and to forecast future economic burden in 2020 using projected demographic estimates and assumptions around the growth of MetS. An age-, sex- and risk group-structured prevalence based cost of illness model was developed using the United States Adult Treatment Panel III of the National Cholesterol Education Program criteria to define MetS. Data sources included published information and public use databases on disease prevalence, incidence of cardiovascular events, prevalence of type 2 diabetes, treatment patterns and cost of management in Germany, Spain and Italy. The economic burden to the health service of MetS in patients with hypertension has been estimated at 24,427 €, 1,900 € and 4,877 € million in Germany, Spain and Italy, and is forecast to rise by 59, 179 and 157%, respectively, by 2020. The largest components of costs included the management of prevalent type 2 diabetes and incident cardiovascular events. Mean annual costs per hypertensive patient were around three-fold higher in subjects with MetS compared to those without and rose incrementally with the additional number of

MetS components present. In conclusion, the presence of MetS in patients with hypertension significantly inflates economic burden, and costs are likely to increase in the future due to an aging population and an increase in the prevalence of components of MetS.

46736
ARTICLE

LAFORST (L.), COM-RUELLE (L.),
BROQUET (M.), DEVOUASSOUX (G.), VAN
GANSE (E.)

Coût de l'asthme en France.

REVUE DU PRATICIEN (LA)
2011/03 ; vol. 61 : n° 3 : Pages : 336-338, 1 fig., 1
tabl.
Cote Irdes : c, R1829

Avec près de 7 % des Français concernés, l'asthme constitue un véritable problème de santé publique non seulement sur le plan clinique mais aussi sur le plan économique. En 2001, le coût global de l'asthme en France était estimé à 1,5 milliard d'euros. D'après l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), les dépenses de soins ambulatoires des asthmatiques en 2006 étaient supérieures de 60 % à celles de sujets non asthmatiques quel que soit leur état de santé (1605 contre 1100 euros), à âge et sexe comparables. Ces coûts sont inhérents à la prise en charge chronique de l'asthme ainsi que des exacerbations consécutives au contrôle insuffisant de la maladie et génératrices d'une surconsommation de soins non programmés. Les coûts peuvent aussi être induits par les comorbidités associées. En 2006, les coûts ambulatoires spécifiquement liés à l'asthme étaient estimés à 331 euros en moyenne par patient.

Coûts de la santé
Health care costs

RESCHOVSKY (J.D.), HADLEY (J.),
SAIONTZ-MARTINEZ (C.B.), BOUKUS (E.R.)

**Following the money: factors
associated with the cost of treating
high-cost Medicare beneficiaries.**

*Suivre l'argent : Facteurs associés au coût
de la prise en charge des bénéficiaires
« très coûteux » du Medicare*

HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 : vol. 46 : n° 4 : 997-1021.
Cote Irdes P33:

OBJECTIVE: To identify factors associated with the cost of treating high-cost Medicare beneficiaries. DATA SOURCES: A national sample of 1.6 million elderly, Medicare beneficiaries linked to 2004-2005 Community Tracking Study Physician Survey respondents and local market data from secondary sources. STUDY DESIGN: Using 12 months of claims data from 2005 to 2006, the sample was divided into predicted high-cost (top quartile) and lower cost beneficiaries using a risk-adjustment model. For each group, total annual standardized costs of care were regressed on beneficiary, usual source of care physician, practice, and market characteristics. PRINCIPAL FINDINGS: Among high-cost beneficiaries, health was the predominant predictor of costs, with most physician and practice and many market factors (including provider supply) insignificant or weakly related to cost. Beneficiaries whose usual physician was a medical specialist or reported inadequate office visit time, medical specialist supply, provider for-profit status, care fragmentation, and Medicare fees were associated with higher costs. CONCLUSIONS: Health reform policies currently envisioned to improve care and lower costs may have small effects on high-cost patients who consume most resources. Instead, developing interventions tailored to improve care and lowering cost for specific types of complex and costly patients may hold greater potential for "bending the cost curve."

CARRERAS (M.), GARCIA-GONI (M.), IBERN (P.), CODERCH (J.), VALL-LLOSERÀ (L.), INORIZA (J.M.)

**Estimates of patient costs related
with population morbidity: can
indirect costs affect the results?**

*Estimation du coût des patients en fonction
de la morbidité de la population : les coûts
indirects peuvent-ils affecter les résultats ?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2011 : vol. 12 : n° 4 : 289-295.
Cote Irdes : P151

A number of health economics studies require patient cost estimates as basic information input. However, the accuracy of cost estimates remains generally unspecified. We propose to investigate how the allocation of indirect costs or overheads can affect the estimation of patient costs and lead to improvements in the analysis of patient cost estimates. Instead of focusing on the costing method, this paper will highlight observed changes in variation explained by a methodology choice. We compare four overhead allocation methods for a specific Spanish population adjusted using the Clinical Risk Groups model. Our main conclusion is that the amount of global variation explained by the risk adjustment model depends mainly on direct costs, regardless of the cost allocation methodology used. Furthermore, the variation explained can be slightly increased, depending on the cost allocation methodology, and is independent of the level of aggregation in the classification system.

Dépenses de santé
Health expenditures

47815
ARTICLE

Dépenses de santé : quels facteurs d'augmentation ? (Accès aux soins de qualité).

REVUE PRESCRIRE
2011/07 ; vol. : n° 333 : Pages : 536-541
Cote Irdes : P80

Divers facteurs influencent les dépenses de santé du côté des patients comme du côté de l'offre de soins : vieillissement de la population, innovation médicale, rémunération des professionnels de santé, démographie médicale... La maîtrise des dépenses de santé est un élément important de toute politique de santé. Certains facteurs d'augmentation des dépenses sont maîtrisables en partie : il est possible d'agir sur les prix des produits de santé, sur le comportement des professionnels de santé et des patients, tout en assurant des soins de qualité. Il est indispensable de réduire les gaspillages, notamment les actes et consommations inutiles et redondants, et globalement de mieux prendre en compte l'intérêt des soins et leur coût, situation par situation.

47508
FASCICULE

ROBBA (L.), KUHN (A.F.),
VIELFAURE (N.), et al.
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction
de la Stratégie des Etudes et des Statistiques.
Paris. FRA, Direction Déléguée à la Gestion et
à l'Organisation des Soins. (D.D.G.O.D.). Paris.
FRA

**Les actes de biologie médicale :
analyse des dépenses en 2008 et
2009.**

POINTS DE REPÈRE
2010/12 ; vol. : n° 33 : Pages : 14p.
Cote Irdes : C, S36
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/Points_de_repere_n_33-1.pdf

En 2009, les dépenses des actes de biologie médicale codés ont représenté environ 4,36 milliards d'euros facturés à l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Le taux d'augmentation de ces dépenses, 2 % par rapport à 2008, est le plus bas observé depuis 2000, du fait de la baisse des prix de certains actes courants pour lesquels des économies d'échelle importantes avaient été obtenues par les laboratoires de biologie médicale. A l'opposé, les modifications tarifaires ont conduit à l'amélioration de la rémunération des frais fixes d'un dossier de biologie. A cet égard, en 2009, un nouveau forfait de prise en charge pré-analytique du patient a été créé, augmentant mécaniquement la part d'actes de « dispositions générales » dans le total des dépenses. Ce Points de repère est une mise à jour du n° 19.

47376
ARTICLE

CORNILLEAU (G.), DEBRAND (T.)

**Crise et déficit de l'assurance
maladie. Faut-il changer le
paradigme ?**

Les finances publiques dans la crise.
REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET
DIAGNOSTICS ECONOMIQUES
2011/01 ; n° 116 : Pages : 315-332
Cote Irdes : R1833, P120
<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/116/r116-12.pdf>

Les auteurs tentent, dans cet article, de clarifier le débat économique à propos des dépenses de santé et de leur prise en charge publique. Ils proposent dans une première partie un état des lieux avant la crise économique. Ils présentent ensuite les perspectives d'évolutions spontanées selon deux scénarios macroéconomiques avant d'aborder la question des politiques de financement envisageables à court et à moyen terme. Ils abordent enfin la question de la régulation de l'ensemble du système de soins.

46909
ARTICLE

TANGUY (M.), HITOTO (H.), LALLIER (G.),
BAUCHE (C.), FANELLO (S.)

Le régime social des indépendants (RSI) : étude de l'impact de l'alignement des taux de remboursement sur celui du régime général en terme de consommation de soins.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/09 ; vol. 28 : n° 5 : Pages : 207-221, rés., tabl.,
graph.
Cote Irdes : C, P85

Peu d'études portent sur le lien entre dépenses de santé et niveau de protection sociale. En 2001, la loi a permis l'alignement des taux de remboursements des prestations du régime social des indépendants (RSI) sur ceux du régime général. Cet article étudie l'impact de cet alignement en terme de consommation de soins. Il s'agit d'une étude observationnelle comparant sur deux périodes - avant et après l'alignement - les données agrégées de la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants des Pays-de-la-Loire, notamment le nombre d'actes des praticiens et les dépenses sanitaires générées par les actes ou les prescriptions. De 1995 à 2004, le nombre de consultations et visites a progressé de 11,2 %, celui des actes de spécialité de 22 % et les actes d'imagerie de 66,4 %. La progression est plus importante en seconde période. Le volume des actes infirmiers, de kinésithérapie ou des examens biologiques a également progressé suite à l'alignement des taux ainsi que les dépenses remboursables ; en particulier pour les médicaments (+58,9 %) et les consultations et visites (+26,4 %). malgré les difficultés induites par l'analyse de données agrégées, cette étude a permis de montrer une tendance à l'augmentation des dépenses de santé depuis l'alignement des taux de remboursements du RSI sur le régime général. Il serait utile de dresser un état des lieux régulier de cette évolution car elle a un impact sur le système de santé.

46682
ARTICLE
BERAUD (C.)

Les menaces financières sur l'assurance maladie ne seront pas démographiques mais économiques, médicales et technologiques.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE
2011/03 ; vol. 29 : n° 1 : Pages : 69-80
Cote Irdes : P86

Cet article constitue un commentaire à l'article de Thiebault et Ventelou sur l'évaluation des changements épidémiologiques sur la dépense de santé en France pour 2025. Pour l'auteur le vieillissement parfaitement prévisible de la population ne jouera pas un rôle directement déterminant sur la « faillite » de l'assurance maladie. Selon lui, quatre facteurs seraient déterminants : les prescriptions médicales, l'organisation du système de soins et les innovations technologiques (Résumé de l'éditeur).

Dépenses pharmaceutiques
Pharmaceutical expenditures

47131
DOSSIER DE PRESSE, INTERNET
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.
FRA

Les Français ont modéré leur consommation de médicaments, mais restent en retard sur les génériques.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2011/05/04 ; Pages : 1-6
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_s/Fiche_Focus_Consommation_de_medicaments_e_n_Europe_Vdef.pdf

Parmi les pays observés dans cette étude, la France enregistre la plus faible croissance des volumes de médicaments consommés. Les actions mises en place par l'Assurance Maladie auprès des médecins et du grand public pour consommer à bon escient les médicaments

portent leurs fruits. La France conserve cependant la première place des pays européens pour les dépenses de médicaments, en raison notamment de prescriptions encore trop faibles de médicaments génériques.

47123

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

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

Consommation et dépenses de médicaments en France et en Europe : évolutions 2006-2009.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2011/03/10 ; Pages : 1-15

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Consommation_medicaments_en_Europe_vdef_01.pdf

Cette étude de l'Assurance Maladie présente l'évolution de la consommation et des dépenses de médicaments en France et dans les principaux pays européens, pour huit classes de médicaments et sur la période 2006-2009.

théoriques et empiriques relatives à ces diverses formes de partage de la dépense de soins entre système obligatoire et système volontaire. En conclusion, il ressort que tout système de financement pur (purement obligatoire ou purement volontaire) est rejeté, d'un point de vue normatif (le bien-être social est moindre que dans un système mixte) ou positif (il ne serait pas choisi dans un vote référendaire).

Financement
Financing

47257

ARTICLE

GRIGNON (M.)

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).

Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).

Paris. FRA

Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire : un point des connaissances.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2010/10-12 ; n° 4 : Pages : 53-73

Cote Irdes : C, P59

La première partie de cet article passe en revue les différents modes de financement de la santé et leurs forces et faiblesses respectives. La seconde partie recense les connaissances

Etat de santé/Health status

Cancer Cancer

48233

FASCICULE, COMMUNICATION

CARIS (P.) / préf., BACHELOT-NARQUIN (R.) / préf., COTTON (J.) / préf.
Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Le cancer au quotidien.

Actes du 3e Forum franco-québécois Pasteur-Sarrazin sur la santé. Québec, 2009/05/11-12
SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS
2010 ; n° 1 : Pages : 147p.
Cote Irdes : P174

<http://www.irdes.fr/Ofqss/2010/SomAPEd12010.pdf>
<http://www.irdes.fr/Ofqss/index.html>

Ce numéro spécial rassemble les communications du troisième forum franco-québécois de la santé, qui s'est tenu à Québec les 11 et 12 mai 2009, sur le thème : Le cancer au quotidien : malades, familles, soignants et leur environnement à l'épreuve du temps. Ce forum avait pour objectif de tirer le meilleur parti possible des bonnes pratiques de part et d'autre de l'Atlantique pour ainsi influencer les responsables politiques et leur suggérer des pistes d'action. L'approche retenue était moins axée sur les aspects liés à la prise en charge médicale du cancer que sur les aspects relatifs à la vie quotidienne, tout ce qui entoure, pour les personnes atteintes, ce combat qu'elles – et leurs proches – mènent au quotidien contre la maladie. Dans ce cas, les bonnes pratiques renvoient souvent à des actions menées par des bénévoles, à des interventions de soutien, à l'humanisation des soins.

47717

ARTICLE

JUNOT (B.)

Faut-il dépister le cancer du sein après 75 ans ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/05 ; vol. 7 : n° 5 : Pages : 222-228, 4 tabl.
Cote Irdes : P198

En janvier 2000, un célèbre article paru dans le Lancet répondait par la négative à la question : « Le dépistage du cancer par mammographie est-il justifié ? ». Le débat qui a suivi s'est nourri des divergences entre résultats des essais contrôlés. Pour contrer l'argument selon lequel les essais menés en population sont d'autant moins favorables au dépistage que les conditions de validité du protocole d'étude furent mieux respectées, des partisans de l'épidémiologie clinique ont rétorqué en s'appuyant notamment sur l'observation du meilleur pronostic des patientes diagnostiquées tôt. L'auteur de l'évaluation critique de la mammographie de dépistage a alors relevé, dans l'argumentation de ses contradicteurs, l'hypothèse discutable d'une validité équivalente des diagnostics selon qu'ils résultent ou non d'un dépistage. La riposte fut une attaque sur ses a priori personnels.

Consommation d'alcool Alcohol consumption

47732

ARTICLE

SCHUTZE (M.), BOEING (H.), PISCHON (T.)
et al.

Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study.

Incidence du cancer attribuable à l'alcool dans huit pays européens. Résultats basés sur une enquête de cohorte prospective.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2011 ; vol. 342 : Pages : 10p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d912.full.pdf>

The objective of this study was to compute the burden of cancer attributable to current and former alcohol consumption in eight European countries based on direct relative risk estimates from a cohort study. It combines a prospective cohort study with representative population based data on alcohol exposure in eight countries (France, Italy, Spain, United Kingdom, the Netherlands, Greece, Germany, Denmark) participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. If we assume causality, among men and women 10% and 3% of the incidence of total cancer was attributable to former and current alcohol consumption in the selected European countries. For selected cancers the figures were 44% (31 to 56%) and 25% (5 to 46%) for upper aerodigestive tract, 33% (11 to 54%) and 18% (-3 to 38%) for liver, 17% (10 to 25%) and 4% (-1 to 10%) for colorectal cancer for men and women, respectively, and 5.0% (2 to 8%) for female breast cancer. A substantial part of the alcohol attributable fraction in 2008 was associated with alcohol consumption higher than the recommended upper limit: 33 037 of 178 578 alcohol related cancer cases in men and 17 470 of 397 043 alcohol related cases in women. It concludes that in western Europe, an important proportion of cases of cancer

can be attributable to alcohol consumption, especially consumption higher than the recommended upper limits. These data support current political efforts to reduce or to abstain from alcohol consumption to reduce the incidence of cancer

47372

ARTICLE, INTERNET

REY (G.), BONIOL (M.), JOUGLA (E.)

Estimating the number of alcohol-attributable deaths : methodological issues and illustration with French data for 2006.

Estimation du nombre de décès attribuables à l'alcool : questions méthodologiques et illustration avec des données françaises pour 2006.

ADDICTION

2010/06 ; vol. 105 : n° 6 : Pages : 1018-1029

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pdf/AAF%20Rey%20addiction.pdf>

Aims: Computing the number of alcohol-attributable deaths requires a series of hypotheses. Using French data for 2006, the potential biases are reviewed and the sensitivity of estimates to various hypotheses evaluated. Methods: Self-reported alcohol consumption data were derived from large population-based surveys. The risks of occurrence of diseases associated with alcohol consumption and relative risks for all-cause mortality were obtained through literature searches. All-cause and cause-specific population alcohol-attributable fractions (PAAFs) were calculated. In order to account for potential under-reporting, the impact of adjustment on sales data was tested. The 2006 mortality data were restricted to people aged between 15 and 75 years. Results: When alcohol consumption distribution was adjusted for sales data, the estimated number of alcohol-attributable deaths, the sum of the cause-specific estimates, was 20 255. Without adjustment, the estimate fell to 7158. Using an all-cause mortality approach, the adjusted number of alcohol-attributable deaths was 15 950, while the non-adjusted estimate was

a negative number. Other methodological issues, such as computation based on risk estimates for all causes for 'all countries' or only 'European countries', also influenced the results, but to a lesser extent. Discussion The estimates of the number of alcohol-attributable deaths varied greatly, depending upon the hypothesis used. The most realistic and evidence-based estimate seems to be obtained by adjusting the consumption data for national alcohol sales, and by summing the cause-specific estimates. However, interpretation of the estimates must be cautious in view of their potentially large imprecision.

Epidémiologie
Epidemiology

47047

ARTICLE

PIRUS (C.), BOIS (C.), DUFFOURG (M.N.) et al.

Equipe ELFE. sl. FRA

La construction d'une cohorte : l'expérience du projet français Elfe.

POPULATION

2010 ; vol. 65 : n° 4 : Pages : 737-670, tabl., fig., annexes

Cote Irdes : c, P27/1

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1524/publi_pdf1_evolution_demographique.pdf

Le projet de mise en place d'une cohorte pluridisciplinaire de 20 000 enfants suivis depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte a été lancé en France en 2005. Il résulte de préoccupations de diverses instances publiques – notamment dans le domaine de l'environnement – comme de chercheurs de disciplines variées. L'aboutissement en a été la constitution de la cohorte Elfe, Étude longitudinale française depuis l'enfance, dont le démarrage est prévu en mars/avril 2011. Les auteurs retracent la genèse du projet. La démarche s'est voulue résolument pluridisciplinaire, et un grand nombre

d'équipes de recherche ont été associées à l'élaboration du projet, en proposant des questions de recherche dans trois grands domaines : sciences sociales, santé et relations entre santé et environnement. Pour bénéficier au maximum de la puissance de la Life course approach, les observations seront fréquentes (annuelles pendant les premières années). Une place importante est faite aux pères, qui jouent un rôle croissant dans l'éducation et la socialisation des enfants. L'échantillon sera représentatif des naissances de l'année 2011 sur l'ensemble du territoire de France métropolitaine. La grande quantité d'informations collectées et leur caractère très personnel exigent une prudence particulière dans la constitution et la gestion des fichiers pour laquelle une procédure originale est mise en oeuvre. Les résultats du suivi d'une cohorte pilote lancée en 2007 sont aussi présentés. Ils concernent plusieurs centaines de familles, dont les enfants ont maintenant 3 ans (Résumé des auteurs).

46920

FASCICULE

CHARLES (M.A.), LERIDON (H.), DARGENT (P.), GEAY (B.)

Equipe ELFE. FRA, Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.). Paris. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Le devenir de 20 000 enfants. Lancement de l'étude de cohorte Elfe.

POPULATIONS ET SOCIETES

2011/02 ; vol. : n° 475 : Pages : 4p., fig.

Cote Irdes : C, P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1530/publi_pdf1_475.pdf

Le changement des conditions dans lesquelles les enfants grandissent rend nécessaires des recherches pour mieux connaître l'impact de l'environnement précoce sur leur développement, leur santé et leur socialisation. Ce type de recherche est particulièrement complexe en raison du grand nombre de facteurs en jeu et de leurs multiples interactions. La méthode la plus adaptée pour saisir de manière fine les trajectoires des enfants est le suivi de cohorte, c'est-à-dire la

constitution d'un large échantillon d'enfants suivis tout au long de leur développement, si possible jusqu'à l'âge adulte. De telles cohortes existent à l'étranger depuis de nombreuses années, mais aucune n'avait encore été constituée en France. L'enquête Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance), lancée sur le terrain fin mars 2011, vise à combler cette lacune. Elle a pour objectif de suivre 20 000 enfants de la naissance à l'âge adulte avec une approche multidisciplinaire. Elle est le résultat à la fois de questions posées par les chercheurs et de préoccupations manifestées par diverses instances publiques, l'impulsion la plus déterminante provenant du Plan national Santé-environnement.

Etude d'ensemble
Global study

47178

FASCICULE

DANET (S.), COCAGNE (N.), FOURCADE (A.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Etudes de
l'Évaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

***L'état de santé de la population en
France : rapport de suivi des objectifs
de la loi de santé publique 2009-2010.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2011/01 ; vol. : n° 747 ; Pages : 8p., cartes

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er747.pdf>

Au regard du niveau des indicateurs de l'état de santé recueillis en 2009-2010, la situation de la population vivant en France reste globalement favorable. Cependant, des disparités sociales importantes sont notées pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge. Chez les adultes, les inégalités se maintiennent au cours de leur vie, témoignant d'un effet de long terme des conditions de vie associées aux catégories professionnelles sur la santé. On peut toutefois souligner l'intérêt de certains dispositifs, incitatifs ou réglementaires, pour

la réduction des inégalités de santé. La mortalité prématurée (avant 65 ans) reste élevée en France et souligne la nécessité de renforcer les politiques de santé publique axées sur la réduction des comportements à risque, en particulier la consommation de tabac et d'alcool, en tenant compte des contextes sociaux de consommation. L'obésité, qui continue de progresser chez les adultes, reste également un problème préoccupant. Chez les adolescents, la notion de santé est proche de celle de bien-être. Les questions liées à la sexualité et à la contraception demeurent prégnantes : ainsi le nombre d'IVG (Interruption volontaire de grossesse) a continué d'augmenter chez les mineures ces dernières années, malgré le recours croissant à la contraception. Chez les enfants, on observe des évolutions favorables pour les objectifs spécifiques les concernant, malgré des disparités sociales persistantes sur lesquelles il convient de se focaliser. On note en particulier une baisse de l'obésité et une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire chez les plus jeunes.

Hypertension
Hypertension

47715

ARTICLE

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

***Hypertension artérielle : quel
traitement ? Priorités et réalités du
traitement médicamenteux.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNIFORMEC

2011/05 ; vol. 7 : n° 5 : Pages : 215-221

Cote Irdes : P198

Ce second dossier sur l'hypertension artérielle est focalisé sur la question du contrôle réel des chiffres tensionnels, en quelque sorte hypertension dans la « vraie vie » versus hypertension dans les différentes recommandations. Selon les plus récentes données épidémiologiques, la différence entre le

nombre de patients traités et le nombre de patients contrôlés reste importante, bien que cette différence ait régulièrement diminué ces trente dernières années. Le constat est identique dans les essais cliniques randomisés où une analyse récente a montré que le pourcentage de patients ayant atteint une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg restait une minorité. Mais surtout, dans la « vraie vie », les médecins généralistes n'ont pas à traiter une maladie, l'hypertension, mais un malade souvent poly pathologique, dans son contexte et avec ses représentations propres. Les principaux messages des différentes recommandations à appliquer devraient s'en trouver aussi simplifiés que possible et surtout clairement hiérarchisés. Dans le cas de l'HTA (Hypertension artérielle) par exemple, obtenir une pression artérielle aux environs de 140/90 mmHg chez tous les patients, si elle est tolérée, pourrait être un bon point de départ pour guider la décision thérapeutique (cf. dossier mars).

Maladies chroniques Chronic diseases

TSIACHRISTAS (A.), HIPPLE-WALTERS (B.),
LEMMENS (K.M.), NIEBOER (A.P.),
RUTTEN-VAN-MOLKEN (M.P.)

Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers.

Vers des soins intégrés pour les maladies chroniques : Développements aux Pays-Bas d'une politique pour dépasser les barrières (financières).

HEALTH POLICY

2011 : vol. 101 : n° 2 : 122-132.

Cote Irdes : P92

Chronic non-communicable diseases are a major threat to population health and have a major economic impact on health care systems. Worldwide, integrated chronic care delivery systems have been developed to tackle this challenge. In the Netherlands, the recently introduced integrated payment system--the chain-DTC--is seen as the cornerstone of a policy stimulating the development of a well-functioning integrated chronic care system. The purpose of this paper is to describe the recent attempts in the Netherlands to stimulate the delivery of integrated chronic care, focusing specifically on the new integrated payment scheme and the barriers to introducing this scheme. We also highlight possible threats and identify necessary conditions to the success of the system. This paper is based on a combination of methods and sources including literature, government documents, personal communications and site visits to disease management programs (DMPs). The most important conditions for the success of the new payment system are: complete care protocols describing both general (e.g. smoking cessation, physical activity) and disease-specific chronic care modules, coverage of all components of a DMP by basic health care insurance, adequate information systems that facilitate communication between caregivers, explicit links between the quality and the price of a DMP, expansion of the amount of specialized care included in the chain-DTC, inclusion of a multi-morbidity factor in the risk equalization formula of insurers, and thorough economic evaluation of DMPs.

Mortalité Mortality

48071

ARTICLE

AOUBA (A.), JOUGLA (E.), PAVILLON (G.),
REY (G.), EB (M.)

Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/06/07 ; n° 22 : Pages : 249-255

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/22/beh_22_2011.pdf

Cet article présente les caractéristiques de la mortalité en 2008 en France avec les principales causes de décès selon le sexe et l'âge et leurs évolutions depuis l'année 2000. Les données proviennent de la base nationale des causes médicales de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc). Cette base est établie à partir des données des certificats médicaux de décès remplis par les médecins lors des constats des décès. Depuis l'année 2000, les causes de décès sont codées selon la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM10) de l'OMS. Les données produites concernent les causes initiales de décès, sélectionnées selon les règles de l'OMS Organisation mondiale de la santé). En 2008, on a compté en France 543 139 décès. Les cancers demeurent la première cause de mortalité avec une part de 29,6 % et sont responsables, avec les maladies de l'appareil circulatoire (27,5 %), les accidents (4,6 %), la maladie d'Alzheimer (3,2 %), le diabète (2,2 %), le suicide (1,9 %), les démences (1,8 %) et les maladies chroniques du foie (1,7 %), de plus de 70 % des décès survenus en France. La hiérarchie des causes de décès varie fortement selon le sexe et l'âge. Elle a également évolué entre 2000 et 2008, mais essentiellement pour les femmes (Résumé des auteurs).

Santé maternelle Maternal health

47816

ARTICLE

Mortalité maternelle : une partie des décès évitables.

REVUE PRESCRIRE

2011/07 ; vol. : n° 333 : Pages : 547-548

Cote Irdes : P80

En France, il existe depuis 1996 une surveillance épidémiologique régulière de la mortalité maternelle. Pour la période 2001 à 2006, entre 70 et 75 femmes par an sont mortes de leur grossesse ou de ses suites. 68 % des décès maternels ont été expertisés. Les causes obstétricales directes ont représenté 73 % de ces décès. 46 % ont été considérés comme évitables ou peut-être évitables. D'importantes disparités régionales ont été observées, l'Ile-de-France et les départements d'outre-mer ayant des taux de mortalité maternelle supérieurs à la moyenne nationale.

Santé perçue Self-assessed health

PRUS (S.G.)

Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada.

*Les déterminants sociaux de la santé
perçue aux Etats-Unis et au Canada :
étude comparée.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2011 : vol. 73 : n° 1 : 50-59.

Cote Irdes : P103

A large body of research shows that social determinants of health have significant impact on the health of Canadians and Americans. Yet, very few studies have directly compared the

extent to which social factors are associated with health in the two countries, in large part due to the historical lack of comparable cross-national data. This study examines differences in the effect of a wide-range of social determinants on self-rated health across the two populations using data explicitly designed to facilitate comparative health research-Joint Canada/United States Survey of Health. The results show that: 1) sociodemographic and socioeconomic factors have substantial effects on health in each country, though the size of the effects tends to differ-gender, nativity, and race are stronger predictors of health among Americans while the effects of age and marital status on health are much larger in Canada; the income gradient in health is steeper in Canada whereas the education gradient is steeper in the U.S.; 2) Socioeconomic status (SES) mediates or links sociodemographic variables with health in both countries-the observed associations between gender, race, age, and marital status and health are considerably weakened after adjusting for SES; 3) psychosocial, behavioural risk and health care access factors are very strong determinants of health in each country, however being severely/morbidly obese, a smoker, or having low life satisfaction has a stronger negative effect on the health of Americans, while being physically inactive or having unmet health care needs has a stronger effect among Canadians; and 4) risk and health care access factors together play a relatively minor role in linking social structural factors to health. Overall, the findings demonstrate the importance of social determinants of health in both countries, and that some determinants matter more in one country relative to the other.

BJORNSTROM (E.E.)

The neighborhood context of relative position, trust, and self-rated health.

L'impact des relations de voisinage sur la position relative, la confiance et la santé perçue des individus.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 73 : n° 1 : 42-49.
Cote Irdes : P103

The relative position hypothesis proposes that an individual's relative position in a community or population influences their health because (1) unfavorable comparisons lead those with a lower position to experience negative emotions that cause stress and detrimentally impact health and well-being, and (2) individuals with different statuses are less likely to develop trust and cohesion with one another. These processes are important for individual health and also because their results may detract from community level social resources. Surprisingly little work has investigated this hypothesis within small units of analysis such as neighborhoods. In this research, logistic regression analyses were conducted on data from the Los Angeles Family and Neighborhood Survey to test the relative position hypothesis as it applies to distrust of neighbors and fair or poor self-rated health, and whether the relationship varies across neighborhood income inequality. Results indicate that relative position significantly predicts distrust, such that those with higher local position are more likely to distrust their comparatively lower income neighbors. Relative position was not significantly associated with self-rated health, but lack of trust of neighbors was significantly and positively associated with below average self-rated health. The effect of relative position did not vary across neighborhood income inequality for either outcome. Implications for theories of income inequality and health are discussed.

Tabagisme
Smoking

48064

ARTICLE

BECK (F.), PERETTI WATEL (P.), WILQUIN (J.L.), RICHARD (J.B.), GUIGNARD (R.)

Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010.

Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2011/05/31 ; n° 20-21 : Pages : 230-233

Cote Irdes : C, P140

Les Baromètres santé de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation de la santé) permettent d'observer de façon régulière des indicateurs de surveillance épidémiologique en population générale. Il s'agit d'enquêtes aléatoires réa-lisées par téléphone, représentatives de la population de France métropolitaine âgée de 15 à 75 ans. La dernière enquête, menée en 2010 auprès de plus de 27 000 individus, montre l'augmentation récente du tabagisme en France, alors qu'il était en baisse depuis plus de 20 ans. L'ensemble des résultats s'avère néanmoins contrasté : la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est en baisse, tandis que la proportion des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation par rapport à 2005, en particulier chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. Cette hausse du tabagisme s'explique à la fois par le fait que les femmes de cette génération ont été les premières à rentrer véritablement dans le tabagisme, et par le fait qu'elles arrêtent de fumer moins souvent que leurs aînées. D'autre part, le contexte de lutte contre le tabagisme apparaît plus centré sur le tabagisme passif qu'entre 2000 et 2005, période caractérisée par de fortes hausses des prix. Toutefois, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (2007), a pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs (Résumé des auteurs).

47428

ARTICLE

BRICARD (D.), JUSOT (F.), TUBEUF (S.)

L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête Santé et protection sociale 2006.

Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

HEBDOMADAIRE

2011/03/08 ; vol. : n° 8-9 : Pages : 96-98, tabl.

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

L'objectif de cette étude est d'analyser l'influence du milieu social d'origine et du tabagisme des ascendants sur le tabagisme à l'âge adulte. Cette étude s'appuie sur un échantillon de 2 173 hommes et 3 083 femmes ayant répondu aux questions sur le milieu d'origine introduites dans l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) en 2006. Le risque d'être fumeur est plus élevé parmi les personnes dont le père était fumeur et, chez les femmes, parmi celles dont la mère était fumeuse. Le tabagisme est également lié au milieu social d'origine, les personnes dont le père était ouvrier ayant plus de risques d'être fumeuses. L'influence de la profession du père est essentiellement indirecte, par le biais du niveau d'éducation du descendant qui, à son tour, influence le tabagisme. Chez les femmes, le tabagisme est plus fréquent parmi celles ayant connu des épisodes de précarité durant leur enfance mais également parmi celles dont la mère occupait un emploi qualifié. Les enfants d'agriculteurs ont un risque réduit d'être fumeurs. L'influence à long terme du milieu d'origine sur le tabagisme suggère la mise en oeuvre de politiques de prévention auprès des parents à risque et des milieux les plus modestes, ou de leurs enfants, en complément d'interventions visant à améliorer l'égalité des chances à l'école (Résumé des auteurs).

Travail et santé
Occupational health

47948

FASCICULE

LENGAGNE (P.)

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

**Récompense au travail ressentie et
santé des seniors.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE
(IRDES)

2011/06 ; vol. : n° 166 ; Pages : 8p.

Cote Irdes : QES 166

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes166.pdf>

Selon le modèle de Siegrist, le sentiment de recevoir une faible récompense au travail en **contrepartie de l'effort fourni représente un** facteur de risque psychosocial affectant la **santé. À partir de l'enquête européenne SHARE**, menée en 2004 et 2006 auprès des personnes de 50 ans et plus, cette étude **propose de mesurer l'effet de ce déséquilibre entre récompense et effort sur l'état de santé des seniors, puis d'identifier des facteurs** relatifs au travail pouvant expliquer ce déséquilibre. Selon nos résultats, la probabilité de **déclarer des limitations d'activités** est supérieure de 8 points pour les seniors en emploi estimant recevoir une faible récompense au travail en 2004 et 2006. La probabilité de déclarer des douleurs articulaires ou maux de dos est, quant à elle, supérieure de 12 points. Le sentiment de recevoir une faible récompense au travail, davantage observé chez les ouvriers et employés que chez les cadres, est également associé à la pénibilité physique, à la charge de travail et au risque de perdre son emploi. Cette perception concerne moins souvent les salariés de petites entreprises (moins de 15 salariés) et les indépendants que les entreprises de taille moyenne (25 à 199 salariés). Enfin, des écarts élevés de récompense au travail ressentie entre pays européens ressortent. Ceux-ci reflètent les différences entre les pays les plus performants **en termes d'emploi des seniors, dont les pays du nord de l'Europe, et les moins performants, comme la France.**

47660

FASCICULE, INTERNET

Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

La situation sur le marché du travail en 2008 des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap.

DARES Analyses

2011/06 ; n° 040 ; Pages : 8p., 4 tabl., encadré

Cote Irdes : En ligne

<http://www.travail-emploi->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-040.pdf](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-040.pdf)

En 2008, selon l'enquête Handicap et Santé auprès des ménages, 6 % des personnes de 15 à 64 ans déclarent détenir une reconnaissance administrative de leur handicap ouvrant droit à l'obligation d'emploi de travailleur handicapé. Leur taux d'activité est très inférieur à celui de l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans (46 % contre 71 %) et leur taux de chômage, basé sur les déclarations spontanées des personnes, est de plus du double de celui de la population totale en âge de travailler (22 % contre 10 %). Un quart des personnes en emploi déclarant avoir une reconnaissance de leur handicap travaille à temps partiel, plutôt court. Ce temps partiel est motivé dans quatre cas sur dix par des **problèmes de santé. Lorsqu'elles sont au chômage, la moitié de ces personnes considère que leur situation résulte d'un problème de santé causé par le travail, une maladie ou un accident. La moitié d'entre elles estime également qu'un aménagement ou une adaptation de leurs conditions de travail serait nécessaire pour prendre ou reprendre un emploi.** Parmi les personnes reconnues **handicapées qui sont inactives alors qu'elles ont déjà travaillé et ne sont pas encore retraitées, 75 % attribuent le départ ou la perte de leur dernier emploi à un problème de santé, un accident ou un travail usant et les trois quarts se disent inaptes au travail.** Rares sont celles qui déclarent souhaiter retravailler. Ces personnes perçoivent leur état de santé comme le principal obstacle à leur employabilité.

47659

FASCICULE, INTERNET

AMROUS (N.)

Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap.

DARES Analyses

2011/06 ; n° 041 : Pages : 8p., 4 tabl., encadré

Cote Irdes : En ligne

<http://www.travail-emploi->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-041-2.pdf

Fin 2006, selon l'enquête Santé et Itinéraire professionnel, les personnes de 20 à 64 ans ayant ou ayant eu une reconnaissance administrative de leur handicap ouvrant droit à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés ont des parcours professionnels plus hachés et instables que l'ensemble de la population. 25 % des ayants droit à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés déclarent ainsi avoir connu un événement de santé qui les a contraint à quitter le marché du travail temporairement ou définitivement. 35 % estiment que leur problème de santé a eu un impact sur leur vie professionnelle sans entraîner de périodes d'inactivité. 40 % déclarent que leur problème de santé n'a pas eu d'effet sur leur vie professionnelle. Les difficultés rencontrées dans leurs parcours professionnels sont particulièrement importantes lorsque les problèmes de santé, le handicap ou l'accident sont survenus pendant l'enfance. La crainte vis-à-vis de l'avenir professionnel est plus fréquente parmi les ayants droit à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

47637

ARTICLE

HERQUELOT (E.), GUEGUEN (A.),
BONENFANT (S.), DRAY-SPIRA (R.)

Impact of Diabetes on Work Cessation - Data from the GAZEL cohort Study

L'impact du diabète sur la sortie du marché du travail. Données issues de l'étude de la cohorte Gazel.

DIABETES CARE

2011 ; vol. 34 : n° 6 : Pages : 1344-1349

Cote Irdes : C, en ligne

The objective of this study was to measure the impact of diabetes on work cessation, i.e., on the risks of work disability, early retirement, and death while in the labor force. It used data from the GAZEL prospective cohort of 20,625 employees of the French national gas and electricity company EDF-GDF. It identified 506 employees with diabetes and randomly selected 2,530 nondiabetic employed control subjects matched for major socio-demographic and occupational characteristics. Using a multistate Cox model, we estimated hazard ratios (HR) comparing the risks of transition from employment to disability, retirement, and death over time between participants with versus without diabetes. RESULTS—Employment rate decreased more rapidly in participants with diabetes (51.9 and 10.1% at 55 and 60 years, respectively) compared with nondiabetic participants (66.5 and 13.4%, respectively). Participants with diabetes had significantly increased risks of transition from employment to disability (HR 1.7 [95% CI 1.0–2.9]), retirement (HR 1.6 [1.5–1.8]), and death (HR 7.3 [3.6–14.6]) compared with participants without diabetes. Between 35 and 60 years, each participant with diabetes lost an estimated mean time of 1.1 year in the workforce (95% CI 0.99–1.14) compared with a nondiabetic participant. The results provide evidence for a profound negative impact of diabetes on workforce participation in France. Social and economic consequences are major for patients, employers, and society, a burden that is likely to increase as diabetes becomes more and more common in the working-aged population.

47626

ARTICLE

MATHIEU-BOLH (N.), PAUTREL (X.)

Taxe environnementale, morbidité et profil de productivité.

REVUE ECONOMIQUE

2011/05 ; vol. 62 : n° 3 : Pages : 501-510

Cote Irdes : P57

Cette étude ré-examine l'influence de la politique environnementale sur l'activité économique en prenant en compte l'impact de la pollution sur la morbidité et ses effets sur le profil par âge de la productivité des travailleurs. Elle démontre **que l'impact négatif de la taxe environnementale sur le niveau de vie est modifié par deux effets santé opposés. Le premier effet santé accroît l'offre de travail efficace par tête, ce qui atténue l'impact négatif de la taxe environnementale. Le second effet santé réduit l'épargne, ce qui accroît l'effet négatif de la taxe. Ce second effet santé est lié à la prise en compte de l'impact de la pollution sur la santé spécifique à l'âge.**

47625

ARTICLE

CHAUPAIN-GUILLOT (S.), GUILLOT (O.)

Les déterminants individuels de l'absentéisme au travail : une comparaison européenne.

REVUE ECONOMIQUE

2011/05 ; vol. 62 : n° 3 : Pages : 419-428, 1 tabl.

Cote Irdes : P57

À partir des données de l'European Community Household Panel (ECHP), on s'intéresse aux déterminants individuels des absences au travail dans les pays européens. L'étude porte sur l'ensemble des États membres de l'Union européenne - 15, à l'exception de la Suède. Les comportements d'absence des salariés, dans chacun de ces pays, sont analysés à l'aide de régressions sur données de panel. Les résultats des estimations montrent que les facteurs jouant sur la probabilité d'absence sont loin d'être identiques d'un pays à l'autre. L'état de santé, le degré de satisfaction au travail et, chez les femmes, la présence d'un jeune enfant sont, en effet, les seules variables qui ont un impact

significatif, et de même signe, dans la quasi-totalité des pays étudiés.

47525

ARTICLE

CAMBOIS (E.), MOLINIE (A.F.), VOLKOFF (S.)

Santé au travail : jusqu'où se logent les inégalités sociales ?

RETRAITE ET SOCIETE

2010/08 ; n° 59 : Pages : 164-173, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P63

Les inégalités entre professions face à la mort sont très fortes en France. Les ouvriers ont une espérance de vie plus courte et passent plus de temps en mauvaise santé. En quoi les conditions de travail contribuent-elles directement à ces inégalités en fin de carrière ? Comment cela a-t-il évolué au cours du temps ? Outre les analyses épidémiologiques conduites dans ce domaine de recherche, des travaux spécifiques permettent de mettre en évidence le poids de l'organisation du travail et des pénibilités dans la dégradation de l'état de santé des travailleurs, mais aussi dans les possibilités qui leur sont offertes de se mettre à l'abri et de poursuivre une activité professionnelle jusqu'au terme légal. Cet article reprend un entretien avec Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff, qui travaillent en mobilisant des disciplines variées telles que la démographie, la statistique ou l'épidémiologie et l'ergonomie pour analyser les facteurs de risques professionnels ou, au contraire, des conditions favorables auxquels sont soumis les travailleurs vieillissants (Introduction).

47517

FASCICULE

ROBINE (J.M.) / coord., CAMBOIS (E.) / coord.

L'état de santé des travailleurs âgés.

RETRAITE ET SOCIETE

2010/08 ; n° 59 : Pages : 263p.

Cote : P63

Au cœur du débat sur le recul de l'âge de la retraite, ce numéro s'intéresse à la santé des 50-65 ans. Les différents articles sont empruntés à la démographie ou aux statistiques de la santé et du travail. Ils dressent un panorama de la santé des quinquagénaires et des sexagénaires, travailleurs ou inactifs, en France, en Europe, aux États-Unis ou encore au Canada. Ce dossier entend ainsi apporter des éléments de réponse à ces questions d'actualité en mettant en perspective différentes études sur les situations de santé et de travail des populations en fin de vie active (Extrait de la 4e de couverture.).

47514

ARTICLE

MARESCA (B.), DUJIN (A.)

Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ?

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/01-03 ; n° 1 : Pages : 19-26

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1101_Evaluation_de_l_utilisation_des_services_de_sante.pdf

Le travail de recherche engagé par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) à la demande de l'Institut national du cancer (INCa) visait à apporter un éclairage sur la manière dont la question du maintien dans l'emploi se pose pour les acteurs de l'entreprise et comment elle s'inscrit dans les pratiques professionnelles.

47369

ARTICLE

HEGE (A.), DUFOUR (C.)

Les pratiques des acteurs d'entreprise face à la longue maladie et au handicap en Allemagne.

REVUE DE L'IRES (LA)

2010/04 ; vol. : n° 67 : Pages : 59-121

Cote Irdes : P178

<http://www.ires-fr.org/index.php/publications/la-revue-de-lires>

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) a mené en collaboration avec l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires) une recherche sur les politiques de maintien dans l'emploi après un arrêt de longue maladie dans les grandes entreprises en France et en Allemagne. Cette recherche s'inscrit dans le programme de recherche de l'Institut national du cancer sur la thématique « cancer et travail ». L'enquête de terrain a eu lieu dans les entreprises françaises entre juin 2007 et juin 2008, et entre décembre 2007 et mai 2008, pour les entreprises allemandes. Cet article présente les résultats pour l'Allemagne.

47368

ARTICLE

DUJIN (A.), MARESCA (B.)

La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises.

REVUE DE L'IRES (LA)

2010/04 ; vol. : n° 67 : Pages : 39-58

Cote Irdes : P178

<http://www.ires-fr.org/index.php/publications/la-revue-de-lires>

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) a mené en collaboration avec l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires) une recherche sur les politiques de maintien dans l'emploi après un arrêt de longue maladie dans les grandes entreprises en France et en Allemagne. Cette recherche s'inscrit dans le programme de recherche de l'Institut national du cancer sur la thématique « cancer et travail ». L'enquête de terrain a eu lieu dans

les entreprises françaises entre juin 2007 et juin 2008, et entre décembre 2007 et mai 2008, pour les entreprises allemandes. Cet article présente les résultats pour la France.

47255
ARTICLE

BARNAY (T.), SAUZE (D.), SULTAN-TAIEB (H.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Etudes de
l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris. FRA

La santé au travail : une préoccupation multiforme pour les économistes.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2010/10-12 ; vol. : n° 4 ; Pages : 9-25
Cote Irdes : C, P59

Les études de corrélations entre santé et offre de travail, encore relativement peu nombreuses, permettent d'identifier le rôle déterminant de la santé dans le processus de cessation d'activité temporaire ou permanent. Ainsi, certaines catégories sont concernées : les ouvriers dans le secteur industriel et les salariés précaires, aux carrières incomplètes, par exemple. Les enjeux des recherches à venir sont de taille, car ces travaux pourraient contribuer à analyser plus finement les causalités entre pathologies (professionnelles et non professionnelles) et situations professionnelles tout au long du cycle de vie. Une prévention au travail ciblée, par le biais de nouvelles formes d'organisation du travail préservant la santé des travailleurs, devrait apparaître comme une priorité des politiques de l'emploi et de la santé. L'évaluation économique de ces politiques de prévention pourrait jouer son rôle d'outil d'aide à la décision, en sélectionnant les mesures jugées les plus efficaces en moyenne, mais poursuivant aussi un objectif de réduction des inégalités sociales.

47094
ARTICLE

LAFORTUNE (J.), GHASAROSSIAN (C.)

Fatigue et arrêt de travail.

MEDECINE : REVUE DE L'UNIFORMEC
2011 ; vol. 7 ; n° 4 ; Pages : 167-168
Cote Irdes : P198

Un arrêt de travail temporaire peut être très utile pour débloquer une situation (stress professionnel, conflit...), et protecteur par exemple pour un patient dépressif avec inhibition psychomotrice, incapable de résoudre les problèmes professionnels habituels et affichant une image dégradée de lui-même. La prescription de l'arrêt de travail fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique et doit être évaluée selon le rapport bénéfique/risque. Elle a un impact social important et doit être argumentée. Un entretien téléphonique entre médecin traitant et médecin du travail peut être utile à certains moments.

46725
FASCICULE, INTERNET

Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière : l'apport de l'enquête - Santé et itinéraire professionnel.

DARES Analyses
2011/03 ; n° 020 ; Pages : 7p., tabl., graph.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-020.pdf>

Selon l'enquête Santé et Itinéraire professionnel de 2007, 35 % des personnes de 50 à 59 ans ayant travaillé au moins dix ans déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à l'une au moins des quatre pénibilités suivantes : travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs ou toxiques. 40 % d'entre elles déclarent avoir cumulé au moins deux pénibilités physiques durant leur parcours professionnel, dans le même emploi

ou dans des emplois successifs. Les personnes de 50 à 59 ans, qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques, sont moins souvent en bonne santé : 24 % se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé contre 17 % des autres seniors. Elles sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques : 68 % des personnes exposées à au moins une pénibilité et 62 % de celles exposées à au moins trois pénibilités sont en emploi après 50 ans contre 75 % de celles qui n'ont pas été exposées ou qui l'ont été moins de quinze ans.

IAVICOLI (S.), NATALI (E.), DEITINGER (P.), MARIA (R.B.), ERTEL (M.), JAIN (A.), LEKA (S.)

Occupational health and safety policy and psychosocial risks in Europe: the role of stakeholders' perceptions.

Santé au travail et politique de gestion des risques psychosociaux en Europe: le rôle des différents acteurs selon leur perception de la problématique.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 101 : n° 1 : 87-94.
Cote Irdes : P92

Psychosocial risks are now largely acknowledged throughout Europe as important challenges in occupational health and safety. However, there appear to be wide gaps in perception between experts and the general population on the nature and the relevance of psychosocial risks that have a potential impact on policy development and implementation in this area. This study investigated the level of knowledge among European stakeholders, of legislation on occupational safety and health, focusing particularly on psychosocial risk factors. 75 members of employers' associations, trade unions and government institutions from 21 countries in the European Union (EU) participated in the study. In addition, to further elaborate the findings of the survey, focus groups were organized during a 2-day stakeholder workshop. The level of application of

European Directive 89/391 for the assessment and management of psychosocial risks and work-related stress was largely reported by the stakeholders as inadequate. This opinion was more marked in the new EU27 countries than the older EU15, and the difference was significant as regards the impact of the Directive on the assessment and management of psychosocial risks. Overall, psychosocial risks and work-related stress were reported to be important occupational health and safety concerns; however there were important differences among stakeholders in different countries. Despite the development of knowledge and activities on both the policy and practice levels in recent years, further work is still needed to harmonize stakeholder perceptions in this area in the various EU member states.

HOLLAND (P.), NYLEN (L.), THIELEN (K.), VAN DER WEL (K.A.), CHEN (W.H.), BARR (B.), BURSTROM (B.), DIDERICHSEN (F.), ANDERSEN (P.K.), DAHL (E.), UPPAL (S.), CLAYTON (S.), WHITEHEAD (M.)

How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part II: The impact of active and passive labor market policies.

Comment les contextes à un niveau macro et les politiques affectent-ils les chances des personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes handicapées dans leur recherche d'emploi ? Partie II : l'impact des politiques passives et actives du marché du l'emploi.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES
2011 : vol. 41 : n° 3 : 415-430.
Cote Irdes : P35

The authors investigate three hypotheses on the influence of labor market deregulation, decommmodification, and investment in active labor market policies on the employment of chronically ill and disabled people. The study explores the interaction between employment, chronic illness, and educational level for men and women in Canada, Denmark, Norway,

Sweden, and the United Kingdom, countries with advanced social welfare systems and universal health care but with varying types of active and passive labor market policies. People with chronic illness were found to fare better in employment terms in the Nordic countries than in Canada or the United Kingdom. Their employment chances also varied by educational level and country. The employment impact of having both chronic illness and low education was not just additive but synergistic.

This amplification was strongest for British men and women, Norwegian men, and Danish women. Hypotheses on the disincentive effects of tighter employment regulation or more generous welfare benefits were not supported. The hypothesis that greater investments in active labor market policies may improve the employment of chronically ill people was partially supported. Attention must be paid to the differential impact of macro-level policies on the labor market participation of chronically ill and disabled people with low education, a group facing multiple barriers to gaining employment.

Personnes âgées/Elderly

Accès aux soins Health care accessibility

GUSMANO (M.), ALLIN (S.)

Health care for older persons in England and the United States: a contrast of systems and values.

Soins de santé pour les personnes âgées en Angleterre et aux Etats-Unis : systèmes et valeurs contrastés.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW
2011 : vol. 36 : n° 1 : 89-118.
Cote Irdes : P82

This article extends previous comparisons of access to health care for older persons in England and the United States by comparing rates of avoidable hospital conditions as a proxy for primary care access and by examining the distribution of care within these older populations. Drawing on hospital data from the two countries, we find that older persons in the United States, particularly those over the age of seventy-five, receive far more revascularizations than do older persons in England. Differences in the use of lower-joint replacement are not as great, but we are unable to assess differences in the need for these procedures. Although older persons have greater access to specialty care in the United States, there appears to be much better access to primary care in England. We are unable to draw comparisons on the extent of inequalities in access to health care, although in the United States there is evidence of inequalities in access by race, and in England we confirm earlier studies that find inequalities by level of deprivation. These findings are discussed in the context of the political debates over access to care and rationing in the two countries.

Capital social Social capital

46686

ARTICLE

LIM (J.Y.), LEE (H.H.), HWANG (Y.H.)

Trust on doctor, social capital and medical care use of the elderly.

Confiance dans le médecin, capital social et recours aux soins des personnes âgées.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/04 : vol. 12 : n° 2 : Pages : 175-188, 10 tabl.
Cote Irdes : P151

Using data from a survey sample of people 65 years of age and older living in Seoul and Chuncheon, Korea, this paper assesses whether the level of social capital affects elderly individuals' use of medical care. As an econometric model, Heckman's Sample Selection model and the 2SLS method were used to control the endogeneity problem of patient's trust on doctors. The results of our estimations indicate that the level of social capital exerts a positive effect on elderly individuals' use of medical care indirectly, via its positive effect on the level of trust in doctors.

Dépendance Dependency

48021

ARTICLE

MOREAU (B.)

Quelle solidarité pour l'aide à l'autonomie ?

PROBLEMES ECONOMIQUES
2011/07/20 : n° 3025 : Pages : 29-34
Cote Irdes : P100

En février 2011, le débat national sur la dépendance s'est déroulé dans un contexte financier très contraint. Les enjeux sont

multiples : faire face à l'inflation continue des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui pèsent surtout sur les départements ; favoriser le maintien à domicile et réduire la somme qui reste à la charge des personnes âgées dans les maisons de retraite. Cependant, le débat ne peut se limiter à des questions d'équilibre financier. Le véritable enjeu est la solidarité entre les générations. C'est la raison pour laquelle on parle également parfois de cinquième risque de protection sociale.

47773

ARTICLE

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

Besoins d'aide et composition de l'aide reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire. Une estimation à partir des enquêtes Handicap Santé Ménages et Handicap-Santé Aidants 2008.

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2011/03 ; n° 1 : Pages : 5-7

Cote Irdes : En ligne

http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_1-2011.pdf

La France vieillit. Le nombre et la part dans la population totale des personnes âgées de 60 ans et plus ne cessent d'augmenter : 12 millions (20,6 % de la population totale) en 2000, 14 millions (22,7 %) en 2010 et, d'après les prévisions récentes, 23,6 millions (32,1 %) en 2060. **Même si les gains d'espérance de vie sont en grande partie des gains d'espérance de vie sans incapacité**, les populations arrivant aux grands âges font état de difficultés dans la réalisation des activités de la vie courante. Au sein de ces populations, certaines sont plus à **risque de déclarer des besoins d'aide** dans la réalisation de la vie quotidienne, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Leur nombre a été estimé à 850 000 ; il devrait plus que doubler d'ici 2050 (Tiré de l'introduction).

47611

ARTICLE

CESBRON (P.), LIMOUSIN (M.), GIBELIN (J.L.), CHAVROT (L.), MAY (E.) et al.

Le dossier de la dépendance.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/04 ; Pages : 60-97

Cote Irdes : B7031

Ce dossier est composé de différents articles abordant la problématique de la dépendance des personnes âgées.

47396

FASCICULE

KAMETTE (F.)
Fondation Robert Schuman. Paris. FRA

Analyse comparée. La prise en charge de la dépendance dans l'Union européenne.

QUESTIONS D'EUROPE

2011/02 ; n° 196 : Pages : 10p.

Cote Irdes : c, en ligne

http://www.robert-schuman.eu/doc/questions_europe/qe-196-fr.pdf

Le vieillissement de la population conjugué à l'affaiblissement des solidarités familiales, lui-même lié au travail des femmes et à l'urbanisation croissante, font de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées un problème commun à tous les pays européens. L'analyse de la manière dont six d'entre eux traitent ce problème illustre la diversité des solutions possibles. L'Allemagne et l'Espagne ont mis en place des dispositifs spécifiques et globaux de prise en charge de la dépendance, à la différence du Danemark, où les prestations des services sociaux locaux ont progressivement évolué pour tenir compte des besoins de la population vieillissante. L'Angleterre, l'Italie et les Pays-Bas établissent une distinction entre les soins et les autres prestations dont les personnes en perte d'autonomie ont besoin, les premiers relevant du système de santé et les secondes étant fournies par les collectivités locales.

47117

ARTICLE

JAGGER (C.), COLLERTON (J.C.), DAVIES (C.) et al.

Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs.

Capacité et dépendance dans l'étude de cohorte des 85 ans et plus à Newcastle. Projections des besoins futurs en soins

BMC GERIATRICS
2011 ; vol. 11 : n° 21 : Pages : 11p., tabl., fig.
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/21>

This paper complements existing investigations of the oldest old and uses baseline data from the Newcastle 85 + study to describe the capability and dependency of 85 year olds living in north east England and to predict the future need for formal and informal support in England and Wales.

Etat de santé
Health status

47634

ARTICLE

KONIG (H.H.), HEIDER (D.), LEHNERT (T.) et al.

Health status of the advanced elderly in six european countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12.

Etat de santé des personnes très âgées dans six pays européens : résultats d'un enquête représentative utilisant les questionnaires EQ-5D et SF-12.

HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES
2010 ; vol. 8 : n° 1 : Pages : 143-154, 6 tabl.
Cote Irdes : C, INI 2053

Due to demographic change, the advanced elderly represent the fastest growing population group in Europe. Health problems tend to be frequent and increasing with age within this cohort. The aims of this study are to describe and compare health status of the elderly population in six European countries and to analyze the impact of socio-demographic variables on health. In the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), representative noninstitutionalized population samples completed the EQ-5D and Short Form-12 (SF-12) questionnaires as part of personal computer-based home interviews in 2001-2003. This study is based on a subsample of 1659 respondents aged = 75 years from Belgium (n = 194), France (n = 168), Germany (n = 244), Italy (n = 317), the Netherlands (n = 164) and Spain (n = 572). Descriptive statistics, bivariate- (chi-square tests) and multivariate methods (linear regressions) were used to examine differences in population health. 68.8% of respondents reported problems in one or more EQ-5D dimensions, most frequently pain/ discomfort (55.2%), followed by mobility (50.0%), usual activities (36.6%), self-care (18.1%) and anxiety/depression (11.6%). The proportion of respondents reporting any problems increased significantly

with age in bivariate analyses (age 75-79: 65.4%; age 80-84: 69.2%; age = 85: 81.1%) and differed between countries, ranging from 58.7% in the Netherlands to 72.3% in Italy. The mean EQ VAS score was 61.9, decreasing with age (age 75-79: 64.1; age 80-84: 59.8; age = 85: 56.7) and ranging from 60.0 in Italy to 72.9 in the Netherlands. SF-12 derived Physical Component Summary (PCS) and Mental Component Summary (MCS) scores varied little by age and country. Age and low educational level were associated with lower EQ VAS and PCS scores. After controlling for sociodemographic variables and reported EQ-5D health states, mean EQ VAS scores were significantly higher in the Netherlands and Belgium, and lower in Germany than the grand mean. More than two thirds of the advanced elderly report impairment of health status. Impairment increases rapidly with age but differs considerably between countries. In all countries, health status is significantly associated with socio-demographic variables.

Habitat Housing

47187

FASCICULE

LAROQUE (G.) / éd.

Habiter et vieillir.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2011/03 ; n° 136 : Pages : 297p.

Cote Irdes : C, P8

Ce numéro explore la thématique riche et complexe de l'habitat (le logement, son environnement, l'habité) et du vieillir à partir de trois entrées. La première rend compte de la place nouvelle de l'habitat dans les politiques publiques et associatives. La seconde déploie la notion de culture du domicile mise en avant par les professionnels de l'accompagnement à domicile. La dernière inscrit le logement dans un territoire : vieillir chez soi, c'est aussi vieillir dans son quartier et dans sa ville.

Politique de la vieillesse Ageing policy

47018

FASCICULE

Centre for Ageing Research and Development in Ireland. (C.A.R.D.I.). Belfast. IRL

Focus on ageing strategies.

Focus sur les stratégies pour faire face au vieillissement.

Focus on

2011 ; Pages : 11p., fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cardi.ie/userfiles/Focus%20on%20ageing%20strategies.pdf>

Cet article examine diverses approches adoptées par les gouvernements du monde entier pour faire face au vieillissement de la population. Il évalue les stratégies en matière de vieillissement ainsi que les structures nécessaires à leur mise en oeuvre.

Recours aux soins Health care utilisation

LEHNERT (T.), HEIDER (D.), LEICHT (H.), HEINRICH (S.), CORRIERI (S.), LUPPA (M.), RIEDEL-HELLER (S.), KONIG (H.H.)

Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions.

Aperçu : recours aux soins et coûts des personnes âgées souffrant de maladies chroniques multiples.

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

2011 : vol. 68 : n° 4 : 387-420.

Cote Irdes : P182

This systematic literature review identified and summarized 35 studies that investigated the relationship between multiple chronic conditions (MCCs) and health care utilization outcomes (i.e. physician use, hospital use, medica-

tion use) and health care cost outcomes (medication costs, out-of-pocket costs, total health care costs) for elderly general populations. Although synthesis of studies was complicated because of ambiguous definitions and measurements of MCCs, and because of the multitude of outcomes investigated, almost all studies observed a positive association of MCCs and use/costs, many of which found that use/costs significantly increased with each additional condition. Several studies indicate a curvilinear, near exponential relationship between MCCs and costs. The rising prevalence, substantial costs, and the fear that current care arrangements may be inappropriate for many patients with MCCs, bring about a multitude of implications for research and policy, of which the most important are presented and discussed.

Retraite Retirement

47348
FASCICULE, INTERNET

Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

Le passage de l'emploi à la retraite : les enseignements de l'enquête - Passage à la retraite - de 2006.

DARES Analyses
2011/05 ; n° 035 : Pages : 7p., 5 tabl., encadré
Cote Irdes : En ligne
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-035.pdf>

En 2006, une personne sur deux ayant quitté son emploi entre 55 et 59 ans avait connu une période de transition de plus d'un an entre l'emploi et la retraite. Le taux d'emploi des personnes âgées de 50 à 54 ans est élevé (de 75 à 80 %). Il diminue ensuite fortement pour passer à 42 % à 59 ans. Entre 57 et 60 ans, 8 à 13 % d'une classe d'âge étaient en préretraite ou en dispense de

recherche d'emploi (DRE). Cette analyse est fondée sur les résultats de l'enquête « Passage à la retraite » 2006.

47180
FASCICULE

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

Les motivations de départ à la retraite : premiers résultats de l'enquête auprès des nouveaux retraités du régime général.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/01 ; n° 745 : Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er745.pdf>

Les nouveaux retraités de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) qui ont pris leur retraite entre juin 2008 et juillet 2009, ont été interrogés en février 2010 sur les principales motivations de leur départ et sur leur connaissance des dispositifs d'incitation à la poursuite d'activité. Une majorité des nouveaux retraités déclarent qu'ils sont partis dès qu'ils en ont eu la possibilité. Les motifs de départ le plus souvent invoqués sont le fait d'avoir atteint les conditions requises pour l'obtention d'une retraite au taux plein (sans décote) ou l'âge de 60 ans, ainsi que le souhait général de profiter de sa retraite le plus longtemps possible. Le taux plein et le cumul emploi-retraite sont les notions les mieux connues des nouveaux retraités. 87 % des retraités interrogés savent ce qu'est le cumul emploi-retraite ou en ont au moins entendu parler ; c'est le cas de 81 % d'entre eux pour le taux plein. Le fait d'atteindre le taux plein semble largement compter dans leur décision de partir à la retraite. À l'inverse, les notions de décote et surcote semblent mal connues, et l'attrait de la surcote n'aurait motivé que 17 % de ceux qui ont bénéficié de ce dispositif. Pour ces derniers, c'est l'intérêt du travail et le niveau du salaire (supérieur à celui de la retraite) qui restent les principales motivations de la poursuite de l'activité.

Soutien informel
Informal care

46799

FASCICULE

Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA

Comprendre la mobilisation familiale autour des personnes âgées

CONNAISSANCE DE L'EMPLOI : LE 4 PAGES DU CEE

2006/09 ; n° 33 ; Pages :

Cote Irdes : En ligne

http://www.ceerecherche.fr/fr/connaissance_emploi/famille_personnes_agees_ce33.pdf?utm_source=feedblitz&utm_medium=FeedBlitzEmail&utm_content=659614&utm_campaign=0

Au-delà des systèmes sanitaire, social et juridique, la prise en charge des personnes âgées dépendantes reste une affaire de famille. **Une famille qu'il faut concevoir au sens large, c'est-à-dire dépassant le périmètre des personnes légalement tenues d'apporter leur aide, comme le conjoint, les enfants, beaux-enfants et petits-enfants. A partir de l'enquête MEDIPS (Modélisation des économies domestiques et incidences des politiques sociales), ce fascicule décrit l'organisation domestique mise en place autour des personnes âgées dépendantes et analyse les caractéristiques individuelles et familiales de ces organisations.**

OUDIJK (D.), WOITTEZ (I.), DE BOER (A.)

More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries.

Davantage de responsabilité familiale, davantage de soins informels : Etude comparée entre les Pays-Bas et l'Europe sur l'impact de la motivation des personnes âgées de plus de 50 ans à octroyer des soins informels

HEALTH POLICY

2011 : vol. 101 : n° 3 : 228-235.

Cote Irdes : P92

Against the backdrop of ongoing population ageing, informal care occupies an important place on European political agendas. This article discusses informal caregiving by middle aged and older persons in the Netherlands and other European countries, with particular emphasis on the role played by motives. The data are drawn from SHARE. Our results show that in the Netherlands, it is mainly feelings of being needed and obligation that increase the chance of informal care being given. Deriving pleasure from an activity, by contrast, reduces the likelihood. In Southern Europe, where the responsibility for providing care lies with the family, we found that, contrary to expectations, older careers do not more often feel obliged. They less often report that they feel needed or see being socially active as a way of contributing to society. Our simulations suggest that if the socially active Dutch had the same motives as their Southern European counterparts and behaved similarly in terms of informal caregiving, the number of informal careers would fall. This implies that a greater policy emphasis on family responsibility could actually bring about a decline in the amount of care given, as opposed to the envisaged increase.

Inégalités de santé/Health inequalities

Accès aux soins Health care accessibility

48184

ARTICLE

GRASDAL (A.L.), MONSTAD (K.)

Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care.

Inéquité dans l'utilisation des services des médecins en Norvège avant et après l'introduction d'un système de liste d'attente pour les patients en soins primaires.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH

2011 ; vol. 10 : n° 25 : Pages : 12p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-25.pdf>

Background: Inequity in use of physician services has been detected even within health care systems with universal coverage of the population through public insurance schemes. This study analyses and compares inequity in use of physician visits (GP and specialists) in Norway based on data from the Surveys of Living Conditions for the years 2000, 2002 and 2005. A patient list system was introduced for GPs in 2001 to improve GP accessibility, strengthen the stability of the patient-doctor relationship and ensure equity in the use of health care services for the entire population. Method: It measures horizontal inequity by concentration indices and investigates changes in inequity over time when decomposing the concentration indices into the contribution of its determinants. Results: It finds that pro-rich inequity in the probability of seeing a private outpatient specialist has declined, but still existed in 2005. Conclusion: Improved patient-doctor

stability as well as better GP accessibility facilitated by the introduction of patient lists improved access to private specialist services. In particular the less well off benefited from this reform.

47947

FASCICULE

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

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

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

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2011/05 ; n° 165 : Pages : 8p.

Cote Irdes : QES 165

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

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

en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

47586

ARTICLE

DINH-DO (L.P.)

Analyse du rapport annuel de la Cour des comptes sur la difficulté d'accès aux soins dentaires en France.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/04 ; Pages : 24-27

Cote Irdes : B7031

Cet article reprend les principaux points évoqués dans le rapport 2010 de la Cour des comptes concernant l'accès aux soins dentaires en France.

Discrimination
Discrimination

HAUSMANN (L.R.), HANNON (M.J.), KRESEVIC (D.M.), HANUSA (B.H.), KWOH (C.K.), IBRAHIM (S.A.)

Impact of perceived discrimination in healthcare on patient-provider communication.

Impact de la discrimination perçue en soins de santé sur la relation soigné/soignant.

MEDICAL CARE

2011 : vol. 49 : n° 7 : 626-633.

Cote Irdes : P45

BACKGROUND: The impact of patients' perceptions of discrimination in healthcare on patient-provider interactions is unknown. OBJECTIVE: To examine association of past perceived discrimination with subsequent patient-provider communication. RESEARCH DESIGN: Observational cross-sectional study. SUBJECTS: African-American (N=100) and

white (N=253) patients treated for osteoarthritis by orthopedic surgeons (N=63) in 2 Veterans Affairs facilities. MEASURES: Patients were surveyed about past experiences with racism and classism in healthcare settings before a clinic visit. Visits were audio-recorded and coded for instrumental and affective communication content (biomedical exchange, psychosocial exchange, rapport-building, and patient engagement/activation) and non-verbal affective tone. After the encounter, patients rated visit informativeness, provider warmth/respectfulness, and ease of communicating with the provider. Regression models stratified by patient race assessed the associations of racism and classism with communication outcomes. RESULTS: Perceived racism and classism were reported by more African-American patients than by white patients (racism: 70% vs. 26% and classism: 73% vs. 53%). High levels of perceived racism among African-American patients was associated with less positive nonverbal affect among patients [beta=-0.41, 95% confidence interval (CI)=-0.73 to -0.09] and providers (beta=-0.34, 95% CI=-0.66 to -0.01) and with low patient ratings of provider warmth/respectfulness [odds ratio (OR)=0.19, 95% CI=0.05-0.72] and ease of communication (OR=0.22, 95% CI=0.07-0.67). Any perceived racism among white patients was associated with less psychosocial communication (beta=-4.18, 95% CI=-7.68 to -0.68), and with low patient ratings of visit informativeness (OR=0.40, 95% CI=0.23-0.71) and ease of communication (OR=0.43, 95% CI=0.20-0.89). Perceived classism yielded similar results. CONCLUSIONS: Perceptions of past racism and classism in healthcare settings may negatively impact the affective tone of subsequent patient-provider communication.

Espérance de vie
Life expectancy

47528

ARTICLE

CAMBOIS (E.), BARNAY (T.), ROBINE (J.M.)

Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France.

RETRAITE ET SOCIETE

2010/08 ; n° 59 ; Pages : 194-205, tabl.

Cote Irdes : C, P63

Dans cet article, les auteurs présentent un regard croisé sur l'ampleur et la nature des différences d'espérances de vie et d'espérances de vie en santé selon la profession ainsi que sur le rôle socialement différencié de la santé dans les décisions de cessation d'activité. Cette synthèse de résultats français récents sur l'état de santé et les déterminants des départs en retraite vise à souligner le caractère indissociable de ces deux champs de recherche (Introduction).

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

48029

ARTICLE

SUNDMACHER (L.), SCHELLER-KREINSEN (D.), BUSSE (R.)

The wider determinants of inequalities in health: A decomposition analysis.

Les déterminants plus larges des inégalités en santé : une analyse par décomposition.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH

2011 ; Pages : 30p.,+annexes, tabl., fig.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-30.pdf>

The common starting point of many studies scrutinizing the factors underlying health inequalities is that material, cultural-behavioural, and psycho-social factors affect the distribution of health systematically through income, education, occupation, wealth or similar indicators of socioeconomic structure. However, little is known regarding if and to what extent these factors can assert systematic influence on the distribution of health of a population independent of the effects channelled through income, education, or wealth. Methods: Using representative data from the German Socioeconomic Panel, we apply Fields' regression based decomposition techniques to breakdown variations in health into its sources. Controlling for income, education, occupation, and wealth, we assess the relative importance of the explanatory factors over and above their effect on the variation in health channelled through the commonly applied measures of socioeconomic status. Results: The analysis suggests that three main factors persistently contribute to variance in health: the capability score, cultural-behavioural variables and to a lower extent, the materialist approach. Of the three, the capability score illustrates the explanatory power of interaction and compound effects as it captures the individual's socioeconomic, social, and psychological resources in relation to his/her exposure to life challenges. Conclusion: Models that take a reductionist perspective and do not allow for the possibility that health inequalities are generated by factors over and above their effect on the variation in health channelled through one of the socioeconomic measures are underspecified and may fail to capture the determinants of health inequalities.

47980

ARTICLE

DEJARDIN (O.), PORNET (C.), LAUNOY (G.)

Inégalités géographiques de santé en cancérologie : l'exemple des cancers digestifs.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/06 ; vol. 7 : n° 6 : Pages : 286-290, fig.
Cote Irdes : P198

Des inégalités sociales de santé ont été identifiées dans tous les pays industrialisés, quel que soit le niveau des dépenses de santé ou le mode d'organisation du système de soins. Ces inégalités semblent être en constante augmentation malgré la prise de conscience des pouvoirs publics, comme en atteste la mise en œuvre dans de nombreux pays de plans de recherche ou d'action. Elles surviennent à tous les stades de la vie et concernent un grand nombre de pathologies : maladies pédiatriques, maladies cardiovasculaires, cancers ou encore accès aux soins palliatifs... Elles ne se répartissent pas de façon identique selon les zones géographiques étudiées : les pays de l'Europe du nord connaissent un fort gradient social de mortalité par maladies cardiovasculaires alors que, dans le sud de l'Europe, ce gradient concerne principalement les cancers. Dans chaque pays considéré, les déterminants sociaux de la santé vont dépendre à la fois de l'épidémiologie des pathologies et de l'organisation du système de soins. Cet article examine la situation française, notamment pour les cancers digestifs.

47584

ARTICLE

TRUGEON (A.)

Observer les inégalités en France : une lecture à travers le prisme "santé, social et territoires".

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/04 ; Pages : 9-15, cartes
Cote Irdes : B7031

Cet article présente les travaux de recherche et d'analyse des inégalités territoriales de santé par les différents Observatoires régionaux de la santé (ORS) et de leur fédération (FNORS). Il

présente notamment trois cartographies de synthèse qui résument les aspects sociaux et sanitaires.

47545

ARTICLE

DEJARDIN (O.), BERCHI (C.), MIGNON (A.), PORNET (C.), GUILLAUME (E.), GUITTET (L.), BOUVIER (V.), SAILLY (M.), SALINAS (A.), CHRISTOPHE (V.), LAUNOY (G.)

Inégalités sociales, de santé du constat à l'action - Intérêt de la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE
PUBLIQUE
2011/02 ; vol. 59 : n° 1 : Pages : 45-51, rés.
Cote Irdes : C, P11

Des inégalités sociales de santé ont été rapportées dans l'ensemble des pays industrialisés et pour un très grand nombre de pathologies (maladies cardiovasculaires, cancers, etc.). Les patients issus des milieux les plus défavorisés présentent généralement les plus mauvais indicateurs de santé. Au-delà du constat se pose dès lors la question des moyens d'action permettant de lutter efficacement contre la formation des inégalités sociales de santé. L'objectif de cet article est d'étudier l'intérêt potentiel d'une méthode de lutte contre les inégalités sociales en cancérologie, couramment dénommée « patient navigator » dans les pays anglosaxons (accompagnateur d'un patient en français) et d'évaluer la faisabilité de sa mise en place en France.

47426

ARTICLE

CADOT (E.), MARTIN (J.)

Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005.

Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

HEBDOMADAIRE

2011/03/08 ; n° 8-9 : Pages : 91-94

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

L'objectif de ce travail était d'estimer l'association entre certaines caractéristiques du contexte de résidence et l'obésité, une fois pris en compte l'âge, le sexe et le statut socio-économique des personnes résidant dans l'agglomération parisienne. Les analyses ont été conduites à partir des données recueillies en 2005 par la cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales), auprès d'un échantillon aléatoire de 3 023 individus représentatif de la population adulte francophone de Paris et de la première couronne. L'obésité est définie par un IMC (Indice de masse corporelle) supérieur ou égal à 30, à partir de données déclaratives. Les caractéristiques de l'environnement de résidence ont été mesurées à l'Iris ou dans un rayon de 500 mètres, selon la disponibilité des sources extérieures. Les analyses ont fait appel à un système d'information géographique et à des modèles de régression multi-niveau. Résultats - Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le niveau de revenus, il existe des associations fortes et significatives entre le risque d'obésité et le niveau de revenus moyen des ménages de l'Iris de résidence, la proportion d'habitants avec un niveau d'études supérieur, la distance moyenne aux magasins alimentaires de détail les plus proches, la proportion d'établissements de restauration rapide parmi les restaurants et le nombre de commerces et de service de voisinage. Une telle approche d'« épidémiologie contextuelle » apparaît riche d'enseignements pour des maladies comme l'obésité - où des modèles multi-niveau permettent de confronter l'« effet » des

caractéristiques individuelles à celui des caractéristiques du contexte de résidence - à l'heure où se développent une réflexion et des actions politiques territoriales en matière de santé (Résumé des auteurs).

47425

ARTICLE

REY (G.), RICAN (S.)

Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social.

Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

HEBDOMADAIRE

2011/03/08 ; n° 8-9 : Pages : 87-90, tabl., cartes

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

Les indicateurs de désavantage social permettent une surveillance en routine des inégalités de santé. Cette étude définit un indicateur et évalue son association avec la mortalité par cause de décès sur l'ensemble de la France métropolitaine. L'indicateur de désavantage social FDep99 est défini à l'échelle communale comme la première composante d'une analyse en composante principale de quatre variables. L'association spatiale entre désavantage social et mortalité est étudiée selon la tranche d'unité urbaine, la région et la cause de décès, sur la période 1997-2001. Le FDep99 représente 68 % du total de l'inertie du nuage de points. Sa construction est insensible à la tranche d'unité urbaine considérée. Il est positivement et quasi-linéairement associé au niveau de mortalité, le SMR (ratio de mortalité standardisé) étant de 24 % plus élevé pour les communes du quintile le plus désavantagé par rapport à celles du quintile le moins désavantagé. L'association est similaire au sein de chaque tranche d'unité urbaine et de chaque région. Elle est positive pour la quasi-totalité des causes de décès, et plus forte pour les hommes. La méthode de construction de l'indice proposé permet de résumer l'hétérogénéité socioéconomique du territoire sans lien a priori

avec la mortalité. L'indice permet une observation en routine des inégalités sociales de santé ; il fait actuellement l'objet d'investigations complémentaires (Résumé des auteurs).

47423
ARTICLE

LECLERC (A.), MELCHIOR (M.), PLOUVIER (S.), NIEDHAMMER (I.)

Travail, emploi et inégalités sociales de santé.

Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/03/08 ; n° 8-9 : Pages : 79-81
Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

Face au constat d'inégalités sociales de santé objectivées par l'existence de gradients en fonction de la situation sociale présente, du revenu ou du niveau d'études, l'objectif est ici de s'interroger sur le rôle explicatif que peut jouer le « travail » au sens large, selon deux composantes que sont les expositions professionnelles et le statut vis-à-vis de l'emploi (y compris chômage ou absence d'emploi). Sans viser à l'exhaustivité, la démarche consiste à présenter quelques exemples illustrant la façon dont les expositions professionnelles et les conditions de travail (ou de non-travail) peuvent avoir des conséquences du point de vue des inégalités sociales de santé. Concernant le rôle des expositions professionnelles, les troubles musculosquelettiques (TMS) constituent une dimension de santé où les expositions, principalement biomécaniques, expliquent une part importante des inégalités sociales observées. Travailler dans des conditions défavorables du point de vue du statut de l'emploi (insécurité d'emploi, contrats précaires...) est aussi péjoratif pour la santé et contribue à l'existence d'inégalités. Quelques exemples documentent les effets différés des expositions professionnelles, au-delà de l'âge d'activité, qu'il s'agisse de mortalité générale, de cancer, ou de santé musculosquelettique. Au-delà d'interventions ciblées sur une

pathologie ou un facteur professionnel, une réflexion plus globale serait nécessaire sur les liens entre formation, expositions professionnelles et gestion des carrières, et sur le rôle positif que peut jouer le médecin du travail sur la réduction des inégalités sociales de santé (Résumé de l'éditeur).

47422
ARTICLE

MONTAUT (A.), DANET (S.)

Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008.

Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/03/08 ; n° 8-9 : Pages : 75-78
Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

L'enquête Handicap-Santé en Ménages, réalisée en 2008, permet d'analyser les inégalités sociales de santé au travers de divers indicateurs déclaratifs : santé perçue, limitations fonctionnelles, déterminants de santé, recours aux dépistages. L'enquête s'appuie sur un échantillon de 23 700 personnes représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus et vivant à domicile. Un modèle logistique permet de comparer les risques de santé selon la catégorie sociale (CS) pour chacun des indicateurs de santé étudiés. À âge égal, les ouvriers et ouvrières ont respectivement 3 et 4 fois plus de risques de juger leur état de santé altéré que les cadres. Après 60 ans, les ouvriers déclarent aussi deux fois plus souvent des incapacités et deux fois plus de difficultés pour rester autonomes dans les activités du quotidien que les cadres. Quel que soit l'indicateur étudié, un gradient social oppose les cadres et professions intermédiaires aux employés et ouvriers. Ce gradient est toutefois moins prononcé chez les femmes en termes de recours aux dépistages, probablement parce qu'elles sont plus proches du système de soins. Ces inégalités de santé s'expliquent en partie par des conditions de travail différentes : la CS reflète une position sociale mais aussi un

environnement, des modes de vie et des comportements liés à la santé (Résumé des auteurs).

47155
ARTICLE
SPIRA (A.)

Recherche et inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/12 ; n° 73 : Pages : 51-52
Cote Irdes : P49

Bien que les systèmes de santé se développent le plus souvent selon des principes d'équité et de solidarité qui se traduisent le plus souvent par une redistribution sociale, on voit dans l'ensemble du monde et particulièrement en France, monter les inégalités sociales de santé. La recherche se doit d'apporter des éléments pour la compréhension des mécanismes de genèse de ces inégalités, de façon à contribuer à les réduire de la façon la plus efficace.

47154
ARTICLE
SAOUT (C.)

Savoir, devoir, pouvoir.

Les inégalités sociales de santé.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/12 ; n° 73 : Pages : 47-48
Cote Irdes : P49

L'auteur, porte-parole des usagers énonce trois facteurs essentiels à prendre en compte afin de réduire les inégalités de santé en France. Le rôle du cumul des facteurs défavorables dans une vie donnée comme cause principale des inégalités sociales de santé, la responsabilité collective présentée comme une « dette d'égalité » et enfin, les choix opérés en matière de politique économique, notamment en privant les agences régionales de santé des marges de manoeuvre financières dont elles ont besoin.

47105
FASCICULE
VOGEL (L.)

Institut Syndical Européen pour la Recherche - la Formation et la Santé Sécurité (E.T.U.I. - R.E.H.S.). Département Santé Sécurité. Bruxelles. BEL

Inégalités sociales de santé : l'impact du travail.

HESAMAG : BULLETIN D'INFORMATION DU
DEPARTEMENT SANTE SECURITE E.T.U.I.-
R.E.H.S.
2011 ; n° 30-31 : Pages : 15-42
Cote Irdes : P189

L'état de santé d'un individu varie considérablement en fonction de la position qu'il occupe dans la hiérarchie sociale et de son sexe. Dans cet article de synthèse, l'auteur démontre l'impact des conditions de travail et de nouveaux modes d'organisation de travail sur ces inégalités de santé. Il plaide pour une véritable considération de ces facteurs par les pouvoirs publics qui généralement les négligent au profit exclusif de mesures de santé publique focalisées sur la prévention des comportements individuels (tabagisme, alcoolisme, alimentation) rendus seuls responsables des inégalités de santé.

47074
ARTICLE

AYYAGARI (P.), GROSSMAN (D.), SLOAN (F.)

Education and health: evidence on adults with diabetes

Education et santé : évidences sur des adultes souffrant de diabète.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE
FINANCE AND ECONOMICS
2011/03 ; vol. 11 : n° 1 : Pages : 35-54, tabl., fig.,
annexes
Cote Irdes : P195

Although the education-health relationship is well documented, pathways through which education influences health are not well understood. This study uses data from a 2003–2004 cross sectional supplemental survey of respondents to the longitudinal Health and Retirement Study (HRS) who had been diagnosed with diabetes mellitus to assess effects of education on health and mechanisms underlying the relationship. The supplemental

survey provides rich detail on use of personal health care services (e.g., adherence to guidelines for diabetes care) and personal attributes which are plausibly largely time invariant and systematically related to years of schooling completed, including time preference, self-control, and self-confidence. Educational attainment, as measured by years of schooling completed, is systematically and positively related to time to onset of diabetes, and conditional on having been diagnosed with this disease on health outcomes, variables related to efficiency in health production, as well as use of diabetes specialists. However, the marginal effects of increasing educational attainment by a year are uniformly small. Accounting for other factors, including child health and child socioeconomic status which could affect years of schooling completed and adult health, adult cognition, income, and health insurance, and personal attributes from the supplemental survey, marginal effects of educational attainment tend to be lower than when these other factors are not included in the analysis, but they tend to remain statistically significant at conventional levels.

47014
ARTICLE

BOURGUEIL (Y.), JUSOT (F.)

La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ?

Les inégalités sociales de santé.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/12 ; n° 73 : Pages : 38-40
Cote Irdes : R1832, P49

Les systèmes se basant sur des soins de santé primaires forts sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations car plus équitables en termes d'accès aux soins. L'article interroge le rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités et propose quelques pistes de réflexion.

46770
ARTICLE

CUNNINGHAM (C.M.), HANLEY (G.E.),
MORGAN (S.G.)

Income inequities in end-of-life health care spending in British Columbia, Canada: A cross-sectional analysis, 2004-2006.

Inégalités liées au revenu dans les dépenses de santé lors des dernières années de la vie en Colombie Britannique : une analyse transversale 2004-2006.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH
2010 ; vol. 10 : n° 12 : Pages : 26p., tabl.
Cote Irdes : c, En ligne
<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-12.pdf>

This study aimed to measure the income-related inequalities and inequities – the inequalities that remain after accounting for differences in health need – in expenditure on fully publicly covered (hospital and ambulatory) and partially publicly covered (prescription drugs) services for those in their last year of life in the province of British Columbia (B.C.), Canada. We focused on a decedent population for three reasons: to minimize unmeasured need differences among our cohort and therefore isolate income effects; to explore inequities for a high-spending window of health care use; and, because previous studies have found conflicting relationships between income and decedent health care spending, to further quantify this relationship.

PUIG-BARRACHINA (V.), MALMUSI (D.),
MARTENEZ (J.M.), BENACH (J.)

Monitoring social determinants of health inequalities: the impact of unemployment among vulnerable groups.

Surveillance des déterminants sociaux des inégalités de santé: l'impact du chômage parmi les groupes vulnérables.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES
2011 : vol. 41 : n° 3 : 459-482.
Cote Irdes : P35

Surveillance of social determinants of health inequalities is an essential but still underdeveloped issue in public health. Existing research has identified unemployment as an important social determinant of health inequalities. This cross-sectional study investigates the impact of unemployment on mental health outcomes among vulnerable groups, using the 2006 Catalan Health Survey (N=8591). The authors estimate the prevalence ratios and differences (excess of prevalence) for poor mental health in the unemployed and employed, with 95 percent confidence intervals. After taking into account the interactions among social mechanisms of inequality and related factors, the authors identified seven vulnerable groups to monitor. Primary findings indicate that unemployment has a greater adverse effect on the mental health of male manual workers, single mothers, main-earner women, and manual workers without unemployment benefits for both sexes. Findings support the need to devote more research to the surveillance of unemployment as a social determinant of health inequalities, to identify additional unemployment indicators, and to consider how various social mechanisms of inequality interact with each other to produce health inequalities among vulnerable groups.

COOK (B.L.), MCGUIRE (T.G.), ALEGRIA
(M.), NORMAND (S.L.)

Crowd-out and exposure effects of physical comorbidities on mental health care use: implications for racial-ethnic disparities in access.

Les effets d'éviction et d'exposition aux comorbidités physiques sur le recours aux soins en santé mentale.

HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 : vol. 46 : n° 4 : 1259-1280.
Cote Irdes : P33

OBJECTIVES: In disparities models, researchers adjust for differences in "clinical need," including indicators of comorbidities. We reconsider this practice, assessing (1) if and how having a comorbidity changes the likelihood of recognition and treatment of mental illness; and (2) differences in mental health care disparities estimates with and without adjustment for comorbidities. DATA: Longitudinal data from 2000 to 2007 Medical Expenditure Panel Survey (n=11,083) split into pre and postperiods for white, Latino, and black adults with probable need for mental health care. STUDY DESIGN: First, we tested a crowd-out effect (comorbidities decrease initiation of mental health care after a primary care provider [PCP] visit) using logistic regression models and an exposure effect (comorbidities cause more PCP visits, increasing initiation of mental health care) using instrumental variable methods. Second, we assessed the impact of adjustment for comorbidities on disparity estimates. PRINCIPAL FINDINGS: We found no evidence of a crowd-out effect but strong evidence for an exposure effect. Number of postperiod visits positively predicted initiation of mental health care. Adjusting for racial/ethnic differences in comorbidities increased black-white disparities and decreased Latino-white disparities. CONCLUSIONS: Positive exposure findings suggest that intensive follow-up programs shown to reduce disparities in chronic-care management may have additional indirect effects on reducing mental health care disparities.

LAVEIST (T.A.), GASKIN (D.), RICHARD (P.)

Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States.

Estimation du poids économique des inégalités raciales de santé aux Etats-Unis.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2011 : vol. 41 : n° 2 : 231-238.

Cote Irdes : P35

The primary hypothesis of this study is that racial/ethnic disparities in health and health care impose costs on numerous aspects of society, both direct health care costs and indirect costs such as loss of productivity. The authors conducted three sets of analysis, assessing: direct medical costs and indirect costs, using data from the Medical Expenditure Panel Survey (2002-2006) to estimate the potential cost savings of eliminating health disparities for racial/ethnic minorities and the productivity loss associated with health inequalities for racial/ethnic minorities, respectively; and costs of premature death, using data from the National Vital Statistics Reports (2003-2006). They estimate that eliminating health disparities for minorities would have reduced direct medical care expenditures by about \$230 billion and indirect costs associated with illness and premature death by more than \$1 trillion for the years 2003-2006 (in 2008 inflation-adjusted dollars). We should address health disparities because such inequities are inconsistent with the values of our society and addressing them is the right thing to do, but this analysis shows that social justice can also be cost effective.

GELORMINO (E.), BAMBRA (C.), SPADEA (T.), BELLINI (S.), COSTA (G.)

The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base.

Les effets des réformes du système de santé sur les inégalités de santé : examen et analyse de la base de résultats européenne.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2011 : vol. 41 : n° 2 : 209-230.

Cote Irdes : P35

Health care is widely considered to be an important determinant of health. The health care systems of Western Europe have recently experienced significant reforms, under pressure from economic globalization. Similarly, in Eastern Europe, health care reforms have been undertaken in response to the demands of the new market economy. Both of these changes may influence equality in health outcomes. This article aims to identify the mechanisms through which health care may affect inequalities. The authors conducted a literature review of the effects on health inequalities of European health care reforms. Particular reference was paid to interventions in the fields of financing and pooling, allocation, purchasing, and provision of services. The majority of studies were from Western Europe, and the outcomes most often examined were access to services or income distribution. Overall, the quality of research was poor, confirming the need to develop an appropriate impact assessment methodology. Few studies were related to pooling, allocation, or purchasing. For financing and purchasing, the studies showed that publicly funded universal health care reduces the impact of ill health on income distribution, while insurance systems can increase inequalities in access to care. Out-of-pocket payments increase inequalities in access to care and contribute to impoverishment. Decentralizing health services can lead to geographic inequalities in health care access. Nationalized, publicly funded health care systems are most effective at reducing inequalities in access and reducing the effects on health of income distribution.

Migrants
Migrants

45600

ARTICLE

BERCHET (C.), JUSOT (F.)

Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition.

REVUE D'ECONOMIE PUBLIQUE

2010/11 ; vol. : n° 24-25 : Pages : 73-100

Cote Irdes : R1810

Cet article étudie la contribution du capital social à l'explication des différences d'état de santé entre la population immigrée et la population native en France à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée en 2006 et 2008. L'utilisation de la méthode de décomposition proposée par Fairlie montre que 38,7 % des différences d'état de santé entre les deux populations sont liées à une différence de distribution des caractéristiques observables. Alors que l'âge contribue négativement aux disparités de santé, les résultats indiquent que le capital social présente la contribution la plus importante (53,9 %) devant le revenu (42,5 %) et la Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (16 %).

Renoncement aux soins
Unmet needs

HEMMETER (J.)

Health-related unmet needs of supplemental security income youth after the age-18 redetermination.

Renoncement aux soins des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire qui ont satisfait au réexamen de leur éligibilité à 18 ans.

HEALTH SERVICES RESEARCH

2011 ; vol. 46 : n° 4 : 1224-1242.

Cote Irdes : P33

Young adults who exit Supplemental Security Income (SSI) after their age-18 eligibility redetermination may have greater health-related unmet needs than those who remain on SSI. The objective of this paper is to determine the magnitude and causes of this gap. It uses the 2001-2002 National Survey of SSI Children and Families, a nationally representative survey of SSI youth. Self-reported unmet medical, dental, and prescription drug needs of 869 individuals ages 19-23 who have had their SSI eligibility redetermined are compared. In addition to raw differences in unmet needs, logistic regressions are used to determine the sources of these differences. The young adults who exit SSI are almost twice as likely to have health-related unmet needs subsequent to their exit as those who remain on SSI after the age 18 redetermination. Access to care, particularly insurance coverage (either Medicaid or non-Medicaid), accounts for much of the difference between these two groups; measures of health status do not explain much of the difference. Policies addressing access to health care are likely to be more successful in addressing unmet needs than policies focused on disability-specific issues in health for youth who lose access to SSI after their age-18 redetermination.

Géographie de santé/Geography of health

Agences régionales de santé Regional health agencies

47161

ARTICLE

EVIN (C.) / coord., GREMY (I.) / coord.

Les agences régionales de santé, un an après. Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 74 : Pages : 11-56
Cote Irdes : P, P49

Ce dossier très complet revient sur les missions et le fonctionnement des agences régionales de santé (ARS) et fait le point sur leurs nouveaux outils d'intervention et de concertation (projet régional de santé, conférence régionale de la santé et de l'autonomie, contrat d'objectifs et de moyens...). Il laisse également la parole à plusieurs acteurs (représentants d'usagers, médecins généralistes, élus locaux...) qui livrent leurs points de vue sur la réforme et font part de leurs attentes et leurs craintes.

47841

ARTICLE

DE LACAUSSE (G.)

Les agences régionales de santé : missions et organisation.

Les agences régionales de santé, un an après.
Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 74 : Pages : 17-21
Cote Irdes : C, P49

Mises en place le 1er avril 2010, les agences régionales de santé (ARS) sont dotées de pouvoirs importants afin d'organiser, autoriser, réguler et contrôler les acteurs de l'ensemble du champ de la santé. Cet article fait le point sur les missions qui lui sont confiées par la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) ainsi que sur son organisation (directeur général, conseil de surveillance, relations avec les partenaires).

47170

ARTICLE

BRAS (P.L.)

Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ?

Les agences régionales de santé, un an après.
Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 74 : Pages : 54-56
Cote Irdes : P, P49

Les objectifs annoncés de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) portaient sur la fin des cloisonnements et la rationalisation du dispositif administratif. Mais pour l'auteur, ces objectifs ne sont pas atteints : la réorganisation régionale s'est opérée sans réorganisation du niveau national et les agences régionales de santé (ARS) sont singulièrement démunies de leviers d'actions à l'égard des soins de ville. Ces manques feront peut-être l'objet d'une prochaine réforme.

47164

ARTICLE

LANCRY (P.J.), DE LACAUSSE (G.)

Les outils de l'ARS pour un pilotage unifié de la politique de santé.

Les agences régionales de santé, un an après.
Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 74 : Pages : 35-39
Cote Irdes : P, P49

Les agences régionales de santé (ARS) disposent de nouveaux outils d'intervention et de concertation. L'objectif de cet article est de présenter un certain nombre d'entre eux de manière générale et de manière plus spécifique en présentant leur mise en place en région Basse-Normandie. Sont ainsi présentés : la communauté hospitalière de territoire (CHT), le contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM), la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

47163

ARTICLE

NABET (N.), OLIVIER (P.), COURREGES (C.)

L'ARS : pilote de la politique de santé régionale.

Les agences régionales de santé, un an après.

Dossier.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2011/03 ; n° 74 ; Pages : 22-34

Cote Irdes : P, P49

Quels sont les outils de pilotage dont disposent les agences régionales de santé ? Quel est l'équilibre fixé entre pilotage national et régional ? Le premier article détaille les trois niveaux de programmation du projet régional de santé, outil de programmation globale des ARS : - le plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et les grands objectifs de santé de la région - les schémas régionaux d'organisation qui définissent la programmation de l'offre de santé dans les champs de la prévention, des soins et du médico-social - les programmes d'application qui déclinent les modalités spécifiques de certains schémas. Il présente également l'élaboration du projet régional de santé de la région PACA et, plus particulièrement, la déclinaison d'un programme d'application : le programme de la gestion du risque assurantiel. Le second article met en avant les besoins accrus en systèmes d'information (SI) des vingt-six ARS et décrit les différents acteurs présents dans le domaine des systèmes d'information (l'Asip, l'Anap, les ORS...) ainsi que les principaux systèmes d'information en santé actuellement disponibles en distinguant les SI d'aide à la décision et les SI « outils » (notamment référentiels, modèles économiques). Enfin, le dernier article revient sur la mise en place du cadre de pilotage national des ARS et notamment sur les différences de conception de ce cadre qui a soulevé de nombreux débats.

Aménagement du territoire
Area planning

47788

FASCICULE

Alternatives Economiques. Paris. FRA

La France et ses territoires.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2011/06 ; n° 50 ; Pages : 160p., tabl., graph., fig., phot.

Cote Irdes : P104

Rennes, Thionville, Toulouse, Aix-en-Provence, Ajaccio, Saint-Brieuc,... Les territoires ne sont pas égaux face à la crise. Certains la traversent sans encombre, d'autres en éprouvent durement les conséquences. En faisant apparaître leurs atouts ou leurs handicaps, ce hors-série poche révèle un pays à la fois plus divers et plus solidaire qu'on le pense souvent. « La France et ses territoires » est une plongée au coeur des stratégies et des modèles de développement local qui composent la réalité hexagonale. Un outil de référence, réalisé en partenariat avec l'Assemblée des communautés de France (ADCF), la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et l'Institut CDC pour la recherche (4e de couverture).

47585

ARTICLE

ANTHONY (M.)

Sauvons et développons une santé publique, solidaire et égalitaire s'appuyant sur une nécessaire proximité.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/04 ; Pages : 16-18

Cote Irdes : B7031

Cet article plaide pour le maintien de l'aménagement du territoire égalitaire et solidaire et du maillage sanitaire territorial public. Il met en exergue les différents périls auxquels est confronté la proximité.

Collectivités territoriales
Local authorities

47821
ARTICLE

250 contrats locaux de santé pour 2013.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/05-06 ; n° 38 : Pages : 18-21
Cote Irdes : P204

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) a prévu la possibilité de conclure des contrats locaux de santé (CLS) entre une Agence régionale de santé (ARS) et une ou plusieurs collectivités territoriales. La démarche intéresse de nombreux acteurs qui y voient un moyen d'associer plusieurs sources de financement pour contribuer à la réduction des inégalités de santé sur des territoires de proximité. L'objectif national est de parvenir à la conclusion de 250 contrats locaux de santé à la fin de l'année 2013. A ce jour, seule la ville de Marseille a signé un CLS avec l'ARS de Provence-Alpes d'Azur et la région.

46745
ARTICLE

Quelle place pour les collectivités dans l'offre de soins ? Dossier.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/01-02 ; n° 36 : Pages : 16-23
Cote Irdes : P204

Protection maternelle et infantile, dépendance, santé mentale, prévention...A l'heure de la reconfiguration du paysage territorial et du paysage de la santé, avec la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et la prochaine loi de santé publique, les collectivités territoriales doivent se repositionner et se réorganiser pour apporter une réponse cohérente aux besoins de santé de la population mais aussi aux réalités spécifiques de chaque territoire.

Distance d'accès
Distance

47627
FASCICULE

COLDEFY (M.), COM-RUELLE (L.), LUCAS-GABRIELLI (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2011/04 ; n° 164 : Pages : 8p.
Cote Irdes : QES 164
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1er janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités.

47184
FASCICULE

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

À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/02 ; vol. : n° 754 : Pages : 6p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er754-2.pdf>

L'étude de la fréquentation des hôpitaux de court séjour montre que près de 30 % des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50 % à moins de 20 minutes. Ces distances apparaissent plutôt faibles au regard de la rareté de l'événement que constitue une hospitalisation.

Ce sont logiquement les prises en charge fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence. Les disparités interrégionales apparaissent quant à elles inférieures aux disparités infrarégionales. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Effets contextuels
Contextual effects

47617

ARTICLE, INTERNET

SANTOS (S.M.), CHOR (D.), WERNECK (G.L.)

Demarcation of local neighborhoods to study relations between contextual factors and health

Délimitation des voisinages afin d'étudier les relations entre les facteurs contextuels et la santé.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
GEOGRAPHICS

2010 ; vol. 9 ; n° 34 ; Pages : 15p., tabl., carte

Cote Irdes : En ligne

<http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-10-2.pdf>

Several studies have highlighted the importance of collective social factors for population health. One of the major challenges is an adequate definition of the spatial units of analysis which present properties potentially related to the target outcomes. Political and administrative divisions of urban areas are the most commonly used definition, although they suffer limitations in their ability to fully express the neighborhoods as social and spatial units. This study presents a proposal for defining the boundaries of local neighborhoods in Rio de Janeiro city. Local neighborhoods are constructed by means of aggregation of contiguous census tracts which are homogeneous regarding socioeconomic

indicators. Methodology: Local neighborhoods were created using the SKATER method (TerraView software). Criteria used for socioeconomic homogeneity were based on four census tract indicators (income, education, persons per household, and percentage of population in the 0-4-year age bracket) considering a minimum population of 5,000 people living in each local neighborhood. The process took into account the geographic boundaries between administrative neighborhoods (a political-administrative division larger than a local neighborhood, but smaller than a borough) and natural geographic barriers. Results: The original 8,145 census tracts were collapsed into 794 local neighborhoods, distributed along 158 administrative neighborhoods. Local neighborhoods contained a mean of 10 census tracts, and there were an average of five local neighborhoods per administrative neighborhood. The local neighborhood units demarcated in this study are less socio-economically heterogeneous than the administrative neighborhoods and provide a means for decreasing the well-known statistical variability of indicators based on census tracts. The local neighborhoods were able to distinguish between different areas within administrative neighborhoods, particularly in relation to squatter settlements. Although the literature on neighborhood and health is increasing, little attention has been paid to criteria for demarcating neighborhoods. The proposed method is well-structured, available in open-access software, and easily reproducible, so we expect that new experiments will be conducted to evaluate its potential use in other settings. The method is thus a potentially important contribution to research on intra-urban differentials, particularly concerning contextual factors and their implications for different health outcomes.

Ile-de-France
Ile-de-France

47165
ARTICLE
EVIN (C.)

L'Ile-de-France : ses caractéristiques et la mise en place de l'ARS.

Les agences régionales de santé, un an après.
Dossier.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2011/03 ; n° 74 : Pages : 40-43
Cote Irdes : P, P49

L'Ile-de-France est la région française la plus riche mais aussi la plus inégalitaire. Claude Evin, directeur de l'ARS Ile-de-France, rappelle dans cet article les données de santé de la région Ile-de-France et présente la politique mise en oeuvre par l'agence. Les défis majeurs à relever : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé mais aussi la prise en charge des maladies chroniques et de la dépendance.

Lozère
Lozère

46746
ARTICLE
GAY DEL SANTO (J.)

Lozère : organiser et renforcer les soins de premier recours en milieu rural.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE
2011/01-02: n° 36 : Pages : 24-28, carte
Cote Irdes : P204

Enclavée en zone de moyenne montagne, éloignée des pôles urbains, la Lozère présente toutes les problématiques des territoires ruraux : désertification médicale, isolement des médecins, **délais d'intervention relativement longs des urgences...** L'Association lozérienne des urgences médicales et de la permanence de soins (Alumps), par l'intermédiaire de son

chargé de mission Laurent Crozat, s'est emparée de ces questions afin d'y apporter une réponse globale en accompagnant les professionnels de santé pour le développement de la télémédecine et de la formation.

Modèles thérapeutiques
Therapeutic models

FOLEY (R.).

Performing health in place: the holy well as a therapeutic assemblage.

Améliorer la santé en fonction de la localisation géographique : le bien-être comme assemblage thérapeutique.

HEALTH & PLACE
2011 : vol. 17 : n° 2 : 470-479.
Cote Irdes : P118

This paper examines the holy well as a representative therapeutic landscape with a particular focus on linking a traditional setting with contemporary theory associated with the 'performative turn'. This is developed within the paper to suggest a new theoretical model of the 'therapeutic assemblage' containing material, metaphoric and inhabited dimensions. Drawing empirical evidence from Irish holy wells, complex holistic performances of health are identified within such settings. Deeper associations with more-than-representational theory suggest new directions in the study of therapeutic landscapes to uncover the importance of cultural practice and lay narratives of healing in the creation of healthy place.

Psychiatrie
Psychiatry

47556

FASCICULE

LEROUX (I.), SCHULTZ (P.)

Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale : à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/04 ; n° 155 ; Pages : 203p., tabl., cartes

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale.html>

Ce document de travail contient les principaux résultats régionaux, voire départementaux, issus des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY). Elle visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ces données sont présentées sous forme de tableaux et de cartographies régionales des lieux de soins, selon deux entrées. Une entrée par région propose, pour chaque région de France métropolitaine, et en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Une entrée par thème propose des indicateurs régionaux, pour la France entière, sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Deux chapitres introductifs présentent en détail l'enquête (place dans le système d'information, objectifs, organisation de la collecte), les concepts utilisés, les précautions à prendre dans l'utilisation des résultats ainsi que des éléments de cadrage nationaux sur l'offre de soins en santé mentale.

45596

ARTICLE

COLDEFY (M.), CURTIS (S.E.)

The geography of institutional psychiatric care in France 1800-2000 : Historical analysis of the spatial diffusion of specialised facilities for institutional care of mental illness.

La géographie des établissements psychiatriques en France 1800-2000 : Analyse historique de la diffusion spatiale de l'accès aux hôpitaux psychiatriques spécialisés.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010/12 ; vol. 71 ; n° 12 ; Pages : 2117-2129

Cote Irdes : R1809

As in other European countries, specialized psychiatric hospitals were established throughout France during the 19th Century. The construction of these hospitals can be considered as the concrete expression of a therapeutic innovation which recognized insanity as an illness that could be treated in such specialized institutions. The spatial diffusion of these innovative institutions through 19th and 20th century France is analyzed and we explore how far this can be understood through theories of diffusion of innovations including geographical models of hierarchical and expansion diffusion (or whether other conceptual models are more appropriate). The research reported here particularly focuses on the period 1800e1961. It involved the construction of an original historical database of both psychiatric hospitals and information on the cities where these institutions were located. This was used to examine and interpret the different phases of development of psychiatric institutions and the parts of the country and types of geographical setting where they were concentrated. A multiple correspondence analysis was then performed to examine the connections between different aspects of the diffusion process. The study shows the limitations of classical models of spatial diffusion, which are found to be consistent with some, but not all aspects of the development of psychiatric institutions in France. An alternative political ecology approach seems more appropriate to conceptualize the various processes involved; national policies, social representations, medicalisation of care

of mental illness, and urban and economic growth all seem to be associated with the emergence of a variable and complex pattern. This paper also opens a large field of research. Compared with other western countries, the geography of French psychiatric care is relatively under-researched, although there has been a strong spatial dimension to mental health policy in the country. This analysis provides a context for studies of more contemporary processes of French deinstitutionalisation, which is strongly structured by the past heritage of these large asylum facilities.

Soins de santé primaires/Primary health care

Démographie médicale Medical demography

46834

ARTICLE

DA CRUZ (N.)

Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral.

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

2011/03-04 ; n° 16 : Pages : 2-27

Cote Irdes : P69

http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin16_1.pdf

On le sait, les jeunes se tournent massivement vers le salariat à l'issue de leurs études. Pendant ce temps, la désertification médicale gagne du terrain et le manque de médecins généralistes devient problématique. Faut-il revoir la formation universitaire ? Quelles solutions proposer pour redonner aux jeunes générations le goût de l'exercice libéral ? Tel est le sujet de ce dossier.

48137

FASCICULE

SICART (D.)

Ministère chargé de la Santé. (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 au 1er janvier 2011.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/06 ; n° 157 : Pages : 167p., tabl.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157.pdf>

L'auteur propose l'exploitation statistique du répertoire Adeli pour les médecins au 1er janvier 2011. 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 sont complétés par une cartographie régionale et départementale des densités pour l'ensemble des médecins, médecins généralistes, médecins spécialistes, médecins libéraux et mixtes, et médecins salariés exclusifs. Les tableaux portent également sur chacune des spécialités, et incluent une fiche rétrospective contenant la pyramide des âges en 1990, 2000 et 2010, la carte des densités régionales aux mêmes dates et deux graphiques retraçant l'évolution annuelle des effectifs et de la densité depuis 1984 (quand cela est possible), comparée à celle de l'ensemble des spécialistes.

47954

FASCICULE

BELLIARD (D.)

La médecine libérale n'a plus la cote.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2011/07-08 ; n° 304 : Pages : 44-46, carte

Cote Irdes : c, P104

La médecine libérale se porte mal en France. Pour répondre efficacement aux besoins sociaux et sanitaires, elle doit être refondée. Cet article fait un tour d'horizon des pistes de réformes possibles.

47291

FASCICULE

SICART (D.)

Ministère chargé de la Santé. (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 au 1er janvier 2010.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2011/02 ; n° 152 : Pages : 138p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat152-5.pdf>

Ce document de travail donne les résultats de l'exploitation statistique du répertoire Adeli

pour les médecins au 1er janvier 2010. 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 sont complétés par une cartographie régionale et départementale des densités pour l'ensemble des médecins, les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les médecins libéraux et mixtes, et les médecins salariés exclusifs. Les tableaux portent également sur chacune des spécialités, et incluent cette année une fiche rétrospective contenant la pyramide des âges en 1990, 2000 et 2010.

Ethique médicale

Ethics

47582
ARTICLE

Secret professionnel : savoir le garder, savoir le partager.

REVUE PRESCRIRE
2011/06 ; vol. 31 : n° 332 : Pages : 461-464
Cote Irdes : P80

Le respect du secret conditionne la confiance vis-à-vis de certaines professions et protège la vie privée des personnes. De nombreux professionnels de santé et du social sont tenus par la loi au secret professionnel. Cependant, dans diverses situations judiciaires, médicales ou sociales, ces professionnels doivent transmettre ou échanger des informations pour éclairer des situations complexes et déterminer la meilleure façon d'agir dans l'intérêt d'une personne. Des lois encadrent les circonstances autorisant ou obligeant à lever le secret : **l'assistance à personne en danger, les sévices ou privations sur mineurs de moins de quinze ans ou personnes particulièrement vulnérables, les crimes ; la protection de l'enfance ; la prévention de la délinquance dans le cadre de l'action sociale. Le secret médical**

doit être partagé aussi pour assurer la continuité des soins dans un établissement de santé, mais un brancardier par exemple n'a pas besoin de connaître toute l'histoire du patient pour bien remplir sa tâche. Au-delà du cadre légal, il existe aussi un cadre spécifique pour les personnes travaillant en institution. L'organisation hiérarchique implique en effet une transmission d'informations, mais il s'agit de ne dire à sa hiérarchie que ce qui lui est utile pour l'exercice de ses propres responsabilités. Chaque professionnel de la santé et du social a intérêt à connaître le cadre légal du secret, à être animé des valeurs attachées à son respect, à définir ce qui doit être accessible à sa **hiérarchie, et à toujours s'interroger sur le sens du partage d'informations et sur les précautions à prendre.** Avec un repère simple pour adopter la bonne attitude : le secret est destiné à protéger les personnes (Résumé de l'éditeur).

Formation médicale continue

Continuing medical education

46964
ARTICLE

GALLOIS (P.), VALLEE (J.P.)

Développement professionnel continu. Pour une pratique « réflexive ».

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/02 ; vol. 7 : n° 2 : Pages : 66-72
Cote Irdes : P198
http://www.jle.com/e-docs/00/04/62/80/vers_alt/VersionPDF.pdf

« Développement professionnel continu » : Révolution conceptuelle ? Gadget pour réformateurs acharnés ? Terminologie douteuse destinée aux crânes d'oeuf de toute nature ? Reconnaissance que rien n'est jamais acquis en médecine ? Et beaucoup d'etc. Inventaire - bien incomplet - à la Prévert, où il manquera toujours le raton-laveur... Dans un précédent article reprenant les conclusions d'un groupe de travail de généralistes,

nous parlions d'habits neufs pour vieux concepts... La conclusion générale de cette réflexion confrontant réalité française (formation médicale continue) et littérature internationale, principalement anglophone (continuing professional development) était que nous parlions bien d'une même démarche de qualité des soins. Elle devait permettre à tout médecin de développer ses compétences dans l'ensemble de son exercice, tout au long de sa carrière, en améliorant dans le même temps sa qualité de vie professionnelle. Ce dossier reprend l'essentiel des données disponibles, montrant qu'il n'y a pas rupture, mais continuité. Le terme largement utilisé dans la littérature anglophone depuis une dizaine d'années s'est d'ailleurs imposé, en tout cas au début, plus comme le choix pragmatique d'une terminologie plus cohérente que comme une ouverture réelle sur des domaines de réflexion innovants (Résumé de l'éditeur).

Incitations économiques
Economic incentives

FIORENTINI (G.), IEZZI (E.), LIPPI (B.M.),
UGOLINI (C.)

***Incentives in primary care and their
impact on potentially avoidable
hospital admissions.***

*Incitations économiques en soins primaires
et leur impact sur les hospitalisations poten-
tiellement évitables.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2011 : vol. 12 : n° 4 : 297-309.
Cote Irdes : P151

Financial incentives in primary care have been introduced with the purpose of improving appropriateness of care and containing demand. We usually observe pay-for-performance programs, but alternatives, such as pay-for-participation in improvement activities and pay-for-compliance with clinical guidelines, have also been implemented. Here, we assess

the influence of different programs that ensure extra payments to GPs for containing avoidable hospitalizations. Our dataset covers patients and GPs of the Italian region Emilia-Romagna for the year 2005. By separating pay-for-performance from pay-for-participation and pay-for-compliance programs, we estimate the impact of different financial incentives on the probability of avoidable hospitalizations. As dependent variable, we consider two different sets of conditions for which timely and effective primary care should be able to limit the need for hospital admission. The first is based on 27 medical diagnostic related groups that Emilia-Romagna identifies as at risk of inappropriateness in primary care, while the second refers to the internationally recognized ambulatory care-sensitive conditions. We show that pay-for-performance schemes may have a significant effect over aggregate indicators of appropriateness, while the effectiveness of pay-for-participation schemes is adequately captured only by taking into account subpopulations affected by specific diseases. Moreover, the same scheme produces different effects on the two sets of indicators used, with performance improvements limited to the target explicitly addressed by the Italian policy maker. This evidence is consistent with the idea that a "tunnel vision" effect may occur when public authorities monitor specific sets of objectives as proxies for more general improvements in the quality of health care delivered.

Maisons de santé
Patient-centered medical homes

47515
ARTICLE
BRAS (P.L.)

***Réorganiser les soins de premier
recours : les maisons médicales
centrées sur le patient aux États-Unis.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2011/01-03 ; n° 1 : Pages : 27-34
Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/POS1101_Maisons_medicales_centrees_sur_le_patient_aux_USA_01.pdf

Aux États-Unis, le « patient-centered medical home » (PCMH) est actuellement activement promu et expérimenté. Ce modèle vise à répondre aux déficiences de la prise en charge des patients chroniques dans les cabinets traditionnels et à revaloriser le statut matériel et économique des médecins de premier recours. Malgré les nombreuses expérimentations en cours, on ne dispose pas de données probantes permettant d'affirmer que les PCMH seront en mesure de générer des économies significatives. Ce détour par les États-Unis éclaire, par contraste, certaines des caractéristiques de la politique conduite en France autour des maisons de santé.

46856
ARTICLE
HOLUE (C.)

Maisons et pôles de santé : des questions clés.

CONCOURS MEDICAL
2011/01 ; vol. 133 : n° 1 : Pages : 14-16
Cote Irdes : C, P19

Le deuxième Colloque national des maisons et pôles de santé, organisé le 16 décembre à Beaune par l'Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne en partenariat avec la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), a permis de faire le point sur le statut juridique des maisons de santé, les nouveaux modes de rémunération, des expériences innovantes.

TAKACH (M.)

Reinventing Medicaid: state innovations to qualify and pay for patient-centered medical homes show promising results.

Réinventer Medicaid : les innovations gouvernementales pour qualifier et payer les maisons médicales centrées sur le patient montrent des résultats prometteurs.

HEALTH AFFAIRS

2011 : vol. 30 : n° 7 : 1325-1334.
Cote Irdes : P95

This article describes patient-centered medical home initiatives that seventeen states have launched. These initiatives use national recognition or state-based qualification standards along with incentive payments to address soaring costs and lagging health outcomes in state Medicaid programs. Even though these initiatives are in their infancy, early results are encouraging. Modest increases in payment to physicians, aligned with quality improvement standards, have not only resulted in promising trends for costs and quality, but have also greatly improved access to care. Several state programs have already demonstrated declines in per capita costs for patients enrolled in Medicaid; increased participation of physicians in caring for Medicaid patients; and high patient and provider satisfaction. These early results give states good reason to continue developing patient-centered medical homes as part of their Medicaid programs. This article provides a closer look at these innovative models, to inform public and private reform efforts.

Médecins de famille
Family physicians

SARMA (S.), THIND (A.), CHU (M.K.)

Do new cohorts of family physicians work less compared to their older predecessors? The evidence from Canada.

Les nouvelles cohortes de médecins de famille travaillent-elles moins par rapport à celles de prédécesseurs plus âgés? Les évidences issues du Canada.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 72 : n° 12 : 2049-2058.
Cote Irdes : P103

Although demographics, cohort, and contextual factors are expected to influence physician supply at the intensive margin, much of the

literature has examined the demographics and very limited cohort analysis is undertaken. This paper employs a cross-classified fixed-effects methodology to examine the importance of age, period and cohort, and contextual factors in explaining the declining work hours of Canadian family physicians. We define cohorts with five-year intervals according to year of graduation from medical school. Contrary to the previous literature, we find no evidence of reduced hours of work provided by the new cohorts of physicians. Compared to the 1995-99 cohort, older male cohorts perform similar total hours of work per week except those who graduated in the 1960's while older female cohorts consistently perform fewer total work hours in the range of 3-10 h per week. Consistent with the literature, it is found that female and older physicians provide fewer hours of work compared to the male and younger counterparts, respectively. Although there has been a decline in total hours of work for all physicians in the range of 2-3 h per week in each period, we find a large decline in direct patient care hours (about 4-6 h) and a marginal increase in indirect patient care (about 2-4 h) over the period. Having children less than 6 years and children aged 6-15 years in the physician's family reduce the work hours of female family physicians by about 7 h and 3 h, respectively. A number of other contextual factors influence work hours of physicians in the expected direction.

Organisation des soins
Health care organisation

47373

FASCICULE

KRUCIEN (N.), LE VAILLANT (M.),
PELLETIER-FLEURY (N.)

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

**Les transformations de l'offre de
soins correspondent-elles aux**

**préoccupations des usagers de
médecine générale ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE
(IRDES)

2011/03 ; n° 163 : Pages : 6p., 3 tabl.

Cote Irdes : QES 163

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>

Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme de recherche de l'équipe Prospere (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours) sur les évolutions actuelles du secteur des soins de premiers recours. D'importantes évolutions sont à l'oeuvre en termes d'offre de soins primaires, notamment en médecine générale. Celles-ci sont dues à différents facteurs dont : les changements démographiques de la profession et les réformes organisationnelles, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ainsi que l'évolution des attentes des usagers. Loin d'être spécifiques à la France, ces évolutions s'inscrivent dans un contexte international qui accorde une attention croissante au point de vue des usagers dans l'organisation du système de santé. A partir d'une méthode qualitative d'analyse (Delphi classant), il s'agit ici d'étudier, du point de vue des usagers, les transformations actuelles de l'offre de soins en médecine générale (médecin traitant, regroupement, continuité des soins, etc.) en identifiant leurs préoccupations majeures.

47098

ARTICLE

BAUDIER (F.)

**Médecine générale et agence
régionale de santé. Deuxième partie :
quatre chantiers prometteurs à
explorer.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2011/04 ; vol. 7 : n° 4 : Pages : 177-180

Cote Irdes : P198

Nous avons vu dans la première partie de cet article (numéro précédent) que dans le cadre de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), la mise en oeuvre des agences régionales de santé était fondée, pour les soins ambulatoires, sur deux grands principes : considérer l'offre de santé de manière globale

et transversale et construire des relations partenariales de qualité entre les différents professionnels concernés. Le triple objectif de cette restructuration était de : 1) garantir l'accessibilité et la qualité de l'offre de santé ; 2) structurer le secteur ambulatoire et l'offre de santé en général ; 3) optimiser les différents parcours de soins. Nous allons voir dans cette deuxième partie les applications concrètes de ces préalables.

46847
ARTICLE
BRAS (P.L.)

Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 30 : Pages : 113-126
Cote Irdes : P168

Le système de soins de premier recours est confronté, en France, à un double défi : **d'une part la diminution prévisible du temps médical, d'autre part la nécessité d'enrichir le contenu des prises en charge, notamment des patients chroniques. L'externalisation de certaines fonctions (éducation thérapeutique, accompagnement des patients) en dehors des cabinets de médecine générale en constituant en leur sein des équipes composées de médecins et d'infirmières. Les conditions en matière de définition des fonctions, de formation ou de modes de rémunération sont loin d'être réunies pour que ce mode d'organisation puisse s'implanter en France. Il faut donc envisager une action volontariste des pouvoirs publics : financer les infirmières qui souhaiteraient travailler au sein des cabinets de médecine générale volontaires pour ce nouveau mode d'exercice.**

45991
ARTICLE
BOURGUEIL (Y.)

Systemes de soins primaires : contenus et enjeux.

Politiques et organisation des soins primaires en Europe et aux États-Unis : quels enseignements pour la France ?
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2010/07-09 ; n° 3 : Pages : 13-20
Cote Irdes : C, R1816, P59

L'auteur de cet article présente le contenu et les objectifs de ce numéro en clarifiant tout **d'abord le concept de « soins primaires » et en pointant les enjeux de la mise en oeuvre de ce type d'organisation dans le cadre de la réforme de la gouvernance des soins de santé dont sont chargées les agences régionales de santé (ARS).**

45592
ARTICLE , INTERNET

KRINGOS (D.S.), BOERMA (W.G.W.),
BOURGUEIL (Y.), CARTIER (T.), HASVOLD
(T.), HUTCHINSON (A.), LEMBER (M.),
OLESZCZYK (M.), ROTAR PAVLIC (D.), SVAB
(I.), TEDESCHI (P.), WILSON (A.), WINDAK
(A.), DEDEU (T.), WILM (S.)

The European primary care monitor : structure, process and outcome indicators.

La surveillance des soins primaires en Europe : structure, processus et indicateurs de résultats

BMC FAMILY PRACTICE
2010/10 ; vol. 11 : Pages : 8p.
Cote Irdes : R1808
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-11-81.pdf>

Scientific research has provided evidence on benefits of well developed primary care systems. The relevance of some of this research for the European situation is limited. There is currently a lack of up to date comprehensive and comparable information on variation in development of primary care, and a lack of knowledge of structures and strategies conducive to strengthening primary care in Europe. The EC funded project Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU) aims to fill this gap by developing a Primary

Care Monitoring System (PC Monitor) for application in 31 European countries. This article describes the development of the indicators of the PC Monitor, which will make it possible to create an alternative model for holistic analyses of primary care.

Performance Performance

47119

ARTICLE , INTERNET

JOHNSTON (S.), GREEN (M.), THILLE (P.)

Performance feedback: An exploratory study to examine the acceptability and impact for interdisciplinary primary care teams.

Retour sur la performance : une étude exploratoire examinant l'acceptabilité et son impact sur les équipes interdisciplinaires de soins primaires.

BMC FAMILY PRACTICE

2011 ; vol. 12 : n° 14 : Pages : 10p., tabl.

Cote Irdes : R1808

<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81>

This mixed methods study was designed to explore the acceptability and impact of feedback of team performance data to primary care interdisciplinary teams. Seven interdisciplinary teams were offered a one-hour, facilitated performance feedback session presenting data from a comprehensive, previously-conducted evaluation, selecting highlights such as performance on chronic disease management, access, patient satisfaction and team function. Several recurrent **themes emerged from participants' surveys** and two rounds of interviews within three months of the feedback session. Team performance measurement and feedback was welcomed across teams and disciplines. This feedback could build the team, the culture, and the capacity for quality improvement. However, existing performance indicators do not equally reflect the role of different

disciplines within an interdisciplinary team. Finally, the effect of team performance feedback on intentions to improve performance was hindered by a poor understanding of how the team could use the data. The findings further our understanding of how performance feedback may engage inter-disciplinary team members in improving the quality of primary care and the unique challenges specific to these settings. There is a need to develop a shared sense of responsibility and agenda for quality improvement. Therefore, more efforts to develop flexible and interactive performance-reporting structures (that better reflect contributions from all team members) in which teams could specify the information and audience may assist in promoting quality improvement

Qualités des soins Quality of care

46681

ARTICLE

MURILLO-ZAMORANO (L.R.), PETRAGLIA (C.)

Technical efficiency in primary health care : does quality matter ?

L'efficacité technique en soins primaires : la qualité a-t-elle de l'importance ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2011/04 ; vol. 12 : n° 2 : Pages : 115-125, 5 fig., 6 tabl.

Cote Irdes : P151

The accuracy required in the measurement of output is an issue that has as yet still not been satisfactorily addressed in empirical research on efficiency in primary health care. We exploit information retrieved from a newly constructed database (APEX06) for the Spanish region of Extremadura. The richness of our dataset allows us to consider original synthetic measures of output that take into account both the quantity and the quality of

services provided by 85 primary care centers (PCCs) in 2006. We provide evidence that neglecting the issue of properly accounting for the quality of health services can lead to misleading results. Our main finding is that adjusting output for quality has a three-fold effect on efficiency analysis. Firstly, inefficiency explains relatively more of the deviation from potential output. Secondly, the average technical efficiency in the sector is lower, while its dispersion among PCCs is significantly higher. Thirdly, the efficiency ranking of the PCCs is affected.

Rémunération
Payment

47862
ARTICLE

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

Les médecins généralistes et leur rémunération : sont-ils lésés ?

CONCOURS MEDICAL
2011/04 ; vol. 133 : n° 4 : Pages : 324-327, graph.
Cote Irdes : C, P19

A partir de l'échantillon représentatif de la population des médecins généralistes constitué par la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) depuis de nombreuses années et à partir d'informations fiscales, les auteurs ont analysé les données de rémunération sur la période 1980-2004. Ils ont ainsi pu examiner deux questions : les revenus des médecins généralistes du secteur 1 sont-ils comparables ou inférieurs aux revenus des cadres supérieurs du secteur privé ? et quel est l'impact du numerus clausus sur les revenus des médecins ? En tenant compte de la longueur des études de médecine (par rapport à celle des cadres supérieurs du privé), on observe que les revenus cumulés des médecins généralistes sont comparables à ceux de ces cadres à partir de l'âge de 43 ans. Quant au numerus clausus, il a eu un effet très favorable

sur les revenus des médecins, avec toutefois des effets inégaux selon les générations de médecins. Les auteurs concluent que les médecins libéraux les plus mal lotis (les généralistes) sont aussi bien rémunérés que les cadres supérieurs du privé les mieux payés.

47554
FASCICULE

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

Est-il profitable d'être médecin généraliste ? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs.

SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/02 ; n° 105 : Pages : 92p., graph., tabl.
Cote Irdes : C, S35/2
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud105.pdf>

Cette étude compare les revenus des médecins généralistes à ceux des cadres supérieurs diplômés des grandes écoles ou équivalent, en tenant compte de la durée des études et de la carrière. Elle permet d'apporter des éléments factuels nouveaux sur la position relative des médecins dans l'échelle des rémunérations, que la seule observation des niveaux de revenus perçus une année donnée ne peut éclairer. Il résulte de cette comparaison que les généralistes libéraux ont des revenus cumulés sur l'ensemble de leur carrière de même niveau que ceux des cadres supérieurs du privé. En effet, le manque à gagner des médecins en début de carrière, lié à des études plus longues, est compensé par leur supplément de revenus au cours de leur carrière. Toutefois, la situation relative des médecins s'est améliorée par rapport à celle des cadres, les revenus des cohortes récentes de médecins ayant davantage progressé que ceux de leurs aînés au même âge, du fait notamment du resserrement du numerus clausus qui les a concernés.

47121

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

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

***Médecins exerçant en secteur 2 : une
progression continue des
dépassements d'honoraires, la
nécessité d'une réforme structurelle
du système.***

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2011/05/17 ; Pages : 1-13

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/s/DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf

L'Assurance Maladie a mené une étude soulignant le poids croissant du secteur 2 chez les médecins spécialistes et la progression continue des dépassements d'honoraires. Face à ce constat, une réforme structurelle du système apparaît nécessaire.

DUFFIN (J.)

***The impact of single-payer health
care on physician income in Canada,
1850-2005.***

*L'impact du système de financeur unique
des soins de santé sur le revenu des
médecins au Canada, 1850-2005.*

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2011 : vol. 101 : n° 7 : 1198-1208.

Cote Irdes : P36

This study traces the average net income of Canadian physicians over 150 years to determine the impact of medicare. It also compares medical income in Canada to that in the United States. Sources include academic studies, government reports, Census data, taxation statistics, and surveys. The results show that Canadian doctors enjoyed a windfall in earnings during the early years of medicare and that, after a period of adjustment, medicare enhanced physician income. Except during the windfall boom, Canadian physicians have earned less than their American counterparts. Until at least 2005, however, the medical profession was the top-earning trade in Canada relative to all other professions.

CUMMING (J.), MAYS (N.)

***New Zealand's Primary Health Care
Strategy: early effects of the new
financing and payment system for
general practice and future
challenges.***

*La stratégie des soins primaires en
Nouvelle-Zélande : premiers effets du
nouveau système de financement et de
paiement pour la médecine générale
et défis futurs.*

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2011 : vol. 6 : n° 1 : 1-21.

Cote Irdes : P197

Since 2001, implementation of a New Zealand's Primary Health Care Strategy (the Strategy) has led to an increase in the proportion of primary health care services which are publicly funded, the development of 82 primary health organizations (PHOs) to oversee primary health care services and universal public capitation funding of PHOs. This approach has replaced the previous system of fee-for-service targeted public subsidies paid to individual general practitioners (GPs). Patient copayments, although at a reduced level but still set by individual practitioners, have remained a core feature of the system. This paper focuses on the implementation and impact of key policy changes over the first five years of the Strategy. Although patient copayments have fallen and consultation rates have increased, the new funding and payment system has raised a number of unresolved issues - whether to retain the new universal funding system or revert to the former targeted approach; how to achieve the potential gains from capitation when GPs continue to receive their income from a variety of sources and in a variety of different ways; and how to manage the potential for 'cream skimming'. Recent improvements in access may, in time, improve health status and reduce inequalities in health, but there is no guarantee that a universal system will necessarily improve average health or reduce inequalities. Much depends on the services being delivered and the populations that are benefiting most - something New Zealand

needs better evidence on before determining future policy directions in primary health care.

Satisfaction des usagers
Patient satisfaction

LYRATZOPOULOS (G.), ELLIOTT (M.N.),
BARBIERE (J.M.), STAETSKY (L.),
PADDISON (C.A.), CAMPBELL (J.), ROLAND
(M.)

How can health care organizations be reliably compared? Lessons from a national survey of patient experience.

Comment peut-on comparer de façon fiable les organisations de santé ? Leçons issues d'une enquête nationale sur l'expérience des patients.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 8 : 724-733.
Cote Irdes : P45

BACKGROUND: Patient experience is increasingly used to assess organizational performance, for example in public reporting or pay-for-performance schemes. Conventional approaches using 95% confidence intervals are commonly used to determine required survey samples or to report performance but these may result in unreliable organizational comparisons. METHODS: We analyzed data from 2.2 million patients who responded to the English 2009 General Practice Patient Survey, which included 45 patient experience questions nested within 6 different care domains (access, continuity of care, communication, anticipatory care planning, out-of-hours care, and overall care satisfaction). For each question, unadjusted and case-mix adjusted (for age, sex, and ethnicity) organization-level reliability, and intraclass correlation coefficients were calculated. RESULTS: Mean responses per organization ranged from 23 to 256 for questions evaluating primary care practices, and from 1454 to 2758 for questions evaluating out-of-hours care organizations. Adjusted and unadjusted reliability values were similar.

Twenty-six questions had excellent reliability ($\alpha=0.90$). Seven nurse communication questions had very good reliability ($\alpha=0.85$), but 3 anticipatory care planning questions had lower reliability ($\alpha=0.70$). Reliability was typically $\alpha=0.70$ for questions with ≥ 100 mean responses per practice, usually indicating questions which only a subset of patients were eligible to answer. Nine questions had both excellent reliability and high intraclass correlation coefficients ($\alpha=0.10$) indicating both reliable measurement and substantial performance variability. CONCLUSIONS: High reliability is a necessary property of indicators used to compare health care organizations. Using the English General Practice Patient Survey as a case study, we show how reliability and intraclass correlation coefficients can be used to select measures to support robust organizational comparisons, and to design surveys that will both provide high-quality measurement and optimize survey costs.

Sociologie de la santé
Sociology of health

47619
ARTICLE
DESPRES (C.)

Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer.

Anthropologie des soins non conventionnels du cancer.
ANTHROPOLOGIE ET SANTE
2011/05 ; n° 2 : Pages : 1-23
Cote Irdes : R1840
<http://anthropologiesante.revues.org/710>

Cet article analyse les logiques profanes qui président à la consommation de plantes médicinales à l'île de la Réunion, dans le cadre de la prise en charge du cancer. Le contexte réunionnais est caractérisé par la pluralité des recours (médecine traditionnelle, biomédecine,

médecines alternatives). Celle-ci est en particulier observée dans la prise en charge du **cancer. Pour cette maladie dans l'immense majorité des cas, les recours se conjuguent à une prise en charge médicale. Les plantes médicinales occupent une place prépondérante au sein de la constellation de recours. Ces consommations de plantes habituellement sous forme de tisanes s'appuient sur des savoirs hérités et un habitus. Une fois le cancer diagnostiqué, certains malades vont abandonner l'usage de plantes dans la mesure où les médecins les contre-indiquent. D'autres au contraire vont consommer ces plantes afin d'accompagner la maladie ou aider à la guérison. Dans l'univers profane réunionnais, cet usage affranchi des prescriptions des tradipraticiens (tout en restant en continuité avec leurs savoirs) renvoie à une démarche plus autonome dans la gestion individuelle des soins. Mais dans les deux cas, elle est un révélateur de stratégies de réappropriation de la maladie (Résumé d'auteur).**

Hôpital/Hospital

Chirurgie ambulatoire Ambulatory surgery

47129

DOSSIER DE PRESSE, INTERNET

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

Progression du taux de chirurgie ambulatoire entre 2006 et 2009, liée à la mise sous accord préalable.

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2010/11/30 ; Pages : 1-10

Cote Irdes : C, En ligne

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

Depuis une dizaine d'années, les durées d'hospitalisation diminuent dans la plupart des pays développés. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : nouvelles techniques d'anesthésie, interventions chirurgicales moins invasives ou substituées par d'autres thérapeutiques, mise en oeuvre de programmes de suivi des patients à domicile après une hospitalisation. Le développement de la **chirurgie ambulatoire s'inscrit dans cette dynamique**, répondant aux attentes des patients et offrant aux établissements de santé des coûts de production optimisés. En 2008, dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale, **l'Assurance Maladie a testé puis étendu un dispositif innovant et opérationnel pour inciter les établissements de santé à pratiquer la chirurgie ambulatoire**. Ce dispositif prévoit la mise sous accord préalable, pour certaines interventions ciblées, des établissements de santé dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à la moyenne (régionale et nationale). Portant sur 5 gestes chirurgicaux en 2008, cette procédure a été déployée significativement en 2009 en intégrant 12 nouveaux actes. Les 17 gestes marqueurs sélectionnés

représentent 2 millions d'interventions et la très large majorité des opérations réalisées en ambulatoire en France (84 %). Depuis 2008, **plus d'un établissement de santé sur deux** pratiquant la chirurgie a été mis sous accord préalable, soit un total de 532 établissements. **Cette étude de l'Assurance Maladie étudie l'impact dans la durée du dispositif de mise sous accord préalable pour évaluer son effet à plus long terme : la progression persiste au-delà de la mise en place du dispositif.**

Effets indésirables Adverse drug events

47100

ARTICLE

Effets indésirables mortels des soins hospitaliers.

REVUE PRESCRIRE

2011/04 ; vol. 31 : n° 330 ; Pages : 269

Cote Irdes : P80

Une étude de la fréquence et de la gravité des effets indésirables des soins à l'hôpital a été **réalisée à partir d'un échantillon de l'assurance maladie étatsunienne Medicare et publiée fin 2010**. Medicare couvre les personnes âgées de 65 ans et plus, les invalides et les insuffisants rénaux. Un patient sur sept a **souffert d'un effet indésirable grave**. Près de la moitié des effets indésirables graves ont été considérés comme évitables. Extrapolée à **l'ensemble des assurés Medicare aux Etats-Unis**, la mortalité a été estimée à 15 000 décès par mois pour la population âgée ou handicapée, dont environ la moitié dus aux médicaments, notamment les anticoagulants. **Début 2011, on manque toujours d'études de ce type pour la France.**

Financement
Financing

47101
ARTICLE

Missions d'intérêt général des hôpitaux en France : quel financement ?

REVUE PRESCRIRE
2011/04 ; vol. 31 : n° 330 : Pages : 296-300
Cote Irdes : P80

Depuis 2005, la réforme de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement des établissements de santé publics et privés. Les activités non productrices de soins concernant la recherche, l'enseignement, la référence et l'innovation... sont financées par une dotation nationale de **financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac)**. Cet article présente les principales conclusions du rapport réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur le rôle des Migac.

Hospitalisation à domicile
Home-based hospital

48113
ARTICLE

BUTHION (V.), LAGRANGE (T.), FANIDI (A.)

La chimiothérapie à domicile : complémentarité ou concurrence dans la stratégie des structures hospitalières ?

2ème journée du Management Hospitalier
Strasbourg. Novembre 2010.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011/01-03 ; vol. 29 : n° 1-2 : Pages : 18-36, tabl.,
fig.
Cote Irdes : C, P85

Aujourd'hui, de nombreuses molécules de chimiothérapie peuvent être administrées dans le cadre d'une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou par des libéraux

coordonnée par un réseau de soins. Or, en 2009, la chimiothérapie à domicile représente moins de 2 millions de séances ambulatoires organisées chaque année en France, la prise en charge à l'hôpital représentant l'essentiel des séances. L'objet de ce papier est de présenter les résultats d'une étude sur l'organisation de la chimiothérapie ambulatoire, avec un focus particulier sur les données financières et les incitations qu'elles produisent sur les acteurs de soins. Nous démontrons ainsi que, compte tenu des contraintes liées aux transports des patients, et sous réserve d'une volumétrie permettant de mutualiser un certain nombre de charges, la chimiothérapie à domicile coordonnée par un réseau de santé est une solution tout à fait compétitive sur le plan médico-économique, à condition qu'elle soit intégrée dans une gestion globale de la prise en charge permettant d'améliorer la performance médico-économique des parcours de soins. La prise en charge doit s'appuyer sur un modèle coopératif, seul à même de répartir au mieux les patients. Les incitations financières manquent de cohérence, notamment la structure actuelle de la T2A, et ne favorisent pas cette coopération. Les contraintes des acteurs de soins, et notamment le modèle de financement des hôpitaux, freinent le développement de la chimiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (Résumé d'auteur).

Hospitalisation évitable
Avoidable hospitalisation

BOUTWELL (A.E.), JOHNSON (M.B.),
RUTHERFORD (P.), WATSON (S.R.),
VECCHIONI (N.), AUERBACH (B.S.),
GRISWOLD (P.), NOGA (P.), WAGNER (C.)

***An early look at a four-state initiative
to reduce avoidable hospital
readmissions.***

*Premier aperçu de l'initiative visant à ré-
duire les réadmissions hospitalières évi-
tables menées dans quatre Etats.*

HEALTH AFFAIRS
2011 : vol. 30 : n° 7 : 1272-1280.
Cote Irdes : P95

Launched in 2009, the State Action on Avoidable Rehospitalizations initiative, known as STAAR, aims to reduce rates of avoidable rehospitalization in Massachusetts, Michigan, Ohio, and Washington by mobilizing state-level leadership to improve care transitions. With the program two years into its four-year cycle, 148 hospitals are working in partnership with more than 500 cross-continuum team partners. Although there are no publicly available data on whether the project is achieving its primary goal of reducing avoidable rehospitalizations, the effort has so far been successful in aligning numerous complementary initiatives within a state, developing statewide rehospitalization data reports, and mobilizing a sizable number of hospitals to work on reducing rehospitalizations. More than 90 percent of participating hospitals have formed teams to routinely review rehospitalizations with their community-based colleagues.

Infections nosocomiales
Hospital acquired infections

47870

FASCICULE

MICHEL (P.), MINODIER (C.), ROBERTS (T.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.).
Direction de la Recherche - des Etudes de
l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).
Paris.

***Les événements indésirables graves
dans les établissements de santé :
fréquence, évitabilité et acceptabilité.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/05 ; vol. : n° 761 : Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>

L'enquête sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) rééditée en 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Par ailleurs, 4,5 % des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6 % par un EIG évitable. Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé. L'enquête ENEIS montre également que les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'action ciblées sur certaines catégories de la population. Enfin, une étude complémentaire portant sur l'acceptabilité des risques en population générale et chez les médecins montre que les EIG sont mieux acceptés par les médecins, qui ont une meilleure connaissance des risques. Cette étude contribue à interroger les dispositifs d'information et les réponses institutionnelles pour réduire les risques à un niveau acceptable.

47845

ARTICLE

PARNEIX (P.)

La surveillance des infections nosocomiales en France : un élément clé des programmes nationaux.

Numéro thématique. Alerte, investigation et surveillance des infections nosocomiales : le réseau Raisin, 2001-2010.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE

2011/04/26 ; n° 15-16-17 : Pages : 184-187

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/15_16_17/beh_15_16_17.pdf

Depuis 1995, la France dispose d'un programme national de prévention des infections nosocomiales porté par le ministère chargé de la Santé. Organiser un système de surveillance et créer une culture associée de la prévention sont des composantes stratégiques fortes des programmes successifs. Fruit du partenariat de l'Institut de veille sanitaire et des cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, le Raisin (Réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales) a été au cœur de la structuration de ce dispositif dans les années 2000. Globalement, la fréquence des infections nosocomiales, mesurée par les enquêtes de prévalence quinquennales, a baissé de façon significative. Les cibles spécifiques des programmes que sont les infections à Sarm et les infections du site opératoire ont été atteintes grâce à un système de surveillance s'appuyant sur des équipes opérationnelles d'hygiène insérées de façon efficace au cœur du dispositif de soins. La mise en place d'un tableau de bord des infections nosocomiales et d'un affichage public de la performance, associés à des objectifs quantifiés, a contribué à ces bons résultats. Poursuivre l'ancrage de la surveillance en réseau tout en y associant d'autres approches de la gestion du risque infectieux sont les ambitions du programme 2009-2013 qui vient de débiter (Résumé de l'auteur).

47280

ARTICLE

LE RAT (C.), QUELIER (C.), JARNO (P.), et al.

Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France.

SANTE PUBLIQUE

2010/07-08 ; n° 4 : Pages : 367-378

Cote Irdes : C, P143

Cet article se propose d'aborder l'émergence de l'infection nosocomiale en tant que problème de santé publique comme le résultat d'un processus socio-historique spécifique. En étudiant la Revue d'hygiène et de médecine sociale de 1953 à 1988, ainsi que le discours d'acteurs nationaux de la lutte contre les infections nosocomiales, on peut montrer que ces infections deviennent, en France, un problème de santé publique reconnu quasi indépendamment de critères objectifs de fréquence ou de gravité et que les enjeux professionnels et sociaux y jouent un rôle déterminant. Les infections nosocomiales sauvent ainsi la place de l'hygiène, en tant que discipline, qui semblait condamnée par la nouvelle organisation hospitalo-universitaire mise en place suite à la loi de 1958. Une fois à l'hôpital, les hygiénistes entrent en concurrence avec certains microbiologistes qui investissent également cet objet, lequel se trouve finalement de plus en plus convoité par de multiples acteurs. Au delà de la construction d'un problème de santé publique, se constitue ainsi un véritable champ de luttes symboliques.

Performance
Performance

46749
ARTICLE

Traitement du cancer : où recevoir les meilleurs soins ?

QUE CHOISIR ?
2011/04 ; n° 491 : Pages : 16-23
Cote Irdes : Bulletin français

Malgré les avancées majeures du Plan cancer, l'égalité d'accès à des soins de qualité n'est pas encore réalisée partout en France. Comme le prouve le palmarès des établissements de soins les plus performants pour trois types de cancer parmi les plus fréquents, réalisé par Santéclair : cancer du poumon, cancer du sein et cancer de la prostate.

SHWARTZ (M.), COHEN (A.B.), RESTUCCIA (J.D.), REN (Z.J.), LABONTE (A.), THEOKARI (C.), KANG (R.), HORWITT (J.)

How well can we identify the high-performing hospital?

Comment bien identifier les hôpitaux les plus performants ?

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW
2011 : vol. 68 : n° 3 : 290-310.
Cote Irdes : P182

Sharing lessons from high-performing hospitals facilitates quality improvement. High-performing hospitals have usually been identified using a small number of performance measures. The objective was to analyze how well 1,006 hospitals performed across a broader range of measures. Five measures were developed from publicly available data: adherence to processes of care, 30-day readmission rates, in-hospital mortality, efficiency, and patient satisfaction. For a subset of hospitals, the authors included two survey-based assessments of patient care quality, one by chief quality officers and one by frontline clinicians. In general, there was little correlation among the publicly available measures ($r < .10$), though there was notable correlation between objective measures and survey-based measures

($r = .23$). Hospitals that performed well on a composite measure calculated from the publicly available measures were often not in the top quintile on most individual measures. This highlights the challenge in identifying high-performing hospitals to learn organizational-level best practices.

Qualité des soins
Quality of care

SVENDSEN (M.L.), EHLERS (L.H.), FRYDENBERG (M.), INGEMAN (A.), JOHNSEN (S.P.)

Quality of care and patient outcome in stroke units: is medical specialty of importance?

Qualité des soins et résultats pour les patients des unités neurologiques: la spécialité médicale a-t-elle de l'importance ?

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 8 : 693-700.
Cote Irdes : P45

BACKGROUND: Specialized stroke unit care improves outcome in stroke patients. However, it is uncertain whether the units should be placed in a neurological or non-neurological (eg, internal medicine or geriatric) setting. OBJECTIVES: To assess whether stroke unit setting (neurological/non-neurological) is associated with quality of care and outcome among patients with stroke, and whether these associations depend on the severity of comorbidity. METHODS: In a nationwide population-based follow-up study, we identified 45,521 patients admitted to stroke units in Denmark between 2003 and 2008. Outcomes were quality of care (whether patients received evidence-based processes of acute stroke care), mortality, length of stay, and readmission. Charlson comorbidity index was used to assess comorbidity, and comparisons were adjusted for patient and hospital characteristics. RESULTS: Patients admitted to stroke units in

neurological settings had higher odds for early antiplatelet therapy (odds ratio, 1.68; 95% confidence interval, 1.10-2.56) and early computed tomographic scan or magnetic resonance imaging (odds ratio, 1.77; 95% confidence interval, 1.29-2.45) compared with patients in non-neurological settings. No other differences were found when studying quality of care and patient outcomes. However, patients with moderate comorbidity admitted to stroke units in neurological settings had higher odds for 1-year mortality, but comparisons across strata of comorbidity were not statistically significant. CONCLUSIONS: Except for early antiplatelet therapy and early computed tomographic scan or magnetic resonance imaging, the medical setting was not associated with differences in processes of acute stroke care and patient outcome. No medical setting related differences were found according to comorbidity, although indications of a worse outcome in patients with moderate comorbidity in neurological settings warrant further investigation.

Réforme hospitalière Hospital Reform

48057
FASCICULE
CORMIER (M.) / dir.

Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives.

REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL
2011 ; Pages : 240p.
Cote Irdes : A4228

Présentée comme l'une des réformes « phare » du quinquennat, la loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, dite loi « HPST » (Hôpital Patients Santé et Territoires) constitue bien plus qu'une énième réforme hospitalière, puisqu'elle touche l'ensemble du système de santé français dans une période où les finances sociales sont au plus mal. Quatorze auteurs, spécialistes reconnus, ont néanmoins souhaité commenter, analyser ou faire le premier bilan

du volet hospitalier de cette réforme à une période où le législateur lui-même reprend la plume pour modifier de nombreuses dispositions de ce texte dont la mise en œuvre n'est pourtant toujours pas terminée (Résumé de l'éditeur).

46840
ARTICLE
VINCENT (G.)

Pourquoi réformer l'hôpital public ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 30 ; Pages : 25-28
Cote Irdes : P168

L'hôpital est une organisation qui a très fortement évolué depuis cinquante ans et n'a cessé de se transformer. De l'hôpital-hospice aux CHU (centres hospitaliers universitaires), il a connu de profonds changements, issus du mouvement d'humanisation qui a pris son essor au XIXe siècle, puis de modernisation à compter des Trente Glorieuses, jusqu'à l'hôpital contemporain (disparition des salles communes, arrivée des très hautes technologies, etc.). Peu d'administrations ou d'organisations se sont autant transformées sur la période considérée.

Tarification hospitalière Hospital payment system

48136
FASCICULE
CASH (R.), CASH (E.), DUPILET (C.)

Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires : rapport final.

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES
2011/07 ; vol. : n° 106 ; Pages : 249p., tabl., graph.
Cote Irdes : C, S35/2
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud106.pdf>

La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais,

le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficaces. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES (Direction de la Recherche – des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques) a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile. En marge des tarifs, l'étude montre que la contrainte réglementaire et la démarche organisationnelle au sein de l'établissement jouent également un rôle important. Les incitations tarifaires doivent donc s'intégrer dans une politique plus globale pour réellement orienter l'activité.

47234
ARTICLE

VERGNENEGRE (A.)

Tarification à l'activité. Jusqu'où peut-on aller ?

Dossier. La performance.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/01 ; n° 502 : Pages : 15-18, graph., tabl.
Cote Irdes : C, P67

La tarification à l'activité (T2A), qui a vu son développement renforcé par les plans Hôpital 2008-2008 et Hôpital 2008-2012, est la conséquence de l'utilisation d'un codage des séjours, par l'intermédiaire des groupes homogènes de malades (GHM), existant depuis une vingtaine d'années au sein des établissements de soins publics et privés. La T2A a fait l'objet d'une mise en place progressive au travers des lois de financement de la Sécurité sociale : chaque année, les tarifs, associés à l'ensemble de ces séjours, sont publiés par le ministère de la Santé. Parallèlement, la codification en GHM évolue et nous en utilisons actuellement la version 11, une version qui avait essentiellement comme objectif de mieux reconnaître la complexité des patients traités dans les centres de référence et celle des patients poly pathologiques âgés. Si on fait souvent jouer à cette T2A des rôles pour lesquels elle n'a pas été mise en place, l'auteur en présente ici les principales applications et les perspectives d'utilisation.

46917
ARTICLE
RUELLAN (R.)

La T2A sous contrainte budgétaire globale.

13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts. :
Paris. FRA,
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11 ; vol. 28 : n° 6-7 : Pages : 284-289
Cote Irdes : C, P85

Cet article présente les rapports de la Cour de Compte sur la T2A : en 2006 sur le démarrage de la T2A, et en 2009 sur la mise en place de la T2A à mi-parcours de sa montée de en charge (2004-2012). Le constat de la Cour est mitigé sur plusieurs points, et la Cour émet des recommandations sur le dispositif de financement qui reste à stabiliser, en accélérant les réformes structurelles générant des gains de productivité.

46913
ARTICLE
SCHWACH (V.)

Et qu'en est-il des SSR ? Analyse de quelques limites du modèle de tarification, dit "modèle transitoire".

13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11 ; vol. 28 : n° 6-7 : Pages : 241-248, rés., tabl.
Cote Irdes : C, P85

Le secteur SSR (Soins de suite et de réadaptation) subit une profonde mutation. Engagée par la réforme des autorisations, elle se poursuit par la refonte du mode de financement. La T2A repose sur un idéal de justice, mais sans pouvoir préciser quelle serait la juste rémunération. Elle véhicule également une représentation du secteur SSR, laquelle n'est pas explicitée. L'auteur montre, à partir de la valorisation de l'encadrement médical, que le modèle suppose une homogénéité qui favorise la médicalisation des soins de suite au détriment de la reconnaissance de la technicité des CRF (Centres de rééducation fonctionnelle). Un autre exemple concerne le plateau technique. Enfin l'analyse des règles par lesquelles l'ENCc (Etude nationale des coûts à

méthodologie commune) répartit les frais de structures révèle qu'elles défavorisent l'hospitalisation de jour (comparativement à d'autres règles), alors que cette activité devrait être reconnue, voire favorisée. Au total, l'auteur déplore une insuffisance de l'analyse conceptuelle.

Temps d'accès Waiting times

CONNER-SPADY (B.L.), SANMARTIN (C.), JOHNSTON (G.H.), MCGURRAN (J.J.), KEHLER (M.), NOSEWORTHY (T.W.)

The importance of patient expectations as a determinant of satisfaction with waiting times for hip and knee replacement surgery.

L'importance des attentes des patients en tant que déterminant de leur satisfaction à l'égard des temps d'attente pour les chirurgies de la hanche et du genou.

HEALTH POLICY
2011 : vol. 101 : n° 3 : 245-252.
Cote Irdes : P92

OBJECTIVES: The disconfirmation model hypothesizes that satisfaction is a function of a perceived discrepancy from an initial expectation. Our objectives were: (1) to test the disconfirmation model as it applies to patient satisfaction with waiting time (WT) and (2) to build an explanatory model of the determinants of satisfaction with WT for hip and knee replacement. METHODS: We mailed 1000 questionnaires to 2 random samples:

patients waiting or those who had received a joint replacement within the preceding 3-12 months. We used ordinal logistic regression analysis to build an explanatory model of the determinants of satisfaction. RESULTS: Of the 1330 returned surveys, 1240 contained patient satisfaction data. The sample was 57% female; mean age was 70 years (SD 11). Consistent with the disconfirmation model, when their WTs were longer than expected, both waiting (OR 5.77, 95% CI 3.57-9.32) and post-surgery patients (OR 6.57, 95% CI 4.21-10.26) had greater odds of dissatisfaction, adjusting for the other variables in the model. Compared to those who waited 3 months or less, post-surgery patients who waited 6 to 12 months (OR 2.59, 95% CI 1.27-5.27) and over 12 months (OR 3.30, 95% CI 1.65-6.58) had greater odds of being dissatisfied with their waiting time. Patients who felt they were treated unfairly had greater odds of being dissatisfied (OR 4.74, 95% CI 2.60-8.62). CONCLUSIONS: In patients on waiting lists and post-surgery for hip and knee replacement, satisfaction with waiting times is related to fulfillment of expectations about waiting, as well as a perception of fairness. Measures to modify expectations and increase perceived fairness, such as informing patients of a realistic WT and communication during the waiting period, may increase satisfaction with WTs.

Professions de santé/Health professions

Coopération interprofessionnelle *Interprofessional collaboration*

47153
ARTICLE

BERLAND (Y.), BURDILLAT (M.), MINO (J.C.), ROBELET (M.), MORET-BAILLY (J.), DOMERGUE (J.), COUDRAY (M.A.), CHAMBARETAUD (S.), BOURGUEIL (Y.)

Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux.

Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/03 ; vol. : n° 70 : Pages : 16-35
Cote Irdes : P, P49

La situation inédite de la baisse certaine, pour les dix ans, à venir, du nombre de médecins en France a déclenché études et débats, présentés par Martine Burdillat, permettant ainsi de disposer d'informations objectives et détaillées sur la ressource humaine en santé, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cette approche très générale est complétée par une analyse de l'évolution des pratiques de terrain développée par Jean-Christophe Mino et Magali Robelet, qui s'interrogent sur la possibilité de la reconnaissance des pratiques invisibles et de leurs acteurs. Le processus en cours soulève de nombreux enjeux dépassant la seule question de la baisse du nombre de médecins. Enjeu de cadre juridique tout d'abord, comme l'expose Joël Moret-Bailly. La formation des professions de santé constitue un deuxième enjeu d'importance. Il s'agit tout d'abord, comme l'expose Jacques Domergue, de l'organisation de la formation initiale commune à plusieurs professions qui se met en place. Mais c'est également l'articulation de la formation avec les processus de qualification, et surtout de définition initiale des compétences requises, et l'adaptation au cadre du LMD (Licence Master Doctorat) européen qui font l'objet d'une véritable révolution selon les termes de Marie

Ange Coudray. Enfin, l'enjeu économique et plus précisément l'analyse des conditions économiques du développement des coopérations comme leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital, sont présentés par Sandrine Chambaretaud.

Infirmiers *Nurses*

47992
ARTICLE

VALLEJO-TORRES (L.), MORRIS (S.)

Factors associated with the use of primary care services: the role of practice nurses

Facteurs associés à l'utilisation des services de soins primaires : le rôle des praticiennes infirmières.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/08 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 373-381, tabl., fig.
Cote Irdes : P151

Rising demand for and costs of health care have led to an increasing role of practice nurses in primary care in many countries, including the United Kingdom. Previous research has explored how practice nurse care differs from that provided by general practitioners (GPs) in terms of costs and health outcomes, and has highlighted the importance of matching skills and experience with roles and responsibilities. However, there has been little research to compare the characteristics of patients seen by GPs and practice nurses in primary care. We aim to investigate the factors associated with the use of practice nurse visits, and to compare these with the factors associated with GP use. We jointly model the use of practice nurse and GP visits using a bivariate probit regression model with a large set of covariates taken from

two rounds of the Health Survey for England (2001, 2002). We find that practice nurse use is associated with age and gender, health, socioeconomic and supply variables. There are differences in the factors associated with practice nurse and GP use. Chronically ill patients are more likely to see a practice nurse, while acute ill health has a stronger association with the probability of seeing the GP. Practice nurse use is also correlated with a narrower range of health conditions compared with GP use. We also found differences between practice nurse and GP visits with respect to the association with economic activity, ethnic group, number of children, degree of urbanisation, and distance to practice.

47869
FASCICULE

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

***La démographie des infirmiers
à l'horizon 2030 : un exercice de
projections aux niveaux national
et régional.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/05 ; n° 760 ; Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er760.pdf>

L'évolution du nombre d'infirmiers en activité dépend des choix professionnels des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics. Les projections ici présentées permettent de simuler, sous certaines hypothèses, les effets probables de mesures de régulation et de changements de comportements sur l'évolution des effectifs d'infirmiers. En maintenant constants les comportements des infirmiers et les décisions des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre d'infirmiers en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030 mais à un rythme de moins en moins soutenu. La répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le mode d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers

continueraient d'y exercer. Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement. Trois autres scénarios ont été modélisés afin de simuler l'impact de différentes mesures sur les effectifs à l'horizon 2030. La réforme des retraites comme la réforme statutaire des infirmiers salariés de l'hôpital public conduirait à augmenter de 4 % les effectifs d'infirmiers en 2030. Cette hausse toucherait tous les secteurs d'activité s'agissant de la réforme des retraites, mais les seuls salariés de l'hôpital public pour la réforme statutaire.

47868
FASCICULE

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

***La profession d'infirmière : situation
démographique et trajectoires
professionnelles.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/05 ; vol. : n° 759 ; Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>

Au 1er janvier 2010, près de 520 000 infirmiers en activité en France sont recensés. Cette profession a vu ses effectifs multipliés par 1,7 en 20 ans. En 2010, on compte plus de 800 infirmiers en activité pour 100 000 habitants. Cette profession, féminine à 88 %, travaille principalement à l'hôpital public (49 % des effectifs). Les infirmiers, en particulier les libéraux, ne se répartissent pas également entre les régions et, en 10 ans, ces fortes disparités spatiales ne se sont pas réduites. Les migrations régionales sont peu fréquentes mais se font toujours au profit (ou au détriment) de certaines régions. Classiquement, les régions du Sud profitent de ces flux migratoires. Les hommes sont plus enclins à changer de mode d'exercice et à choisir de s'installer en libéral. Enfin, les infirmiers salariés des hôpitaux publics cessent leur activité en moyenne à 56 ans, ceux des hôpitaux privés à 59 ans et les libéraux à 61 ans.

47612

ARTICLE

KROEZEN (M.), VAN DIJK (L.),
GROENEWEGEN (P.P.), FRANCKE (A.L.)

Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature.

La prescription des médicaments par les infirmières en Europe occidentale et dans les pays anglo-saxons : une revue systématique de la littérature.

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 ; vol. 11 : n° 127 : Pages : 42p.+annexes
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-127.pdf>

L'objectif de cette revue était double : premièrement, analyser la littérature scientifique et professionnelle qui décrit comment les activités de prescription prennent forme dans les pays d'Europe occidentale et anglo-saxons ; deuxièmement, identifier les mécanismes derrière l'introduction et l'organisation de la prescription de médicaments en se basant sur la théorie d'Abbott sur la division du travail professionnel.

Mobilité professionnelle
Professional mobility

47971

FASCICULE , INTERNET

WISMAR (M.), GLINOS (I.A.), MAIER (C.)
et al.

Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries.

Mobilité des professionnels de santé et systèmes de santé : résultats provenant de 17 pays européens.

EURO OBSERVER : THE HEALTH POLICY
BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY
ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES
2011 ; vol. 13 : n° 2 : Pages : 12p.
Cote Irdes : En ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/145158/EuroObserver-Summer-2011_web.pdf

The Summer issue of Euro Observer looks at the factors that influence health professional mobility between the countries of Europe. Case studies on Germany, Lithuania, Poland, Romania, Spain and the United Kingdom provide details on each country's health professional mobility profile, impacts on the health care system and government policy responses.

Personnel hospitalier
Hospital workers

47246

ARTICLE

HOLCMAN (R.)

Hôpital public. La régulation des professions de santé.

Ressources humaines. Dossier.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/02 ; n° 503 : Pages : 79-83
Cote Irdes : C, P67

A quel niveau la régulation des professions de santé doit-elle s'exercer, concernant l'hôpital ? Au niveau des structures centrales ou des services déconcentrés des services sanitaires de l'Etat ? A l'échelon local ? Au sein même de l'établissement de santé ? A priori, il s'exerce de façon aléatoire, seul l'objectif poursuivi le détermine. L'auteur illustre la problématique avec deux dossiers, celui du recrutement des praticiens hospitaliers et celui du non-renouvellement des départs à la retraite. Dans un cas, il aurait fallu décentraliser le niveau de décision alors qu'il continue d'être centralisé, dans l'autre, c'est l'inverse qui prévaut.

Médicaments/Pharmaceuticals

Conflits d'intérêt Conflicts of interests

47583
ARTICLE

La rédaction de Prescrire a-t-elle des conflits d'intérêts ?

REVUE PRESCRIRE
2011/06 ; vol. 31 : n° 332 : Pages : 475-476
Cote Irdes : P80

Cet article est le fruit d'une réflexion collective sur les liens d'intérêts et la gestion d'éventuels conflits d'intérêts.

Contrefaçons Drugs counterfeits

46699
ARTICLE

Lutte contre la contrefaçon : les nouvelles propositions du Sénat.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/03/03 ; n° 733 : Pages :
Cote Irdes : P72

Ce dossier analyse le rapport du groupe sénatorial sur l'évaluation de la loi n°2007-1544 du 29 octobre 2007 de lutte contre la contrefaçon. Ce rapport formule 18 propositions en apportant certaines clarifications souhaitées par les professionnels en améliorant encore la protection intellectuelle en France.

Génériques Generic drugs

SHRANK (W.H.), CHOUDHRY (N.K.),
LIBERMAN (J.N.), BRENNAN (T.A.)

The use of generic drugs in prevention of chronic disease is far more cost-effective than thought, and may save money.

Utiliser des génériques dans la prévention des maladies chroniques a un meilleur rapport coût/efficacité que prévu et peut permettre de réaliser des économies.

HEALTH AFFAIRS
2011 ; vol. 30 : n° 7 : 1351-1357.
Cote Irdes : P95

In this article we highlight the important role that medication therapy can play in preventing disease and controlling costs. Focusing on coronary artery disease, we demonstrate that prevention, with the appropriate use of generic medications, appears far more cost-effective than previously documented, and it may even save on costs. For example, an earlier study estimated that reducing blood pressure to widely established clinical guidelines in no diabetic patients cost an estimated \$52,983 per quality-adjusted life-year if a brand-name drug was used. However, we estimate that the cost is just \$7,753 per quality-adjusted life-year at generic medication prices. As the nation attempts to find strategies to improve population health without adding to the unsustainably high cost of care, policy makers should focus on ensuring that patients have access to essential generic medications.

IIZUKA (T.), KUBO (K.)

The generic drug market in Japan: will it finally take off?

Le marché des médicaments génériques va-t-il finalement décoller au Japon ?

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2011 : vol. 6 : n° 3 : 369-389.
Cote Irdes : p197

Historically, brand-name pharmaceuticals have enjoyed long periods of market exclusivity in Japan, given the limited use of generics after patent expiration. To improve the efficiency of the health-care system, however, the government has recently implemented various policies aimed at increasing generic substitution. Although this has created expectations that the Japanese generic drug market may finally take off, to date, generic usage has increased only modestly. After reviewing the incentives of key market participants to choose generics, we argue that previous government policies did not provide proper incentives for pharmacies to boost generic substitution. We offer some recommendations that may help to increase generic usage.

Industrie pharmaceutique
Pharmaceutical industry

47801
ARTICLE
PARIS (V.)

La mondialisation. Quelles conséquences pour l'industrie du médicament et pour le médicament lui-même ?

CONCOURS MEDICAL
2010/11 ; vol. 132 : n° 17-18 : Pages : 766-770, tabl., fig.
Cote Irdes : P19

Comme bien d'autres secteurs, l'industrie pharmaceutique a été transformée ces dernières décennies par deux mouvements parallèles : une internationalisation de ses activités et une forte concentration. Si des

milliers d'entreprises mettent au point et produisent des médicaments dans le monde, quelques-unes seulement, familièrement appelées les big pharmas dans le monde anglo-saxon, concentrent l'essentiel des ventes mondiales : 45 % pour les 10 premières et 63 % pour les 20 premières en 2007, selon IMS. Ces entreprises sont des multinationales qui, comme leurs semblables dans d'autres secteurs, exercent leurs activités et vendent leurs produits dans de nombreux pays. Aujourd'hui, les produits les plus innovants sont lancés dans la plupart des pays développés (Tiré de l'introduction).

47057
ARTICLE

La pharmacie mondiale en 2010 : l'analyse d'Euler Hermès.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/04/28 ; vol. : n° 740 : Pages : 6-9
Cote Irdes : P72

Ce fascicule présente l'étude réalisée par l'assureur-crédit Euler Hermès sur la filière pharmacie dans le monde. Intitulée « Pharmacie mondiale : une industrie sur la défensive », elle tente de répondre à trois questions : comment évolue la rentabilité du secteur aujourd'hui, quels leviers les grands laboratoires actionnent-ils pour s'adapter et quel défi représente le générique aujourd'hui ? Il ressort de cette étude que le secteur pharmaceutique est toujours à la recherche d'un business model.

Innovation médicale
Medical innovation

48209

ARTICLE

GROOTENDORST (P.), HOLLIS (A.), LEVINE (D.K.)

New approaches to rewarding pharmaceutical innovation

Nouvelles approches pour récompenser l'innovation pharmaceutique.

CMAJ : Canadian Medical Association Journal
2011 ; Pages : 8p.
Cote Irdes : c, en ligne
<http://www.yale.edu/macmillan/igh/files/CMAJ.pdf>

Aspects of the drug patent system impede the development of first-in-class drugs and reward the development of follow-on drugs (subsequent class entrants). Public subsidies of basic research and phase III clinical trials, as well as impact-based and royalty-based rewards for new drugs are promising alternatives to the drug patent system. Implementation of these alternatives would be challenging, with some options requiring that governments commit to stable drug-discovery funding streams. This study proposes a system of research to generate the evidence needed to resolve questions around these alternatives.

47595

ARTICLE

PAPON (P.)

Recherche, innovation et sortie de crise.

FUTURIBLES
2011/06 ; n° 375 ; Pages :
Cote Irdes : P166

L'investissement dans la recherche-développement (R&D) et l'innovation a toujours été et demeure une clef essentielle de la réussite économique des Etats. Cet article montre comment ont évolué les potentiels de recherche mondiaux et quels sont les pays leaders en la matière. Il présente également les spécialisations des principaux acteurs mondiaux dans la production scientifique et

technique internationale. Il rappelle en particulier la lente (mais manifeste) érosion des positions européennes dans la compétition scientifique mondiale, même si la qualité des productions reste intacte, et souligne, en écho, la montée en puissance de pays émergents (Chine, Brésil...).

ROBERTS (S.A.), ALLEN (J.D.), SIGAL (E.V.)

Despite criticism of the FDA review process, new cancer drugs reach patients sooner in the United States than in Europe.

En dépit des critiques sur le processus d'examen de la FDA, les patients américains ont accès aux nouveaux médicaments anti-cancéreux avant les patients européens.

HEALTH AFFAIRS
2011 ; vol. 30 ; n° 7 : 1375-1381.
Cote Irdes : P95

The US Food and Drug Administration is often criticized as inefficient compared to its European counterpart, the European Medicines Agency. This criticism is especially common in the field of oncology, where severely ill patients have few therapeutic options. We conducted a direct drug-to-drug comparison of the two regulatory agencies' approvals of new oncology drugs. We found that contrary to public assertions, the median time for approval for new cancer medicines in the United States was just six months--and that these new anticancer medicines are typically available in the United States before they are in Europe. Our findings reinforce the need for strong financial and public support of the Food and Drug Administration, so that such medicines can continue to be made available speedily to patients in need.

LIU (Y.M.), YANG (Y.H.), HSIEH (C.R.)

The determinants of the adoption of pharmaceutical innovation: evidence from Taiwan.

Les déterminants de l'adoption des innovations thérapeutiques : évidence issue de Taiwan.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 72 : n° 6 : 919-927.
Cote Irdes : P103

In recent years, a substantial amount of technological progress in medicine has taken the form of pharmaceutical innovation. This paper uses the launch of a series of new drugs designed for treating type 2 diabetic patients as an example to investigate the determinants that affect the diffusion of new medical technology. Based on prescription-level data that are obtained from the national health insurance program in Taiwan, we find that the probability of prescribing new drugs declines as more competing products enter the pharmaceutical market. Meanwhile, physicians are less likely to prescribe new drugs to treat their patients as the provider market becomes less concentrated. These results suggest that the providers' incentives for cost reduction dominate incentives for quality improvement as markets become more competitive and hence an increase in market competition is associated with a decrease in the diffusion of new drugs. As a result, access to new drugs is not uniform among patients in a country with universal coverage for prescription drugs. An important implication of our study is that profit-seeking behavior among providers can become an access barrier to new medical technology.

Listes
Lists

MILLAR (T.P.), WONG (S.), ODIERNA (D.H.), BERO (L.A.)

Applying the essential medicines concept to US preferred drug lists.

Application du concept de médicaments essentiels aux listes de médicaments de référence aux Etats-Unis.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2011 : vol. 101 : n° 8 : 1444-1448.
Cote Irdes : P36

OBJECTIVES: We assessed whether state Medicaid preferred drug lists are concordant with the World Health Organization's 2009 16th Essential Medicines List and with each other. We also characterized listed medicines by generic availability and appearance on treatment guidelines. METHODS: We derived generic availability and first-line treatment status from the US Food and Drug Administration's Orange Book and the 2004-2009 National Health Service National Institute for Clinical Excellence guidelines. We report characteristics of Essential Medicines List and preferred drug list (PDL)-only medicines and describe differences between medicines that are frequently and infrequently listed on PDLs. RESULTS: Only 6 of 120 Essential Medicines List medicines appeared on fewer than 50% of PDLs. PDL-only medicines (n = 249) were less likely than were Essential Medicines List medicines (n = 120) to have generic versions available (56% vs 76%) and to be first-line treatments (21% vs 41%). The content of PDLs was variable: 33% of medicines appeared on 80% to 100% of PDLs. CONCLUSIONS: Application of the essential medicines concept to Medicaid PDLs could reduce costs and provide more equitable and evidence-based health care to low-income patients in the United States.

Médicaments orphelins Orphan drugs

46697
ARTICLE

Prise en charge des médicaments orphelins : la place des industriels.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/03/10 ; n° 734 : Pages : 6-9
Cote Irdes : P72

Le plan maladies rares 2011-2014 présenté fin février 2011 comporte trois axes de travail (améliorer la prise en charge du patient, développer la recherche et amplifier les coopérations européennes et internationales). De ces trois axes, 15 mesures ont été arrêtées et 46 actions à mettre en œuvre. Parmi ces dernières, ce fascicule retient celles pour lesquelles les industriels du médicament seront particulièrement sollicités pour garantir la prise en charge médicamenteuse adaptée à chaque patient atteint de maladie rare.

Pharmacovigilance Drug safety

47719
ARTICLE

Mediator : 5 erreurs, 5 leçons... Pour éviter d'autres cascades aussi délétères...

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/05 ; vol. 7 : n° 5 : Pages : 229-233
Cote Irdes : P198

Ces échanges ont eu lieu en décembre 2010 et janvier 2011. Comme pour les précédents, ils ont concerné le petit groupe qui a réagi spontanément à l'invitation, devant l'importance médiatique que prenait l'affaire. Comme le signale Jean-Pierre Boissel dans l'éditorial de ce numéro de Médecine, tout a été dit sur les causes de ce désastre [...] mais ce ne sera pas la dernière fois, car l'essen-

tiel, ce qui a permis toutes les dérives, a été occulté ... Cette affaire a le mérite de faire avancer les arguments en faveur des évaluations rigoureuses des médicaments et de l'enseignement de la thérapeutique... La bulle va-t-elle finir par exploser ?

47581
ARTICLE

Analyser un événement indésirable en soins de premier recours : une démarche collective des soignants impliqués.

REVUE PRESCRIRE
2011/06 ; vol. 31 : n° 332 : Pages : 456-460
Cote Irdes : P80

L'analyse collective pluriprofessionnelle des événements indésirables des soins vise à améliorer la sécurité des patients. La survenue d'un événement indésirable jugé a posteriori évitable place le soignant dans un processus de réflexion pour tenter de l'éviter à l'avenir. Au-delà de ce repérage individuel des effets indésirables des soins, leur analyse approfondie, en vue de déterminer notamment ce qui était évitable, nécessite parfois la collaboration de l'ensemble des soignants qui y ont été impliqués. Des méthodes d'analyse collective ont été proposées, d'abord à l'hôpital, pour analyser collectivement des événements indésirables, en vue de leur prévention. Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une méthode d'apprentissage collectif par l'erreur, visant l'amélioration des pratiques professionnelles et la qualité des soins. Cette méthode est surtout pratiquée en France dans les établissements de soins, mais elle est applicable par tous les soignants, y compris en soins de premier recours. L'analyse collective pluriprofessionnelle des événements indésirables permet d'améliorer la communication, le travail d'équipe et la culture de sécurité des soignants. Les problèmes de fond détectés peuvent intéresser l'ensemble des soignants. Les effets indésirables des soins et les erreurs médicales ne doivent pas être cachés, mais identifiés et analysés, pour améliorer les pratiques.

47102
ARTICLE

Médicaments : priorité à l'intérêt des patients et à la santé publique.

REVUE PRESCRIRE
2011/04 ; vol. 31 : n° 330 : Pages : 304-306
Cote Irdes : P80

Le désastre sanitaire du Mediator a montré l'ampleur de l'insuffisance de l'encadrement du marché du médicament, et la gravité de ses conséquences humaines. Cet article présente un ensemble de mesures dont **Prescrire demande la mise en œuvre pour protéger la population de futurs Mediator**, et plus largement pour redresser le cap de la politique du médicament en priorité vers les besoins de santé des patients.

47093
ARTICLE
CLAUSENER (M.)

Systeme sanitaire : l'Ordre se penche sur le médicament.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
2011/05/14 ; vol. : n° 2882 : Pages : 8-9
Cote Irdes : P44

Le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens a présenté, aux Assises du médicament du 11 mai 2011, ses 26 propositions. Cet article reprend ses propositions axées sur les champs de compétences des pharmaciens tant à l'officine que dans l'industrie. Avec un seul objectif : améliorer le système français de sécurité sanitaire.

47092
ARTICLE
HILL (C.)

Mortalité attribuable au benfluorex (Mediator).

PRESSE MEDICALE (LA)
2011/05 ; vol. 40 : n° 5 : Pages : 462-469, enc.
Cote Irdes : P180

Le benfluorex (Mediator) a été retiré du marché français en novembre 2009, après plus de 30 ans d'utilisation. L'estimation du nombre de morts causés par ce médicament a été le sujet de nombreuses interrogations et

de débats vigoureux. Pour éclairer le débat, cet article explique la différence entre le concept d'imputabilité qui s'étudie patient par patient et la notion de mortalité attribuable qui s'estime dans une population. La mortalité attribuable s'estime une fois que le lien entre le médicament et son effet indésirable a été formellement établi. Il résume les données qui ont établi ce lien, puis décrit en détail le calcul de l'estimation de 500 morts attribuables au benfluorex.

46855
ARTICLE
TREBUCQ (A.)

Médicaments : du risque et de la confiance en santé.

CONCOURS MEDICAL
2011/01 ; vol. 133 : n° 1 : Pages : 6-7
Cote Irdes : C, P19

A juste titre, notre société cherche à écarter le risque, et cela dans tous les domaines, notamment celui de la santé. Les moyens pour répondre à une telle attente n'ont jamais été aussi importants, au point que s'est installée dans les esprits la conviction que le zéro risque pouvait exister. Or, dans le domaine de la santé, toute décision est prise dans un contexte de risque, du moindre risque, certes, mais jamais risque zéro. Ainsi le médecin, dans chacune de ses décisions, apprécie les bénéfices attendus en les confrontant aux risques, dont l'estimation, à l'échelon individuel, reste approximative, la médecine n'étant pas une science exacte, chaque patient ayant des spécificités pouvant être à l'origine de réactions tout à fait inattendues. Cette démarche fait appel à un raisonnement rationnel que l'opinion publique ne paraît plus entendre tant elle semble menée par l'irrationnel, voire tout simplement envoûtée par le sensationnel.

46836
ARTICLE

Union Fédérale des Consommateurs (U.F.C.)
Que choisir. Paris. FRA

La liste des médicaments inutiles ou dangereux : 31 médicaments à éviter.

QUE CHOISIR SANTE ?
2011/04 ; n° 49 : Pages : 4-5
Cote Irdes : c, Bulletin français

Politique du médicament
Drug policy

48212
ARTICLE

OGNYANOVA (D.), ZENTNER (A.), BUSSE (R.)

Pharmaceutical reform 2010 in Germany: Striking a balance between innovation and affordability.

La réforme de la politique du médicament en Allemagne : compromis entre innovation et prix abordable.

EUROHEALTH
2011 ; vol. 17 : n° 1 : Pages : 11-13, fig.
Cote Irdes : Bulletin étranger
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/147104/Eurohealth_Vol-17_No-1_web.pdf

The German Parliament passed a reform aiming to reorganise the regulatory framework for pharmaceuticals in order to curb growing expenditure. For the first time, all newly-licensed pharmaceuticals will be subject to benefit assessment. While pharmaceuticals without added benefit compared to treatment alternatives should be included in the reference pricing system, innovative pharmaceuticals with clear added value should be subject to price negotiations. Earlier cost-containment measures reinforce rebate contracts and introduce a three-year freeze on pharmaceutical prices.

48211
FASCICULE

ALONDERIS (T.), BALOGH (Z.), BEHMANE (D.) et al.

Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis. Focus on the Baltic states: Estonia, Latvia, Lithuania

Politique du médicaments et les effets de la crise économique. Focus sur les Pays Baltes : Estonie, Latvie et Lituanie.

EUROHEALTH
2011 ; vol. 17 : n° 1 : Pages : 32p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : Bulletin étranger
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/147104/Eurohealth_Vol-17_No-1_web.pdf

This issue of Eurohealth looks at pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis in the Baltic States. Other articles include: results of a systematic review on reference pricing for pharmaceuticals; pharmaceutical reform and social health insurance (Germany); and the decline in nursing staff (Hungary).

Prescription
Prescription

47881
ARTICLE

JARDIN (M.), CORTAREDONA (S.), BOCQUIER (A.), NAULEAU (S.), SCIORTINO (V.), BOUVENOT (J.), SAUZE (L.), BOUVENOT (G.), VERGER (P.)

Feedback and lessons from the prescription of rimonabant, a drug to be used under strict guidelines, in southeastern France, March 2007 through June 2008.

Retour d'expérience et enseignements suite aux prescriptions d'un médicament d'exception, le rimonabant, en Provence-Alpes-Côte d'Azur entre mars 2007 et juin 2008.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ
PUBLIQUE
2011/04 ; vol. 59 : n° 2 : Pages : 115-122, graph.,
tabl.
Cote Irdes : C, P11

Afin de contribuer au retour d'expérience concernant la mise sur le marché d'un médicament d'exception, le rimonabant, nous avons réalisé une étude à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca). Cet article vise à : décrire les caractéristiques des patients ayant eu au moins un remboursement de rimonabant ; étudier la fréquence des remboursements hors indications remboursables ; et celle des prescriptions chez des patients traités par antidépresseurs ; pour les deux points précédents, étudier les facteurs associés (caractéristiques des patients, type de prescripteur). À partir des bases de données du régime général stricto sensu de l'Assurance maladie de la région Paca, les caractéristiques des sujets ayant eu au moins un remboursement de rimonabant entre mars 2007 et juin 2008 ont été étudiées et comparées au reste de la population des bénéficiaires. Les facteurs associés au non-respect des indications remboursables et à l'une des contre-indications du rimonabant (être traité par antidépresseur) ont été étudiés par des régressions logistiques multivariées. Sur la période d'étude, 10 510 bénéficiaires (0,28 %) ont eu au moins un remboursement de rimonabant. Parmi eux, 55,7 % ont été identifiés comme diabétiques traités. Les indications remboursables du médicament n'étaient pas respectées pour au moins 62,4 % des bénéficiaires de rimonabant. Cela était plus fréquent chez les femmes âgées de moins de 57 ans et les personnes sans affection de longue durée, et lorsque le prescripteur n'était pas un endocrinologue. Dans 11,4 % des cas, le rimonabant était remboursé à des patients traités par antidépresseur. Malgré l'inscription du rimonabant sur la liste des médicaments d'exception, nos résultats montrent un contournement des indications remboursables et des prescriptions ne respectant pas certaines contre-indications. Cela appelle une réflexion sur les outils

de suivi de la montée en charge de médicaments d'exception nouvellement mis sur le marché et sur les stratégies d'information des médecins concernant certains types de prescriptions (Résumé des auteurs).

47103
ARTICLE

Prescrire en DCI : une bonne pratique minoritaire en France.

REVUE PRESCRIRE
2011/04 ; vol. 31 : n° 330 : Pages : 306
Cote Irdes : P80

La dénomination commune internationale (DCI) des médicaments élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), constitue le vrai nom des médicaments, un langage universel et indépendant, pour le bon usage des médicaments. Il recentre l'attention des soignants sur ses propriétés thérapeutiques et diminue le risque de confusion en particulier chez les patients. Mais ce mode de prescription est encore peu utilisé par les médecins français. Cet article fait une analyse de cette pratique.

LIU (F.X.), ALEXANDER (G.C.), CRAWFORD (S.Y.), PICKARD (A.S.), HEDEKER (D.), WALTON (S.M.)

The impact of Medicare Part D on out-of-pocket costs for prescription drugs, medication utilization, health resource utilization, and preference-based health utility.

L'impact du Medicare Part D sur les débours des patients dans le financement des médicaments prescrits, sur la consommation des médicaments, l'utilisation des ressources en santé et le concept d'utilité en santé basée sur la préférence.

HEALTH SERVICES RESEARCH
2011 ; vol. 46 : n° 4 : 1104-1123.
Cote Irdes : P33

OBJECTIVES: To quantify the impact of Medicare Part D eligibility on medication utilization, emergency department use, hospitalization, and preference-based health utility among civilian non-institutionalized Medicare

beneficiaries. STUDY DESIGN: Difference-in-differences analyses were used to estimate the effects of Part D eligibility on health outcomes by comparing a 12-month period before and after Part D implementation using the Medical Expenditure Panel Survey. Models adjusted for sociodemographic characteristics and health status and compared Medicare beneficiaries aged 65 and older with near elderly aged 55-63 years old. PRINCIPAL FINDINGS: Five hundred and fifty-six elderly and 549 near elderly were included. After adjustment, Part D was associated with a U.S.\$179.86 ($p=.034$) reduction in out-of-pocket costs and an increase of 2.05 prescriptions ($p=.081$) per patient year. The associations between Part D and emergency department use, hospitalizations, and preference-based health utility did not suggest cost offsets and were not statistically significant. CONCLUSIONS: Although there was a substantial reduction in out-of-pocket costs and a moderate increase in medication utilization among Medicare beneficiaries during the first year after Part D, there was no evidence of improvement in emergency department use, hospitalizations, or preference-based health utility for those eligible for Part D during its first year of implementation

COSTA (F.J.), GEMMILL (T.M.)

Does cost sharing really reduce inappropriate prescriptions among the elderly?

Le partage des coûts réduit-il les prescriptions inappropriées chez les personnes âgées ?

HEALTH POLICY
2011 : vol. 101 : n° 2 : 195-208.
Cote Irdes : P92

Improving prescription drug quality is an essential health policy goal in modern health systems, though evidence on the available instruments to attain such a goal are scarce. Cost sharing has an arguable role in improving the likelihood of an individual obtaining an appropriate prescription. This paper empirically examines the effect of cost sharing for pre-

scription drugs in some dimensions of medication-related quality, namely the probability of inappropriate prescription drug use. Using data from United States seniors from 1996 to 2005, we explore various specifications of the probability of obtaining an inappropriate prescription that corrects for sample selection, endogeneity, and unobserved heterogeneity. Our results suggest a small, but measurable, negative price elasticity for inappropriate drug use to average out-of-pocket drug costs. That is, we find that user fees reduce the use of inappropriate medications, however the elasticity of cost sharing is found to be lower than that of drugs in general. A relatively close to zero price elasticity suggests that expected prescription quality improvements from co-payments are small in the light of our evidence.

Prix
Pricing

47589
ARTICLE

Molécules onéreuses en cancérologie : le rapport de l'Académie nationale de médecine.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/05/26 ; n° 744 : Pages : 6-8
Cote Irdes : P72
<http://academiemedecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2145>

Ce fascicule analyse le rapport de l'Académie nationale de médecine sur les molécules onéreuses en cancérologie : données financières actuelles sur les dépenses de l'assurance maladie pour le cancer et les médicaments anticancéreux, situation en France et à l'étranger, efficacité des traitements...

46705
ARTICLE

Médicaments génériques : des prix globalement inférieurs à la moyenne européenne.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO
011/03/17 ; n° 735 ; Pages : 4-5
Cote Irdes : P72

Cet article présente les principaux résultats d'une étude du Gemme (l'association Générique même médicament) réalisée par le laboratoire d'économie industrielle du Centre de recherche en économie et statistique (Crest). Les travaux portent sur un échantillon de 74 molécules lancées en 2005 et représentant 80 % du chiffre d'affaires total des médicaments génériques remboursables consommés en France auprès de dix pays européens. Une présentation de l'étude est en ligne sur le site du Gemme : http://www.medicamentsgeneriques.info/wp-content/uploads/2011/03/Presentation_Etude_Prix_FINALE_09_03_2011.pdf

47091
ARTICLE

DRUMMOND (M.), JONSSON (B.), RUTTEN (F.), STARGARDT (T.)

Reimbursement of pharmaceuticals: reference pricing versus health technology assessment.

Remboursement des médicaments : prix de référence versus évaluation des technologies médicales.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/06 ; vol. 12 ; n° 3 ; Pages : 263-271, 4 tabl.
Cote Irdes : P151

Reference pricing and health technology assessment are policies commonly applied in order to obtain more value for money from pharmaceuticals. This study focussed on decisions about the initial price and reimbursement status of innovative drugs and discussed the consequences for market access and cost. Four countries were studied: Germany, The Netherlands, Sweden and the United Kingdom. These countries have operated one, or both, of the two policies at

certain points in time, sometimes in parallel. Drugs in four groups were considered: cholesterol-lowering agents, insulin analogues, biologic drugs for rheumatoid arthritis and "atypical" drugs for schizophrenia. Compared with HTA, reference pricing is a relatively blunt instrument for obtaining value for money from pharmaceuticals. Thus, its role in making reimbursement decisions should be limited to drugs which are therapeutically equivalent. HTA is a superior strategy for obtaining value for money because it addresses not only price but also the appropriate indications for the use of the drug and the relation between additional value and additional costs. However, given the relatively higher costs of conducting HTAs, the most efficient approach might be a combination of both policies.

Régulation
Price controls

LAMBRELLI (D.), O'DONNELL (O.)

The impotence of price controls: failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece.

L'impuissance du contrôle des prix : échec des tentatives pour limiter les dépenses pharmaceutiques en Grèce.

HEALTH POLICY
2011 ; vol. 101 ; n° 2 : 162-171.
Cote Irdes : P92

BACKGROUND: While the prices of pharmaceuticals are relatively low in Greece, expenditure on them is growing more rapidly than almost anywhere else in the European Union. OBJECTIVE: To describe and explain the rise in drug expenditures through decomposition of the increase into the contribution of changes in prices, in volumes and a product-mix effect. METHODS: The decomposition of the growth in pharmaceutical expenditures in Greece over the period 1991-2006 was conducted using

data from the largest social insurance fund (IKA) that covers more than 50% of the population. RESULTS: Real drug spending increased by 285%, despite a 58% decrease in the relative price of pharmaceuticals. The increase in expenditure is mainly attributable to a switch to more innovative, but more expensive, pharmaceuticals, indicated by a product-mix residual of 493% in the decomposition. A rising volume of drugs also plays a role, and this is due to an increase in the number of prescriptions issued per doctor visit, rather than an increase in the number of visits or the population size. CONCLUSIONS: Rising pharmaceutical expenditures are strongly determined by physicians' prescribing behavior, which is not subject to any monitoring and for which there are no incentives to be cost conscious.

Remboursement

Reimbursement

46837
ARTICLE

Union Fédérale des Consommateurs (U.F.C.)
Que choisir. Paris. FRA

Les médicaments remboursés à 15 %.

QUE CHOISIR SANTE ?
2011/04 ; n° 49 : Pages : 6-9
Cote Irdes : c, Bulletin français

Cet article liste, par classes thérapeutiques, les médicaments remboursés à 15 % par l'Assurance maladie depuis 2010 en raison de leur service médical rendu jugé faible ou insuffisant.

Visiteurs médicaux

Pharmaceutical sales representatives

47594
ARTICLE
LUGINSLAND (M.)

Visite médicale : un métier à réinventer d'urgence.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
2011/05/21 ; n° 2883 : Pages : 26-33, fig.
Cote Irdes : P44

Les visiteurs médicaux souffrent d'une perte d'emploi comme d'une perte d'image. Pourtant, ils demeurent convaincus d'avoir un rôle à jouer dans le bon usage du médicament. Cet article présente le contenu du métier et les réformes possibles pour améliorer l'information des professionnels de santé et des malades.

Technologies médicales/Medical technologies

Télémédecine Telemedicine

47899

ARTICLE

SIMON (P.)

Télémédecine. Impacts du décret, évolutions, perspectives, enjeux.

HIT Paris 2011. Systèmes d'information en santé et TIC.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2011/03-04 ; n° 539 : Pages : 68-74, ill.

Cote Irdes : C, P22

La parution du décret le 9 octobre 2010 relatif à la télémédecine définit les actes de télémédecine et les conditions de mise en oeuvre de ces différentes applications. L'auteur détaille les impacts du décret sur l'exercice médical (définition de la télémédecine, qualité et sécurité du dispositif, relations avec le patient, obligations du médecin...) et présente les organisations pilotes opérationnelles en France, qui devront être mises en conformité avant le 20 avril 2012. Enfin, les enjeux pour les soins primaires et pour les soins de second recours sont exposés, l'accent étant mis sur la continuité des soins.

Télésurveillance Telecare

47670

ARTICLE

MAY (R.C.), FINCH (T.L.), CORNFORD (J.) et al.

Integrating telecare for chronic disease management in the community: What needs to be done ?

Intégration des soins à distance dans la prise en charge des maladies chroniques à domicile : que faut il faire ?

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2011 ; vol. 11 : n° 131 : Pages : 11p., fig.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-131.pdf>

The study reported in this paper had two objectives. First, it sought to identify, describe and understand the factors that promote or inhibit the implementation and integration of telecare systems for chronic disease management in the community, with reference to the views of four key stakeholder groups: patients and carers; healthcare managers and professionals; social care managers and professionals; and telecare systems manufacturers and suppliers. Second, it sought to identify a set of principles, grounded in the experiences and perspectives of participants, which could be used to inform policy and practice around telecare **implementation in the context of a 'whole systems' approach** that is, across boundaries of the private, public and domestic sectors, all of which are playing an increasingly important role in the management of chronic disease. The study reported here may be the largest and most comprehensive qualitative study in this sphere to date.

Systemes de santé étrangers/ Foreign health care systems

Allemagne Germany

47967

ARTICLE

NAGEL (H.C.E.)

L'affectation des ressources au sein du système de santé : la perspective de l'Allemagne.

LES CAHIERS DU COMITE CONSULTATIF

NATIONAL D'ETHIQUE

2011/01-03 ; n° 66 : Pages : 11-13

Cote Irdes : c, Dossier de presse : Géographie de la
santé - Allemagne

Comme dans tous les autres pays européens, le système de santé allemand se trouve confronté à la difficulté de limiter ses dépenses tout en apportant une protection sociale suffisante. La littérature scientifique fait généralement état de trois stratégies pour surmonter le problème de la raréfaction des ressources : la rationalisation, le rationnement et la mise en place de priorités. Cet article fait le point sur la situation actuelle en Allemagne.

Canada Canada

HUTCHINSON (B.), LEVESQUE (J.F.),
STRUMPF (E.), COULE (N.)

Primary health care in Canada: systems in motion.

*Les soins primaires au Canada :
des systèmes en mouvement.*

MILBANK QUARTERLY

2011 : vol. 89 : n° 2 : 256-288.

Cote Irdes : P78

CONTEXT: During the 1980s and 1990s, innovations in the organization, funding, and delivery of primary health care in Canada were at the periphery of the system rather than at its core. In the early 2000s, a new policy environment emerged. METHODS: This policy analysis examines primary health care reform efforts in Canada during the last decade, drawing on descriptive information from published and gray literature and from a series of semi-structured interviews with informed observers of primary health care in Canada. FINDINGS: Primary health care in Canada has entered a period of potentially transformative change. Key initiatives include support for interprofessional primary health care teams, group practices and networks, patient enrollment with a primary care provider, financial incentives and blended-payment schemes, development of primary health care governance mechanisms, expansion of the primary health care provider pool, implementation of electronic medical records, and quality improvement training and support. CONCLUSIONS: Canada's experience suggests that primary health care transformation can be achieved voluntarily in a pluralistic system of private health care delivery, given strong government and professional leadership working in concert.

Etats-Unis
United States

47592

ARTICLE

MORVAN (P.)

La réforme Obama : une nouvelle assurance obligatoire de santé aux Etats-Unis.

DROIT SOCIAL

2011/06 ; n° 6 : Pages : 704-713

Cote Irdes : P109

D'un point de vue politique, la réforme du système d'assurance-maladie demeure un sujet brûlant aux Etats-Unis. Le président Clinton avait échoué dans sa tentative d'instaurer une couverture maladie obligatoire en 1994. Après une analyse des problématiques du système de santé américain, cet article analyse la réforme mise en place par le Président Obama par le Patient Protection and Affordable Act ou PPACA du 23 mars 2010. Certaines dispositions sont entrées en vigueur 90 jours après la publication de la loi, tandis que d'autres n'entreront en vigueur qu'en 2014 ou 2018. La bataille de la constitutionnalité est aussi abordée et concerne notamment l'affiliation obligatoire de tout individu à une assurance maladie obligatoire et l'instauration d'une « médecine socialisée » régulée ou contrôlée par l'Etat.

46844

ARTICLE

BROWN (L.D.)

"Obamacare" : où en sommes-nous ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 30 : Pages : 39-55

Cote Irdes : P168

Après un bref rappel des précédentes tentatives de réforme de la santé aux Etats-Unis et des conditions de vote de la loi Obama, l'auteur, dans cette conférence prononcée le 1^{er} avril 2010, énumère les principaux défis qui attendent la réforme et conditionnent en grande partie sa réussite ou son échec : tenir le consensus, contenir les groupes de pression, assurer une mise en œuvre complexe et

délicate, ne pas éluder la question des coûts et tenir compte du contexte économique global dont la santé dépend massivement. Enfin, dans un post-scriptum rédigé en janvier 2011, l'auteur revient sur la première année de mise en place de la réforme.

46842

ARTICLE

RODWIN (V.G.)

Les médecins américains et la réforme Obama.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 30 : Pages : 39-37

Cote Irdes : P168

Les médecins américains sont favorables à un élargissement de la couverture maladie et ont soutenu les grandes lignes de la réforme d'Obama. Cependant, leur rôle dans l'élaboration de ce projet, et plus généralement dans la politique de santé aux Etats-Unis, n'est plus déterminant. Cet article résume les grandes lignes de la réforme Obama, synthétise des études bien connues sur le rôle traditionnel des médecins dans la politique de santé, et tâche d'expliquer comment le corps médical américain est devenu un acteur parmi d'autres, désormais plus puissants que lui, de l'élaboration des politiques de santé.

47076

ARTICLE

VITNES (J.), SELDEN (T.)

Premium growth and its effect on employer-sponsored insurance.

L'augmentation des primes et son effet sur la couverture maladie d'entreprise

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE FINANCE AND ECONOMICS

2011/03 ; vol. 11 : n° 1 : Pages : 55-81, tabl., fig., annexes

Cote Irdes : P195

We use variation in premium inflation and general inflation across geographic areas to identify the effects of downward nominal wage rigidity on employers' health insurance decisions. Using employer level data from the 2000 to 2005 Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component, we examine the

effect of premium growth on the likelihood that an employer offers insurance, eligibility rates among employees, continuous measures of employee premium contributions for both single and family coverage, and deductibles. We find that small, low-wage employers are less likely to offer health insurance in response to increased premium inflation, and if they do offer coverage they increase employee contributions and deductible levels. In contrast, larger, low-wage employers maintain their offers of coverage, but reduce eligibility for such coverage. They also increase employee contributions for single and family coverage, but not deductibles. Among high-wage employers, all but the largest increase deductibles in response to cost pressures.

Kingdom, and the United States. Health care spending in the U.S. towers over the other countries. The U.S. has fewer hospital beds and physicians, and sees fewer hospital and physician visits, than in most other countries. Prescription drug utilization, prices, and spending all appear to be highest in the U.S., as does the supply, utilization, and price of diagnostic imaging. U.S. performance on a limited set of quality measures is variable, ranking highly on five-year cancer survival, middling on in-hospital case-specific mortality, and poorly on hospital admissions for chronic conditions and amputations due to diabetes. Findings suggest opportunities for crossnational learning to improve health system performance.

Etude comparée
Comparative study

Italie
Italy

48047

FASCICULE , INTERNET

SQUIRES (D.A.)

Commonwealth Fund. New York NY. USA

The U.S. Health System in Perspective: A Comparison of Twelve Industrialized Nations.

Le système de santé mis en perspective : une comparaison entre douze pays industrialisés.

ISSUES IN INTERNATIONAL HEALTH POLICY

2011/07 ; Pages : 13p., graph., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Jul/1532_Squires_US_hlt_sys_comparison_12_nations_intl_brief_v2.pdf

The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) tracks and reports on more than 1,200 health system measures across 34 industrialized countries. This analysis concentrated on 2010 OECD health data for Australia, Canada, Denmark, France, Germany, Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, the United

FERRARIO (C.), ZANARDI (A.)

Fiscal decentralization in the Italian NHS: what happens to interregional redistribution?

Décentralisation budgétaire au sein du système national de santé italien : qu'advient-il de la redistribution régionale ?

HEALTH POLICY

2011 : vol. 100 : n° 1 : 71-80.

Cote Irdes : P92

This paper explores how pressures for an increased decentralization of taxing powers to sub-national governments may affect the degree of income redistribution across regional territories accomplished by the Italian NHS. In Italy, political responsibilities for health care are decentralized to regional governments, but the central government retains a critical role in ensuring all citizens uniform access to health services. To this end the central government runs expenditure needs equalizing system to top up regional governments own resources. However, this system is currently put under

question by strong political pressures calling for a weakening of central government involvement. Applying a well developed econometric approach we find that the NHS currently reduces interregional differences in per-capita income by about 7% of GDP. A reform of the NHS in terms of a reduction of expenditure standards produces a weakening of redistribution across jurisdictions, the size of which crucially depends on the financing arrangements of health care that will be actually adopted. We conclude that the decentralization of the NHS would give rise to relevant policy issues concerning in particular the different health care spending possibilities across regions and the impact on the interregional mobility of patients.

Norvège
Norway

ASKILDSEN (J.E.), HOLMAS (T.H.),
KAARBOE (O.)

Monitoring prioritisation in the public health-care sector by use of medical guidelines. The case of Norway.

Surveillance des priorités dans le secteur publique du système de santé au moyen des recommandations médicales : le cas de la Norvège.

HEALTH ECONOMICS
2011 : vol. 20 : n° 8 : 958-970.
Cote Irdes : P173

This paper presents a new way to monitor priority settings in public health-care systems. We take departure in medical guidelines prescribing acceptable waiting times for different medical descriptions. Allocating ICD10 codes to the medical descriptions, we are able to compare actual waiting times to the recommended maximum waiting times. This way we use the medical guidelines as a tool for monitoring prioritization in the health sector. In an

application, using data from the Norwegian Patient Register, we test statistically for compliance with the guidelines. The results indicate that patients suffering from the most severe conditions are receiving too low priority in the Norwegian health-care sector relative to patients flower priority.

Pays-Bas
The Netherlands

46848
ARTICLE
BERNSTEIN (D.)

Pays-Bas : théorie de la concurrence régulée à l'essai.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 30 : Pages : 127-148
Cote Irdes : P168

Depuis une vingtaine d'années, les Pays-Bas introduisent progressivement des mécanismes concurrentiels dans leur système de santé. Depuis 2006, l'assurance maladie, obligatoire pour l'ensemble de la population, est gérée au premier euro par des assureurs en concurrence. Cette réforme a permis d'unifier un système auparavant fragmenté où les deux tiers de la population étaient couverts par une assurance publique obligatoire et le tiers le plus riche par des assurances privées facultatives. Toute la population a désormais une assurance de base uniforme. La réforme a également favorisé une forte concentration du secteur des assurances. Sur l'objectif principal (accroître l'efficacité du système en favorisant le rôle d'acheteur des assureurs), peu de résultats sont perceptibles. Du côté des prestataires de soins, la contractualisation sélective par les assureurs n'a pas pris son essor et certains facteurs structurels restent peu favorables à la concurrence entre les professionnels de santé. La plupart des assurés ont vu les primes versées aux assureurs et leurs restes à charge augmenter de façon non négligeable.

Québec
Quebec

46845

ARTICLE

TURGEON (J.), JACOB (R.), DENIS (J.L.)

Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010).

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2011 ; n° 30 : Pages : 57-85

Cote Irdes : P168

Depuis cinquante ans, les réformes ont été nombreuses et pratiquement continues dans le système de santé québécois. Quatre grandes phases de cette évolution sont distinguées : 1961-1985, prise en charge du système par l'Etat et bureaucratisation de la gouverne ; 1985-2000, technocratisation et démocratisation ; 2000-2007, poussée managériale ; 2007-2010, tentation du privé. Les modifications de structure ont largement dominé et affichent une continuité en faveur **d'une gestion intégrée et d'une responsabilité populationnelle**. Des aspects importants comme le statut des médecins et les modalités de paiement des dispensateurs ont cependant **peu évolué**. Aujourd'hui, après tous ces exercices, la performance du système est toujours perçue comme insatisfaisante et les solutions demeurent difficiles à saisir. La présence plus marquée des idéologies **n'est donc guère surprenante et celle de la privatisation, plus récente, fait l'objet d'un regain d'intérêt**.

Royaume-Uni
United Kingdom

LEWIS (R.Q.), THORLBY (R.)

Liberalizing the health care market: the new government's ambition for the English National Health Service.

Libéralisation du marché des soins de santé : les nouvelles ambitions gouvernementales pour le système national de santé anglais.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2011 ; vol. 41 : n° 3 : 565-574.

Cote Irdes : P35

England's National Health Service (NHS) faces the prospect of a radical overhaul by the current coalition government, with the aim of improving the quality and efficiency of health services. The government has identified the increased use of competition between providers as a primary lever to achieve its goals and is creating a competitive market comprising state, private, and not-for-profit providers. This market will be overseen by an independent economic regulator with powers to intervene and shape local markets for health services. While the use of market incentives is not wholly novel, if implemented, these new reforms imply a rapid expansion of the scope and scale of competitive market forces within the NHS. This article examines the government's current proposals for increased use of competition and considers its potential impact in the light of the available evidence. It argues that despite some research evidence pointing to the potentially beneficial effects of competition on quality and efficiency, there are also risks of adverse outcomes. Consequently, there is significant uncertainty as to whether this policy will deliver the desired objectives.

ASTHANA (S.), GIBSON (A.)

Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: a suitable model for the English NHS?

Fixation du paiement par capitation selon un système d'ajustement des risques basé sur le diagnostic : un modèle approprié pour le système national de santé anglais ?

HEALTH POLICY
2011 : vol. 101 : n° 2 : 133-139.
Cote Irdes : P92

The English system of health resource allocation has been described as the apotheosis of the area-level approach to setting health care capitations. However, recent policy developments have changed the scale at which commissioning decisions are made (and budgets allocated) with important implications for resource allocation. Doubts concerning the legitimacy of applying area-based formulae used to distribute resources between Primary Care Trusts (PCTs) to the much smaller scale required by Practice Based Commissioning (PBC) led the English Department of Health (DH) to introduce a new approach to setting health care budgets. To this end, practice-level allocations for acute services are now calculated using a diagnosis-based capitation model of the kind used in the United States and several other systems of competitive social health insurance. The new Coalition Government has proposed that these budgets are directly allocated to GP 'consortia', the new commissioning bodies in the NHS. This paper questions whether this is an appropriate development for a health system in which the major objective of resource allocation is to promote equal opportunity of access for equal needs.

The chief reservation raised is that of circularity and the perpetuation of resource bias, the concern being that an existing social, demographic and geographical bias in the use of health care resources will be reinforced through the use of historic utilization data. Demonstrating that there are legitimate reasons to suspect that this will be the case, the paper poses the question whether health systems internationally should more openly address the key limitations of empirical methods that select risk adjusters on the basis of existing patterns of health service utilization

Suisse
Switzerland

47060
ARTICLE
DECAESTECKER (J.L.)

Rémunération à l'acte : le mécanisme suisse.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2011:04:23 ; n° 2879 : Pages : 8-9
Cote Irdes : P44

A l'heure où l'officine française se cherche un nouveau mode de rémunération, les regards se tournent vers la Suisse et son système à l'acte instauré depuis dix ans. C'est aussi le cas de la Belgique depuis l'an dernier. Que peut-on reprendre de ces modèles ? Que vaut-il mieux laisser ? Cet article fait une analyse de la question.

Prévision-Evaluation/Prevision-Evaluation

Analyse coût efficacité Cost effectiveness analysis

45603

ARTICLE

MOUSQUES (J.), BOURGUEIL (Y.), LE FUR (P.), YILMAZ (E.)

Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care.

L'impact d'une expérimentation française de travail en équipe, entre généralistes et infirmières, sur l'efficacité et les coûts du suivi des patients diabétiques de type 2.

HEALTH POLICY

2010/12 ; vol. 98 : n° 2-3 : Pages : 131-143

Cote Irdes : R1813

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié d'au moins une consultation infirmière

d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

HAWSKINS (N.), SCOTT (D.A.)

Reimbursement and value-based pricing: stratified cost-effectiveness analysis may not be the last word.

Remboursement et tarification basée sur la valeur : les analyses coût-efficacité par stratification peuvent ne pas être le dernier mot.

HEALTH ECONOMICS

2011 ; vol. 20 : n° 6 : 688-698.

Cote Irdes : P173

During recent discussions, it has been argued that stratified cost-effectiveness analysis has a key role in reimbursement decision-making and value-based pricing (VBP). It has previously been shown that when manufacturers are price-takers, reimbursement decisions made in reference to stratified cost-effectiveness analysis lead to a more efficient allocation of resources than decisions based on whole-population cost-effectiveness analysis. However, we demonstrate that when manufacturers are price setters, reimbursement or VBP based on stratified cost-effectiveness analysis may not be optimal. Using two examples - one considering the choice of thrombolytic treatment for specific patient subgroups and the other considering the extension of coverage for a cancer treatment to include an additional indication - we show that combinations of extended coverage and reduced price can be identified that are advantageous to both payers and manufacturers. The benefits of a given extension in coverage and reduction in price depend both upon the average treatment benefit in the additional population and its size

relative to the original population. Negotiation regarding trade-offs between price and coverage may lead to improved outcomes both for health-care systems and manufacturers compared with processes where coverage is determined conditional simply on stratified cost-effectiveness at a given price.

Analyse coût utilité Cost utility analysis

47979
ARTICLE

WITTEMBERG (E.), PROSSER (L.A.)

Ordering errors, objections and invariance in utility survey responses.

Gérer les erreurs, les objections et l'invariance dans les réponses aux enquêtes d'utilité.

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY
2011 ; vol. 9 : n° 4 : Pages : 225-241, tabl., fig.
Cote Irdes : P181

Utilities are the quantification of the perceived quality of life associated with any health state. They are used to calculate QALYs, the outcome measure in cost-utility analysis. Generally measured through surveys of individuals, utilities often contain apparent or unapparent errors that can bias resulting values and QALYs calculated from these values. The aim of this study was to improve direct health utility elicitation methodology through the identification of the types of survey responses that indicate errors and objections, and the reasons underlying them. A systematic review of the medical (PubMed), economics (EconLit) and psychology (PsycINFO) literature from 1975 through June 2010 was conducted for articles describing the types and frequency of errors and objections in directly elicited utility survey responses, and strategies to address these responses.

Assurance maladie Health insurance

PARKINSON (B.), GOODALL (S.)

Considering consumer choice in the economic evaluation of mandatory health programmes: a review.

Prise en compte du choix du consommateur dans l'évaluation économique des programmes de l'assurance maladie obligatoire : un aperçu.

HEALTH POLICY
2011 ; vol. 101 : n° 3 : 236-244.
Cote Irdes : P92

OBJECTIVE: Governments are increasing their focus on mandatory public health programmes following positive economic evaluations of their impact. This review aims to examine whether loss of consumer choice should be included in economic evaluations of mandatory health programmes (MHP). METHOD: A systematic literature review was conducted to identify economic evaluations of MHP, whether they discuss the impact on consumer choice and any methodological limitations. RESULTS: Overall 39 economic evaluations were identified, of which 10 discussed the loss of consumer choice and 6 attempted to place a value on the loss of consumer choice. Methodological limitations included: measuring the marginal cost of compliance, unavailability of price elasticity estimates, the impact of income effects, double counting health impacts, biased willingness-to-pay responses, and "protest" responses. Overall it was found that the inclusion of the loss of consumer choice rarely impacted on the final outcome of the study. CONCLUSION: The impact of MHP on the loss of consumer choice has largely been ignored in economic evaluations. Its importance remains uncertain due to its infrequent inclusion and significant methodological limitations. Further research regarding which methodology is best for valuing the loss of consumer choice and whether it is important to the final implementation decision is warranted.

Benchmarking Benchmarking

47516

ARTICLE

LEVIF (M.), ETTORCHI-TARDY (A.),
MICHEL (P.)

Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/01-03 ; n° 1 : Pages : 35-46, tabl.

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1101_Benchmarking_amelioration_de_la_qualite_en_sante.pdf

Le benchmarking est un concept récent dans le système de santé. Les objectifs de cet article sont de mieux comprendre ce concept et son évolution dans le secteur de la santé, de proposer une définition opérationnelle et de décrire quelques expériences françaises et internationales dans le secteur de la santé. À cette fin, une revue de la littérature a été réalisée.

Innovations technologiques Technological innovations

47977

ARTICLE

JAROSLAWSKI (S.), TOUMI (M.)

Design of patient access schemes in the UK : Influence of Health Technology Assessment by the National Institute for Health and Clinical excellence.

*Conception de systèmes d'accès des patients
au Royaume-Uni : Influence de l'évaluation
des technologies de la santé par l'Institut
national de la santé et l'excellence clinique.*

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH
POLICY

2011 ; vol. 9 : n° 4 : Pages : 209-215, tabl., fig.

Cote Irdes : P181

Background: Patient Access Schemes (PAS) are alternative market access agreements between the UK Department of Health and drug manufacturers. They are implemented to enable the UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) to recommend expensive medicines for use in the UK NHS. Objective: We aimed to analyse the extent to which NICE drug appraisals influence the construction of PAS and what rationale underlies the variety of approaches to their design. Methods: We analysed publicly available documentation on PAS developed as a part of the NICE Health Technology Assessment process. Results: We demonstrate how the design of PAS is determined by the kind of evidence that is available to model cost effectiveness of a drug and by the incremental cost-effectiveness ratio that is deemed acceptable in a given patient population. PAS aimed to reduce drug cost to the NHS by means of various discounts or rebates on a per-patient basis rather than by lowering the list price of drugs. While almost all schemes were proposed by the industry in reply to negative draft recommendations by NICE, motivations of the stakeholders to implement PAS are not disclosed in the publicly available documentation. Conclusion: A more transparent process might be necessary to protect against a perverse impact of PAS on international reference pricing that uses list prices rather than the real cost of purchasing medicines that the NHS incurs.

Politiques publiques
Public policy

46683

ARTICLE

NORDSTROM (J.), THUMSTROM (L.)

Economic policies for healthier food intake : the impact on different household categories.

Des politiques économiques de taxation pour une alimentation plus saine : l'impact sur les différentes catégories de ménage.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2011/04 ; vol. 12 : n° 2 : Pages : 127-140, 7 tabl.

Cote Irdes : P151

This paper simulates the impact across household types of fully funded tax reforms designed to increase consumers' fiber intake from grain consumption. Our results suggest that household types with the highest initial consumption share of fiber-rich products-i.e., households without children (seniors, couples without children, and single women without children)-experience the highest increase in fiber intake from these reforms. However, they also experience high increases in unhealthy nutrients from the reforms, making the net health effects difficult to evaluate. Seniors and couples without children also gain most financially, paying less food taxes and facing, depending on the reform, either a lower price level than before the reform or a lower increase in the price level than the average household. These household types also face the lowest initial price level. Households with the lowest initial consumption share of fiber-rich products-families with children-appear to gain the least financially from the reforms: they pay more food taxes and face relatively high increases in price levels. Further, in general they experience an increase in fiber intake smaller than that of the average household. However, they do generally see reductions in the intake of added sugar, and in many cases saturated fat, which positively affects the health of families with children, who often overconsume these nutrients.

Utilisation des services
Services utilization

47513

ARTICLE

BORGES DA SILVA (R.),
CONTANDRIOPOULOS (A.P.), PINEAULT
(R.), et al.

Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/01-03 ; n° 1 : Pages : 11-18

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_s/POS1101_Evaluation_de_l_utilisation_des_services_de_sante.pdf

L'objectif de cet article est de présenter une approche globale, multidimensionnelle et dynamique d'évaluation de l'utilisation des services de santé ainsi que les mesures qui y sont associées, en utilisant des bases de données médico-administratives. L'utilisation des services est envisagée sous l'angle de la prestation des services des médecins.

Vignette
Vignette

46684

ARTICLE

RICE (N.), ROBONE (S.), SMITH (P.)

Analysis of the validity of the vignette approach to correct for heterogeneity in reporting health system responsiveness.

Analyse de la validité de l'approche vignette pour corriger l'hétérogénéité dans les rapports de réactivité du système de santé.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2011/04 ; vol. 12 : n° 2 : Pages : 141-162, 9 tabl., 2

fig.

Cote Irdes : P151

Despite the growing popularity of the vignette methodology to deal with self-reported, categorical data, the formal evaluation of the validity of this methodology is still a topic of research. Some critical assumptions need to hold in order for this method to be valid. In this paper we analyse the assumption of "vignette equivalence" using data on health system responsiveness contained within the World Health Survey. We perform several tests to check the assumption of vignette equivalence. First, we use a test based on the global ordering of the vignettes. A minimal condition for the assumption of vignette equivalence to hold is that individual responses are consistent with the global ordering of vignettes. Secondly, using the hierarchical ordered probit model

(HOPIT) model on the pool of countries, we undertake sensitivity analyses, stratifying countries according to the Inglehart-Welzel scale and the Human Development Index. The results of this analysis are robust, suggesting that the vignette equivalence assumption is not contradicted. Thirdly, we model the reporting behaviour of the respondents through a two-step regression procedure to evaluate whether the vignettes construct is perceived by respondents in different ways. Overall, across the analyses the results do not contradict the assumption of vignette equivalence and accordingly lend support to the use of the vignette methodology when analysing self-reported data and health system responsiveness.

Méthodologie-Statistique/Methodology-Statistics

Dépression Depression

47390

FASCICULE , INTERNET

MORIN (T.)

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

Mesurer statistiquement la dépres- sion : enjeux et limites.

SERIE SOURCES ET METHODES - DOCUMENT
DE TRAVAIL - DREES

2010/01 ; vol. : n° 9 ; Pages : 45p., tabl., ann.
Cote Irdes : C, S35/4

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-
method09.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method09.pdf)

Le terme de dépression associé à un état **physique ou psychique de l'être humain** est resté longtemps réservé à un usage spécialisé avec peu de répercussions hors du champ de la psychiatrie. Les années 70 voient la dépression émerger comme une « question de société ». **Aujourd'hui, elle constitue un objet d'étude relativement neuf, encore en construction**, soumis à controverses et disputé par différentes disciplines scientifiques ; notamment en termes de contours conceptuels. Pour autant, dans ce contexte, plusieurs outils statistiques permettent de mesurer la prévalence et le degré de la dépression. Ce document se propose de décrire les principaux outils statistiques de mesure de la dépression. **Il s'agit d'analyser dans quelles perspectives** ils sont élaborés, en quoi ils se distinguent les uns des autres et quelles sont les limites et enjeux sous-jacents.

Evaluation économique Economic evaluation

47090

ARTICLE

NUIJTEN (M.J.C.), MITTENDORF (T.),
PERSSON (U.)

Practical issues in handling data input and uncertainty in a budget impact analysis.

*Questions pratiques dans le traitement des
données d'entrée et de l'incertitude dans une
analyse des incidences budgétaires.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2011/06 ; vol. 12 ; n° 3 ; Pages : 231-241
Cote Irdes : P151

The objective of this paper was to address the importance of dealing systematically and comprehensively with uncertainty in a budget impact analysis (BIA) in more detail. The handling of uncertainty in health economics was used as a point of reference for addressing the uncertainty in a BIA. This overview shows that standard methods of sensitivity analysis, which are used for standard data set in a health economic model (clinical probabilities, treatment patterns, resource utilisation and prices/tariffs), cannot always be used for the input data for the BIA model beyond the health economic data set for various reasons. Whereas in a health economic model, only limited data may come from a Delphi panel, a BIA model often relies on a majority of data taken from a Delphi panel. In addition, the dataset in a BIA model also includes forecasts (e.g. annual growth, uptakes curves, subs-titution effects, changes in prescription restrictions and guidelines, future distribution of the available treatment modalities, off-label use). As a consequence, the use of standard sensitivity analyses for BIA data set might be limited because of the lack of appropriate distributions as data sources are limited, or

because of the need for forecasting. Therefore, scenario analyses might be more appropriate to capture the uncertainty in the BIA data set in the overall BIA model.

PMSI

Medical Information Systems Program

47505

ARTICLE

SOILLY (A.L.), FERDYNUS (C.), BISMUTH (M.J.), QUANTIN (C.), PEYRON (C.), GOUYON (J.B.)

Validité et enjeux du codage PMSI des séjours de courte durée en néonatalogie, chez les nouveau-nés de faible poids de naissance.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2010/12 ; vol. 28 : n° 8 : Pages : 311-328, rés., tabl., fig, ann.

Cote Irdes : C, P85

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est aujourd'hui le référentiel national pour le financement des établissements hospitaliers en France, dans le contexte d'une tarification à l'activité (T2A). Renvoyant à des enjeux financiers importants mais aussi d'évaluation de l'activité hospitalière, cette étude propose une évaluation de la cohérence clinique de la durée de séjour et du statut de sortie de nouveau-nés de très faible poids de naissance (<1 500g). Les séjours correspondants sont tirés du PMSI de 2005 et 2006. Une première analyse descriptive a permis d'identifier une distribution des durées de séjours bimodale, avec un premier mode à 2 jours. Une seconde remet en cause la cohérence du statut de sortie de « domicile » compte tenu d'un poids de sortie estimé (30 % des nouveau-nés pesant moins de 1 000g à l'admission sont sortis à domicile avant d'atteindre 1700 g). La majorité des durées de séjour associées était inférieure au 10ème percentile de la distribution. Certains cas de figure (comme la présence de diagnostics de mort foetale) ont conduit à

calculer un montant d'indus financiers, à partir des tarifs officiels appliqués aux Groupes Homogènes de Malade (GHM). de la CMD-15, et incombant à l'Assurance Maladie. L'étude démontre la nécessité d'une évaluation de l'exhaustivité et de la validité des variables intervenant dans la valorisation économique des séjours ainsi que dans l'évaluation de l'activité hospitalière en néonatalogie. L'apport d'informations supplémentaires est suggéré, pouvant constituer des indicateurs cliniques essentiels susceptibles d'améliorer a priori la tarification à l'activité en néonatalogie.

Testing

Testing

47379

ARTICLE

DESPRES (C.), COURALET (P.E.)

Situation testing : the case of health care refusal.

Le test de discrimination (testing) scientifique en question : analyse critique de la méthode dans le cadre du refus de soins.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2011/04 ; vol. 59 : n° 2 : Pages : 77-89

Cote Irdes : C, R1831, P11

Ce document vise à expliquer la pertinence et les limites de la méthode de testing qui évalue le refus des médecins à fournir des soins de santé. Réalisée en 2008-2009, cette étude visait à évaluer le taux de refus de soins de santé parmi plusieurs catégories de praticiens du secteur privé envers les patients couverts par les français de l'assurance santé publique sous condition de ressources complémentaires (CMUC) quand ils ont demandé un rendez-vous d'abord par téléphone. Les autres objectifs étaient d'étudier les déterminants de refus de soins de santé et d'évaluer la méthode. L'étude a été menée sur un échantillon représentatif de dentistes, basée à Paris et les médecins en cinq catégories : les médecins

généralistes, gynécologues médicaux, ophtalmologistes, les radiologues, et les dentistes.

Démographie-Modes de vie/ Demography-Living conditions

Espérance de vie sans incapacité Disability free life expectancy

47424

ARTICLE

CAMBOIS (E.), ROBINE (J.M.)

Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans.

Numéro thématique. Inégalités sociales de santé.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

HEBDOMADAIRE

2011/03/08 ; n° 8-9 : Pages : 82-86, fig., tabl.

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

L'allongement de l'espérance de vie (EV) s'accompagne d'attentes grandissantes pour une participation sociale active des plus âgés, en particulier sur le marché du travail. Cependant, la participation sociale est conditionnée en partie par l'état de santé. À partir des indicateurs d'espérance de vie en santé (EVS), cette étude vise à évaluer l' (in) égalité des chances de participation sociale après 50 ans dans le contexte français de 2003. L'enquête santé française de 2003 permet d'aborder différentes dimensions de la mauvaise santé susceptibles de compromettre la participation sociale : limitations fonctionnelles (LF), limitations d'activité globales (GALI), restrictions d'activité pour les soins personnels (RADL), mauvaise santé perçue (SP). On calcule les EVS à 50 ans, 65 ans et entre les âges de 50 et 65 ans, pour se concentrer sur la fin d'activité professionnelle, pour 6 catégories socioprofessionnelles. L'EV50 des ouvriers atteint 27 ans, la moitié étant vécue avec des LF vs. un tiers de l'EV50 des cadres, qui est plus longue de 5 ans. Les EVS50 suivent le même gradient socioprofessionnel que les EV50. Les inégalités d'EVS sont largement

présentes après 65 ans, mais elles existent aussi bien avant cet âge, y compris pour les problèmes de santé les plus sévères (RADL). Enfin, entre 50 et 65 ans, les femmes des catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées n'ont pas plus d'années de vie en bonne santé que les hommes, malgré leur EV plus longue. Les EVS attestent d'une large période critique du point de vue de la santé après 50 ans, en particulier dans les PCS manuelles et peu qualifiées. Il existe de grandes inégalités dans les chances de vivre en bonne santé durant la retraite, mais aussi dans les chances d'atteindre la retraite en bonne santé et sans incapacité. Ces résultats interrogent sur la possibilité d'une augmentation générale de la participation sociale, et en particulier au travail, dans les conditions sociales et sanitaires actuelles. Les EVS s'avèrent des indicateurs pertinents pour débattre de ces questions.

Indicateurs démographiques Demographic indicators

47698

FASCICULE, INTERNET

BEAUMEL (C.), PLA (A.)

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

La situation démographique en 2009.

INSEE RESULTATS : SOCIETE

2011/06 ; n° 122 : Pages : 272p.

Cote Irdes : En ligne

http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd2009/dd/pdf/sd2009_brochure.pdf

Au 1er janvier 2010, 64,7 millions de personnes vivent en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Cette estimation de population tient compte du recensement

de population qui fixe la population légale au 1er janvier 2008. En 2009, les naissances sont légèrement moins nombreuses qu'en 2008 mais l'indicateur conjoncturel de fécondité reste à un haut niveau et dépasse le seuil de 2,0 enfants par femme pour la deuxième année consécutive. La France est ainsi le deuxième pays le plus fécond de l'Union européenne derrière l'Irlande. L'espérance de vie continue de progresser régulièrement pour les hommes (77,7 ans en 2009) et après la pause de 2008, repart à la hausse pour les femmes (84,4 ans en 2009). Dix ans après sa création, le pacs séduit de plus en plus de couples au détriment du mariage : deux pacs ont été signés en 2009 pour trois mariages, contre un pacs pour deux mariages seulement en 2008.

47078
FASCICULE

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

Projections à l'horizon 2060. Des actifs plus nombreux et plus âgés.

INSEE PREMIERE
2011/04 ; vol. : n° 1345 : Pages : 4p., 5 graph., 2 tabl.
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1345/ip1345.pdf>

La population active continue de croître à un rythme soutenu. Selon le scénario central des **nouvelles projections, le nombre d'actifs augmenterait encore fortement jusqu'en 2025**, pour ensuite se stabiliser avant de repartir légèrement à la hausse à partir de 2035 **sous l'effet de la fécondité élevée de ces dernières années**. En France métropolitaine, le nombre d'actifs serait de 30,1 millions en 2030 et atteindrait 31,2 millions en 2060, soit **2,85 millions de plus qu'en 2010**. Ces projections prennent en compte les nouvelles projections de population totale, les dernières informations sur le marché du travail ainsi que **l'impact de la réforme des retraites de 2010**.

46761
FASCICULE, INTERNET

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

Population immigrée - Population étrangère - Exploitation complémentaire du recensement de la population 1999 en France métropolitaine.

INSEE RESULTATS : SOCIETE
2011/02 ; n° 121 : Pages : tabl.
Cote Irdes : En ligne
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=p99pipe

Ces données sont relatives à l'exploitation complémentaire du recensement de la population 1999 qui permet d'obtenir des informations détaillées sur les structures des ménages et des familles, sur l'emploi (activité économique, catégorie socio-professionnelle...)... Cet Insee Résultats présente les caractéristiques de la population immigrée et de la population étrangère résidant en France métropolitaine. En mars 1999, 4 310 000 immigrés ont été recensés, soit 7,4 % de la population métropolitaine. Entre 1990 et 1999, le nombre d'immigrés a augmenté de 145 000 (+ 3,4 %), au même rythme que l'ensemble de la population. La part des immigrés dans la population est stable depuis 1975. En 1999, les immigrés ayant acquis la nationalité française sont 1,56 million. Leur nombre a augmenté de 250 000 (+ 19 %) depuis 1990. Par contre celui des immigrés étrangers a baissé de 105 000 (- 4 %) et atteint 2,75 millions. Plus d'un immigré sur trois (36 %) est français.

46752

FASCICULE, INTERNET

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

***Projections de population 2007-
2060 pour la France métropolitaine.***

INSEE RESULTATS : SOCIETE
2010/12 ; n° 117 ; Pages : 23p.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.insee.fr/fr/publications-et-
services/irweb.asp?id=projpop0760](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=projpop0760)

Un scénario de projection est une combinaison d'hypothèses sur les trois composantes du mouvement de la population : fécondité, mortalité et migrations. Pour chaque composante, trois hypothèses sont retenues. Les données téléchargeables permettent de consulter et de comparer les 27 scénarios de projections de population par sexe et âge du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} janvier 2060 élaborés par l'Insee pour la France métropolitaine. Les résultats de trois scénarios dits de travail, à vocation pédagogique (« mortalité constante », « solde migratoire nul » et « fécondité européenne »), sont également accessibles. Sont disponibles les populations détaillées chaque année par sexe et âge (âge par âge jusqu'à 107 ans, puis regroupé au-delà), les projections des nombres annuels de naissances par âge de la mère et nombres annuels de décès par sexe et âge. Les données concernant les hypothèses de projection sont également fournies : taux de fécondité par âge de la mère, quotients de décès par sexe et âge, espérance de vie à 0 an, à 60 ans et à 65 ans et solde migratoire par sexe et âge.

45579

FASCICULE, INTERNET

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

***Statistiques d'état civil sur les
mariages en 2009.***

INSEE RESULTATS : SOCIETE
2010/11 ; vol. : n° 115 ; Pages : 138p.
Cote Irdes : En ligne
[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb
.asp?id=sd20092](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=sd20092)

Ce numéro présente des données définitives tirées de l'exploitation des fichiers d'état civil sur les mariages : les données définitives 2009, publiées ici pour la première fois, sont légèrement révisées par rapport aux données provisoires publiées dans le bilan démographique 2009 ; les indicateurs démographiques qui utilisent la répartition par sexe et âge de la population (comme les taux ou les quotients de primo-nuptialité par exemple) ne sont pas fournis ici. En effet, comme la population sur laquelle ils s'appuient, ils sont encore provisoires pour les années les plus récentes. Les dernières estimations disponibles pour ces indicateurs sont donc celles du bilan démographique 2009 ; elles ne seront révisées que lors du prochain bilan démographique, en janvier 2011.

Statut matrimonial
Matrimonial status

46695

FASCICULE

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

***Couple, famille, parentalité, travail
des femmes. Les modèles évoluent
avec les générations.***

INSEE PREMIERE
2011/03 ; vol. : n° 1339 ; Pages : 1-4
Cote Irdes : P172
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1339/ip1339.pdf>

Au cours des cinquante dernières années, les structures familiales se sont éloignées du modèle du couple marié avec enfants. De même, les hommes et les femmes ont des attitudes de genre moins marquées : plus de femmes travaillent et les hommes s'impliquent davantage dans la sphère familiale. En parallèle, les opinions sur le couple, la famille et les rôles attribués aux hommes et aux femmes se sont écartées des modèles traditionnels. Les jeunes sont les plus enclins à rejeter ces modèles ; les plus anciens restent

certainement influencés par leur vécu, voire par les normes sociales en vigueur lors de leur jeunesse.

Economie générale/Economy

2011/06 ; n° 1353 : Pages : 4p., 1 tabl., 2 graph.
Cote Irdes : P172

Consommation Consumption

47083

FASCICULE

ROMANS (F.)

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

Consommation : la France dans le haut du tableau européen.

INSEE PREMIERE

2011/05 ; n° 1347 : Pages : 4p., 5 graph., 2 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1347/ip1347.pdf>

En 2009, en France, la consommation effective des ménages par habitant en volume est supérieure de 13 % à la moyenne européenne. La France a un haut niveau de consommation, pour la plupart des biens et services. Le niveau de prix des biens et services consommés est supérieur de 14 % à la moyenne européenne, notamment en raison de prix élevés pour les dépenses de logement. Malgré un resserrement, des écarts importants de prix subsistent dans l'Union européenne, y compris dans la zone euro.

Technologies de l'information et de la communication (TIC) Information and communication technologies (ICT)

47629

FASCICULE

MURA (B.)

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

Développement des extranets et des sites web d'entreprise.

INSEE PREMIERE

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1353/IP1353.pdf>

Si les sociétés d'au moins 10 salariés installées en France sont moins dotées en sites web qu'en moyenne dans l'Union européenne (58 % contre 69 %), elles se situent en pointe pour la possession d'extranets (35 % contre 21 %). Début 2010, moins d'un quart des sociétés situées en France ont mis en place une politique de sécurité des technologies de l'information et de la communication (TIC). Parmi elles, les deux tiers utilisent des procédures de sauvegarde des données hors site. En 2009, 14 % des sociétés ont vendu par voie électronique pour un montant équivalant à 13 % du chiffre d'affaires des sociétés d'au moins 10 salariés. 26 % ont passé commande par voie électronique pour un montant correspondant à 13 % des achats. Alors que les montants des achats et des ventes progressent, la proportion des sociétés qui recourent à cette forme de transaction reste quasiment stable.

46763

FASCICULE, INTERNET

MURA (B.)

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 2010.

INSEE RESULTATS : ECONOMIE

2011/02 ; n° 52 : Pages :

Cote Irdes : En ligne

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=tic10>

Le programme d'enquêtes sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) a pour objectif de mieux percevoir la diffusion des TIC dans les entreprises. Ce programme se compose d'une séquence d'enquêtes annuelles conçues autour d'un tronc commun portant sur trois thèmes principaux (équipement en TIC, accès et usage d'Internet, commerce électro-

nique) auquel est adjoint chaque année un module traitant d'un thème nouveau ou approfondissant l'un des thèmes de base. En 2010, deux nouveaux thèmes sont traités : la sécurité des TIC et les dépenses et investissements dans les biens et services TIC. Les questions sur le taux d'équipement en TIC portent en général sur la situation au moment de l'enquête, c'est-à-dire au cours du premier trimestre 2010. Celles portant sur certaines pratiques (comme l'e-administration et le commerce électronique) se réfèrent à l'année précédant l'enquête (soit 2009 pour l'enquête 2010) (Résumé d'auteur).

Réglementation/Law

Accidents médicaux Medical malpractices

48006
ARTICLE

GIBERT (S.), GUINOTTE (L.), MARTIN (D.)

Analyse comparée des dispositifs publics d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Belgique et en France.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011 ; n° 31 : Pages : 85-104
Cote Irdes : P168

L'analyse comparée des législations nationales, parce qu'elle décentre le point de vue, est un outil d'analyse particulièrement utile dans la compréhension des enjeux. La comparaison des dispositifs publics d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Belgique et en France, proposée dans ce texte, vise ainsi à éclairer chacun des deux dispositifs en s'appuyant sur l'analyse de leurs ressemblances et de leurs différences. Mais au-delà de la seule analyse, ce texte a surtout pour objectif de relater une expérience de travail en commun et de montrer l'intérêt d'un rapprochement des administrations nationales au moment même de la conception des textes.

Médecine du travail Occupational medicine

47587
ARTICLE

CELLIER (M.), CHAPUIS (O.), CHAUVIN (J.), DELPUECH (E.) et al.

Santé au travail : les pouvoirs publics face à leur responsabilité : une indépendance réelle et non faussée

des acteurs de santé au travail comme condition sine qua non à l'efficacité.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/04 ; Pages : 28-32
Cote Irdes : B7031

Cet article reprend la conclusion commune du collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse du 17ème rapport annuel commun d'activité d'un groupe de pair dont ils sont membres. Il dénonce la réforme actuelle de la médecine du travail qui ne résoudrait pas la problématique de la prévention au travail et qui favoriserait les intérêts des employeurs.

47099
ARTICLE

AMAUGER-LATTES (M.C.)

Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires : quelles responsabilités ? Quelles perspectives ?

DROIT SOCIAL
2011/04 ; n° 4 : Pages : 351-360
Cote Irdes : P109

L'objet de la réforme en cours de la médecine du travail est triple : consacrer, grâce à des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les services d'une part, l'autorité administrative et les Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) d'autre part, une approche plus systémique et plus collective de l'action des services de santé, améliorer la gouvernance des services interentreprises et étendre la surveillance médicale à des catégories de travailleurs qui n'en bénéficient pas. Mais le constat est clair : les acteurs de la santé au travail : employeurs, services de santé inter-entreprises et médecins du travail ne sont plus en mesure de respecter les exigences légales actuellement en vigueur pour assurer la surveillance médicale de tous les travailleurs. L'une des causes majeures est la baisse du nombre des médecins du travail. Cet article tente de faire le point sur le dysfonctionnement actuel.

Protection juridique des majeurs
Legal protection of adults

47058
ARTICLE

Protection juridique des majeurs : des changements importants depuis 2009.

REVUE PRESCRIRE
2011/05 ; n° 331 : Pages : 374-377
Cote Irdes : P80

En France, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs (dite « réforme des tutelles ») est entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Cette loi a modifié l'ensemble du dispositif de protection juridique qui concerne, en France, environ un million de personnes. L'objectif affiché de la réforme est de recentrer la protection juridique sur les seules personnes atteintes d'une altération de leurs facultés mentales ou d'une altération corporelle de nature à empêcher l'expression de leur volonté.

Réglementation pharmaceutique
Pharmaceutical laws

47946
ARTICLE
RIZOS-VIGNAL (F.)

Face à la justice : Mediator.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
2011/07/16 ; n° 2892 : Pages : 26-28
Cote Irdes : P44

Le Parlement a adopté définitivement, le 6 juillet 2011, le fonds d'indemnisation des victimes du Mediator. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux va le gérer dans le but de faciliter et, s'il y a lieu, de procéder au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le benfluorex. Dans l'affaire Mediator, c'est désormais sur le terrain judiciaire que la partie se

dispute. Cet article fait le point sur les diverses procédures.

Union européenne
European Union

47028
FASCICULE

IRWIN (R.), ZANON (E.), HERWEY (T.) et al.

European Union Law and Health.

Réglementation et santé dans l'Union européenne.

EUROHEALTH
2010 ; vol. 16 : n° 4 : Pages : 34p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : Bulletin étranger
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/137999/Eurohealth16_4.pdf

This issue of Eurohealth looks at European Union law and health. Also covered is the topic of health technology assessment for implantable medical devices in Greece, Poland and Serbia. Other articles include: pharmaceutical policy reform (Croatia), pharmaceutical consumption (Spain) and the challenges and performance of managed competition (The Netherlands).

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS/AUTHOR INDEX

A

ABELSEN (B.).....	22
AFRITE (A.).....	61
ALBERT (C.).....	23
ALEGRIA (E.).....	35
ALEGRIA (M.).....	69
ALEXANDER (G.C.).....	108
ALLEN (J.D.).....	103
ALLIN (S.).....	55
ALONDERIS (T.).....	107
Alternatives Economiques.....	73
AMAUGER-LATTES (M.C.).....	133
AMROUS (N.).....	49
ANDERSEN (P.K.).....	53
ANDRIEUX (V.).....	23, 24
ANTHONY (M.).....	73
AOUBA (A.).....	45
ARRONDEL (L.).....	23
ASKILDSEN (J.E.).....	116
Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.).....	25
ASTHANA (S.).....	118
AUBERT (P.).....	24, 59
AUERBACH (B.S.).....	92
AYYAGARI (P.).....	28, 67

B

BALOGH (Z.).....	107
BAMBRA (C.).....	70
BARBIERE (J.M.).....	88
BARKAT (S.M.).....	14
BARLET (M.).....	99
BARNAY (T.).....	52, 63
BARR (B.).....	53
BARTHELEMY (N.).....	24, 59
BAUCHE (C.).....	38
BAUDIER (F.).....	83
BAUVIN (E.).....	32
BEAUMEL (C.).....	127, 129
BECK (F.).....	47
BEHMANE (D.).....	107
BELLIARD (D.).....	79
BELLINI (S.).....	70
BELMOUNES (T.).....	19
BENACH (J.).....	69
BENALLAH (S.).....	23, 59
BERAUD (C.).....	38
BERCHET (C.).....	71
BERCHI (C.).....	64
BERGOIGNAN-ESPER (C.).....	16
BERLAND (Y.).....	98
BERNSTEIN (D.).....	116
BERO (L.A.).....	104
BIGOT (C.).....	19
BISMUTH (M.J.).....	125
BJORNSTROM (E.E.).....	46
BLANPAIN (N.).....	129
BLATGE (M.).....	15
BOCQUIER (A.).....	107
BOEING (H.).....	41
BOERMA (W.G.W.).....	84
BOIS (C.).....	42
BONENFANT (S.).....	49
BAAN (C.A.).....	29
BACHELOT-NARQUIN (R.).....	40

Index des auteurs
Author index

COSTA (G.)	70
COTTON (J.)	40
COUDRAY (M.A.)	98
COULE (-N.)	113
COURALET (P.E.)	125
COURARD (P.)	15
COURREGES (C.)	73
CRAWFORD (S.Y.)	108
CRIE (D.)	19
CUMMING (J.)	87
CUNNINGHAM (C.M.)	68
CURTIS (S.E.)	77

D

DA CRUZ (N.)	79
DAHL (E.)	53
DANET (S.)	43, 66
DARGENT (P.)	42
DAVIES (C.)	57
DAVIES (S.)	30
DE BOER (A.)	60
DE BRUIN (S.R.)	29
DE LACAUSSE (G.)	72
DE POUVOURVILLE (G.)	17
DEBRAND (T.)	37
DECAESTECKER (J.L.)	118
DEDEU (T.)	84
DEITINGER (P.)	53
DEJARDIN (O.)	64
DELPUECH (E.)	133
DEN HOND (E.)	34
DENIS (J.L.)	117
DESPRES (C.)	21, 88, 125
DESTRE (G.)	23
DEVLIN (R.A.)	21
DEVOUASSOUX (G.)	35
DI PORTO (A.)	23
DIDERICHSEN (F.)	53

DINH-DO (L.P.)	62
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	18, 20, 23, 24, 39, 43, 52, 59, 74, 79, 92, 99, 124
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	48, 49, 52, 59
DOMERGUE (J.)	98
DORMONT (B.)	86
DRAY-SPIRA (R.)	49
DREYFUS (M.)	20
DRUMMOND (M.)	110
DUC (C.)	24
DUFFIN (J.)	87
DUFFOURG (M.N.)	42
DUFOUR (C.)	51
DUFOURNET (M.)	61
DUJIN (A.)	51
DUPILET (C.)	95
DURAN (A.)	14
DUVOUX (N.)	15

E

EB (M.)	45
EHLERS (L.H.)	94
ELLIOTT (M.N.)	88
Equipe ELFE	42
ERTEL (M.)	53
ETTORCHI-TARDY (A.)	121
EVAIN (F.)	74
EVIN (C.)	72, 76

F

FANELLO (S.)	38
FANIDI (A.)	91
FERDYNUS (C.)	125

Index des auteurs
Author index

FERRARIO (C.)	115	GROSSMAN (D.)	28, 67
FILATRIAU (O.)	128	GUEGUEN (A.)	49
FINCH (T.L.)	112	GUIGNARD (R.).....	47
FIorentINI (G.)	81	GUILLAUME (E.)	64
Fondation Robert Schuman.....	56	GUILLOT (O.)	50
FOURCADE (A.)	43	GUINOTTE (L.)	133
FRANCKE (A.L.).....	100	GUITTET (L.)	64
FRASER (H.).....	15	GUSMANO (M.).....	55
FRYDENBERG (M.).....	94	GUTHMULLER (S.)	21

G

GALLOIS (P.).....	43, 80
GALY (M.).....	16
GARCIA-GONI (M.).....	34, 36
GARNERO (M.).....	20
GASKIN (D.).....	70
GAY DEL SANTO (J.)	76
GEAY (B.).....	42
GELORMINO (E.)	70
GEMMILL (T.M.).....	109
GEPPERT (J.).....	30
GHASAROSSIAN (C.).....	52
GIBELIN (J.L.).....	56
GIBERT (S.).....	133
GIBSON (A.).....	118
GILBERT (C.).....	13
GLINOS (I.A.)	100
GOODALL (S.).....	120
GOUYON (J.B.)	125
GRASDAL (A.L.)	61
GREEN (M.)	85
GREER (S.L.)	14
GREMY (I.).....	72
GRIGNON (M.)	39
GRISON (C.).....	32
GRISWOLD (P.).....	92
GROENEWEGEN (P.P.)	100
GROOTENDORST (P.)	103

H

HADLEY (J.).....	36
HANLEY (G.E.).....	68
HANNON (M.J.)	62
HANUSA (B.H.)	62
HASVOLD (T.)	84
HAUSMANN (L.R.)	62
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.)	30
HA-VINH (P.).....	18
HAWSKINS (N.).....	119
HEDEKER (D.).....	108
HEGE (A.).....	51
HEIDER (D.).....	57, 58
HEIJINK (R.)	29
HEINRICH (S.)	58
HEMMETER (J.)	71
HERQUELOT (E.).....	49
HERWEY (T.).....	134
HILL (C.).....	106
HIPPLE-WALTERS (B.).....	44
HITOTO (H.).....	38
HOLCMAN (R.).....	100
HOLLAND (P.)	53
HOLLIS (A.)	103
HOLMAS (T.H.)	116
HOLUE (C.).....	82
HOOD (K.).....	33
HORWITT (J.).....	94

Index des auteurs
Author index

HSIEH (C.R.).....	104
HUTCHINSON (A.)	84
HUTCHINSON (B.)	113
HWANG (Y.H.).....	55

I

IAVICOLI (S.).....	53
IBERN (P.).....	34, 36
IBRAHIM (S.A.).....	62
IEZZI (E.)	81
IIZUKA (T.).....	102
INGEMAN (A.)	94
INORIZA (J.M.)	36
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.) ...	21, 48, 61, 74, 83
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	42
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)....	18, 127, 128, 129, 131
Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.).....	42
Institut Syndical Européen pour la Recherche - la Formation et la Santé Sécurité (E.T.U.I. - R.E.H.S.)	67
IRWIN (R.)	134
IVERSEN (T.).....	22

J

JACOB (R.)	117
JAEGER (M.)	16
JAGGER (C.).....	57
JAIN (A.)	53
JARDIN (M.)	107
JARNO (P.).....	93
JAROSLAWSKI (S.)	121
JOHNSEN (S.P.)	94

JOHNSON (M.B.)	92
JOHNSTON (G.H.).....	97
JOHNSTON (S.)	85
JONSSON (B.)	110
JOUGLA (E.)	41, 45
JUNOT (B.).....	27, 40
JUSOT (F.).....	21, 47, 68, 71

K

KAARBOE (O.).....	116
KAMETTE (F.).....	56
KANG (R.)	94
KEHLER (M.)	97
KONIG (H.H.)	57, 58
KONING (H.H.).....	33
KONNOPKA (A.).....	33
KOUBI (M.)	18
KRESEVIC (D.M.).....	62
KRINGOS (D.S.)	84
KROEZEN (M.)	100
KRUCIEN (N.)	83
KUBO (K.)	102
KUHN (A.F.)	37
KWOH (C.K.).....	62

L

LABONTE (A.)	94
LACROIX (S.)	18
LAFORREST (L.).....	35
LAFORTUNE (J.)	52
LAGRANGE (T.).....	91
LALLIER (G.)	38
LAMBRELLI (D.).....	110
LANCRY (P.J.).....	72

Index des auteurs
Author index

LARD (B. de).....	16
LAROQUE (G.).....	58
LAUNOY (G.).....	64
LAVEIST (T.A.).....	70
LAXALT (J.M.).....	19
LE FUR (P.).....	119
LE NOC (Y.).....	43
LE RAT (C.).....	93
LE VAILLANT (M.).....	83
LECLERC (A.).....	66
LEE (H.H.).....	55
LEGENDRE (B.).....	23
LEGROS (F.).....	23
LEHNERT (T.).....	57, 58
LEICHT (H.).....	58
LEKA (S.).....	53
LEMBER (M.).....	84
LEMMENS (K.M.).....	44
LEMMENS (L. C.).....	29
LENGAGNE (P.).....	48
LERIDON (H.).....	42
LEROUX (I.).....	77
LEVESQUE (J.F.).....	113
LEVIF (M.).....	121
LEVINE (D.K.).....	103
LEWIS (R.Q.).....	117
LIBERMAN (J.N.).....	101
LIM (J.Y.).....	55
LIMOUSIN (M.).....	56
LIPPI (B.M.).....	81
LIU (F.X.).....	108
LIU (Y.M.).....	104
LORD (S.).....	23
LUCAS-GABRIELLI (V.).....	74
LUGINSLAND (M.).....	111
LUPPA (M.).....	58
LYRATZOPOULOS (G.).....	88

M

MAGNUSSEN (J.).....	14
MAIER (C.).....	100
MAINGUENE (A.).....	129
MALMUSI (D.).....	69
MANSUY (M.).....	18
MARC (C.).....	15
MARESCA (B.).....	51
MARIA (R.B.).....	53
MARLIER (E.).....	15
MARTENEZ (J.M.).....	69
MARTIN (D.).....	133
MARTIN (J.).....	65
MASSON (A.).....	23
MATHIEU-BOLH (N.).....	50
MAY (E.).....	56
MAY (R.C.).....	112
MAYS (N.).....	87
Mc DONALD (K.M.).....	30
McGUIRE (T.G.).....	69
McGURRAN (J.J.).....	97
MELCHIOR (M.).....	66
MENARD (D.).....	14
MICHEL (P.).....	92, 121
MIGNON (A.).....	64
MILLAR (T.P.).....	104
MILLS (C.).....	25
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.)..	18, 20, 23, 24, 39, 43, 52, 59, 74, 79, 92, 99, 124
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.).....	48, 49, 52, 59
MINO (J.C.).....	98
MINODIER (C.).....	92
MITTENDORF (T.).....	124
MOLINIE (A.F.).....	50
MOLINIER (L.).....	32
MONSTAD (K.).....	61
MONTAUT (A.).....	66
MOREAU (B.).....	55
MORET-BAILLY (J.).....	98

Index des auteurs
Author index

MORGAN (S.G.).....	68
MORIN (T.).....	124
MORRIS (S.).....	98
MORVAN (P.).....	114
MOUSQUES (J.).....	61, 119
MURA (B.).....	131
MURILLO-ZAMORANO (L.R.).....	85

N

NABET (N.).....	73
NAGEL (H.C.E.).....	113
NATALI (E.).....	53
NAULEAU (S.).....	107
NEZOSI (G.).....	25
NICAISE (I.).....	15
NIEBOER (A.P.).....	44
NIEDHAMMER (I.).....	66
NOGA (P.).....	92
NORDSTROM (J.).....	122
NORMAND (S.L.).....	69
NOSEWORTHY (T.W.).....	97
NUIJTEN (M.J.C.).....	124
NYLEN (L.).....	53
NZE-OBAME (J.H.).....	23

O

ODIERNA (D.H.).....	104
O'DONNELL (O.).....	110
OGNYANOVA (D.).....	107
OLESZCZYK (M.).....	84
OLIVEAU (J.B.).....	23
OLIVIER (P.).....	73
OPPONG (R.).....	33
OUDIJK (D.).....	60

P

PADDISON (C.A.).....	88
PALENCIA (L.).....	27
PAPON (P.).....	103
PARAPONARIS (A.).....	56
PARIS (V.).....	102
PARKINSON (B.).....	120
PARNEIX (P.).....	93
PAUTREL (X.).....	50
PAVILLON (G.).....	45
PELLETIER-FLEURY (N.).....	83
PERETTI WATEL (P.).....	47
PERSSON (U.).....	124
PETRAGLIA (C.).....	85
PEYRON (C.).....	125
PICKARD (A.S.).....	108
PINEAULT (R.).....	122
PIRUS (C.).....	42
PISCHON (T.).....	41
PLA (A.).....	127, 129
PLOUVIER (S.).....	66
PONS-VIGUES (M.).....	27
PORNET (C.).....	64
PROSSER (L.A.).....	120
PRUS (S.G.).....	45
PUCCI (M.).....	15
PUIG-BARRACHINA (V.).....	69
PUIGPINOS-RIERA (R.).....	27

Q

QUANTIN (C.).....	125
QUELIER (C.).....	93

R

RATTIER (M.O.)	20
REGNARD (P.)	18
REN (Z.J.).....	94
RESCHOVSKY (J.D.).....	36
RESTUCCIA (J.D.).....	94
REY (G.)	41, 45, 65
RICAN (S.).....	65
RICE (N.).....	122
RICHARD (J.B.)	47
RICHARD (P.).....	70
RIEDEL-HELLER (S.).....	58
RIZOS-VIGNAL (F.).....	134
ROBBA (L.).....	37
ROBELET (M.).....	98
ROBERTS (S.A.).....	103
ROBERTS (T.).....	92
ROBINE (J.M.)	51, 63, 127
ROBONE (S.).....	122
RODRIGUEZ-SANZ (M.)	27
RODWIN (V.G.)	114
ROLAND (M.)	88
ROMANO (P.S.)	30
ROMANS (F.).....	131
ROTAR PAVLIC (D.).....	84
ROZENKIER (A.)	23
RUELLAN (R.).....	96
RUTHERFORD (P.)	92
RUTTEN (F.).....	110
RUTTEN-VAN-MOLKEN (M.P.)	44

S

SAILLY (M.).....	64
SAIONTZ-MARTINEZ (C.B.).....	36
SALINAS (A.).....	64

SAMSON (A.L.)	86
SANMARTIN (C.).....	97
SANTOS (S.M.).....	75
SAOUT (C.).....	14, 67
SARMA (S.)	21, 82
SAUVE (J.M.)	19
SAUZE (D.).....	52
SAUZE (L.).....	18, 107
SHELLER-KREINSEN (D.)	63
SCHMIDT (E.).....	30
SCHOLZE (J.)	35
SCHULTZ (E.).....	30
SCHULTZ (P.)	77
SCHUTZE (M.).....	41
SCHWACH (V.).....	96
SCIORTINO (V.).....	107
SCOTT (D.A.).....	119
SELDEN (T.).....	114
SERRAL (G.)	27
SHRANK (W.H.).....	101
SHWARTZ (M.)	94
SICART (D.)	79
SIGAL (E.V.)	103
SIMON (P.)	112
SLOAN (F.)	28, 67
SMITH (P.)	122
SOILLY (A.L.)	125
SOSKICE (D.)	22
SPADEA (T.)	70
SPIRA (A.)	67
SQUIRES (D.A.)	115
STAETSKY (L.)	88
STARGARDT (T.)	110
STRIJIS (J.N.).....	29
STRUMPF (E.)	113
SULTAN-TAIEB (H.)	52
SUNDMACHER (L.)	63
SVAB (I.)	84
SVENDSEN (M.L.)	94

Index des auteurs
Author index

T

TAKACH (M.).....	82
TANGUY (H.)	16
TANGUY (M.)	38
TEDESCHI (P.).....	84
THEOKARI (C.).....	94
THIELEN (K.).....	53
THILLE (P.).....	85
THIND (A.).....	82
THORLBY (R.)	117
THUMSTROM (L.).....	122
TORFS (R.)	34
TOUMI (M.).....	121
TREBUCQ (A.).....	106
TRUGEON (A.).....	64
TSIACHRISTAS (A.).....	44
TUBEUF (S.).....	47
TURGEON (J.).....	117

U

UGOLINI (C.).....	81
Union Fédérale des Consommateurs (U.F.C.) Que choisir	107, 111
UPPAL (S.)	53

V

VALLEE (J.P.)	43, 80
VALLEJO-TORRES (L.)	98
VALL-LLOSERÀ (L.).....	36
VAN DER WEL (K.A.).....	53
VAN DIJK (L.)	100
VAN GANSE (E.)	35

VANDENDRIESSCHE (M.).....	16
VECCHIONI (N.)	92
VERGER (P.).....	107
VERGNENEGRE (A.)	96
VIELFAURE (N.).....	37
VINCENT (G.)	95
VITNES (J.)	114
VOGEL (L.)	67
VOLKOFF (S.)	50

W

WAGNER (C.).....	92
WALTON (S.M.)	108
WATSON (S.R.)	92
WERNECK (G.L.)	75
WHITEHEAD (M.)	53
WILLE (E.)	35
WILM (S.).....	84
WILQUIN (J.L.)	47
WILSON (A.)	84
WINDAK (A.).....	84
WISMAR (M.)	100
WITTEMBERG (E.)	120
WITTWER (J.).....	21
WOITTEZ (I.)	60
WONG (S.).....	104

Y

YANAT-IRFANE (A.).....	18
YANG (Y.H.)	104
YILMAZ (E.).....	119

Z

ZANARDI (A.).....	115
ZANON (E.).....	134
ZENTNER (A.)	107
ZHANG (Q.)	21

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

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

A

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

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

Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
[http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp
&menu=11](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11) (sommaire depuis le n° 1 de 1992,
certains articles sont en ligne)

ACTUALITES JURISANTE

Rédaction et diffusion : CNEH
Centre de droit JuriSanté
3 rue Danton
92240 Malakoff
Contact : Nadia Hassani
☎ 01 41 17 15 43
<http://www.cneh.fr>

ADDICTION

Journal Customer Services
John Wiley & Sons Ltd
PO Box 738
Chichester
PO19 9QG
Royaume Uni
☎: +44 (0)1865 778315
Email: cs-journals@wiley.com

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

Rédaction : Alternatives économiques
28, rue du Sentier
75002 Paris
☎ 01 44 88 28 90
Fax : 01 40 28 43 58
Email : redaction@alternatives-economiques.fr
<http://www.alternatives-economiques.fr>

Abonnements : 12 rue du Cap Vert
21805 Quetigny cedex
☎ 03 80 48 10 25
Fax : 03 80 48 10 34
Diffusion en librairie : Dif'pop
21 ter, rue Voltaire
75011 Paris
☎ 01 40 24 21 31
Fax : 01 40 24 15 88

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Rédaction et diffusion : American public health
association
800 I Street, NW
Washington, DC 20001
Etats-Unis
☎ 00 (202) 777-2742
<http://www.apha.org/publications/journal/>

ANTHROPOLOGIE ET SANTE

AMADES
a/s Programme Anthropologie de la Santé
MMSH
5, rue du Château de l'Horloge
13094 Aix-en-Provence cedex 2
<http://anthropologiesante.revues.org/>

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

Fax : 00 64 9 414 6491
Email : subs@nz.adis.com
<http://adisonline.com/healthconomics/pages/default.aspx>

B

BMC FAMILY PRACTICE

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

BMC GERIATRICS

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

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

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

BMJ : BRITISH MEDICAL JOURNAL

Fulfilment department
BMJ Publishing Group Ltd.
PO BOX 299
London WC1H 9TD
Royaume-Uni
☎ + 44 (0) 20 7383 6270
<http://www.bmj.com/>

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH)

Rédaction et diffusion : Institut de
veille sanitaire
BEH Abonnements
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
☎ 01 41 79 68 89
Fax : 01 41 79 68 40
Email : abobeh@invs.sante.fr
<http://www.invs.sante.fr/beh/>
(en ligne depuis 1996)

C

CAHIERS DE LA CNAV

Rédaction et diffusion : CNAV
(Caisse Nationale de l'Assurance
Vieillesse)
Département Documentation
110, rue de Flandre
75951 Paris cédex 19
☎ 01 55 45 89 29
Fax : 01 55 45 82 63

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

Rédaction et diffusion :
Fondation Gabriel Péri
11 rue Etienne Marcel
93500 Pantin
<http://www.gabrielperi.fr/Les-Cahiers-de-Sante-Publique-et.1156>

**CAHIERS DU COMITE CONSUL-TATIF
NATIONAL D'ETHIQUE (LES)**

Comité consultatif national d'éthique
pour les sciences de la vie et de la santé
35, rue Saint-Dominique
75700 Paris
Tél. : 01 42 75 66 45
Fax : 0142 75 66 49
<http://www.ccne-ethique.fr>

**CMAJ : CANADIAN MEDICAL
ASSOCIATION JOURNAL**

1867, prom. Alta Vista
Ottawa (ON) K1G 5W8
Canada
<http://www.cmaj.ca/jamc/>

CONCOURS MEDICAL

Rédaction et diffusion : Global Media Sante
114, av. du Gal de Gaulle
92522 Neuilly sur Seine cedex
☎ 01 55 62 68 00
Fax : 01 55 62 69 79
Email : abo@gmsante.fr
<http://www.egora.fr/boutique/abonnements>

**CONNAISSANCES DE L'EMPLOI :
QUATRE PAGES DU CEE**

Rédaction et diffusion : CEE
(Centre d'Etudes de l'Emploi)
29 promenade Michel Simon
93166 Noisy-le-Grand cedex
http://www.cee-recherche.fr/fr/c_pub2.htm

D

DARES Analyses - DARES Indicateurs

Diffusion : La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers
☎ 01.40.15.70.00
Télécopie : 01.40.15.68.00
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

DIABETES CARE

Rédaction : American Diabetes Association
Membership/Subscription Services
1701 N. Beauregard St.
Alexandria, VA 22311
Etats-Unis
<http://care.diabetesjournals.org/>

DROIT SOCIAL

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

E

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

Rédaction et diffusion : Ministère
de l'Emploi et de la Solidarité
Centre d'information et de diffusion
de la DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75694 Paris Cedex 14
☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40

EUROHEALTH

Rédaction et diffusion : LSE Health and Social
Care
London School of Economics and Political
Science
Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx>

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
☎ 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

☎ 00 49 6221 487 929
Fax : 00 49 6221 487 461
Email : tolkmitt@springer.de
<http://springerlink.metapress.com> => Search

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

F

FOCUS ON...

Centre for Ageing research and Development in
Ireland
Forestview,
Purdy's Lane,
Belfast
BT8 7ZX
Irlande
<http://www.cardi.ie/>

FUTURIBLES

Rédaction et diffusion : Futuribles
47 rue de Babylone
75007 Paris
☎ 01 53 63 37 70
Email : diffusion@futuribles.com



GERONTOLOGIE ET SOCIETE

Rédaction et diffusion : FNG
(Fondation Nationale de Gérontologie)
49, rue Mirabeau
75016 Paris
☎ 01 55 74 67 02
Fax : 01 55 74 67 01
Email : fondation@fng.fr
[http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_socie
te/index.htm](http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_socie%20te/index.htm)

GESTIONS HOSPITALIERES

Rédaction et diffusion :
Gestions Hospitalières
44, rue Jules-Ferry
94784 Vitry sur Seine cedex
☎ 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15
<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>



HEALTH AFFAIRS

Diffusion : Health Affairs
7500 Old Georgetown Road
Suite 600
Bethesda, MD 20814-6133
Etats-Unis
☎ 00 1 301 347 3900
Fax : 00 1 301 654 2845
<http://www.healthaffairs.org>

HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
Email : hqlo@biomedcentral.com
<http://www.hqlo.com/>

HEALTH & PLACE

Diffusion : Elsevier science
PO Box 211
1000 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 3757
Fax: 00 31 20 485 3432
Email : nlinfo-f@elsevier.nl
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.
cws_home/30519/description#description](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
☎ 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](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?
id=HEP](http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?id=HEP)

HEALTH POLICY

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

HEALTH SERVICES RESEARCH

Diffusion : John Wiley & Sons Ltd
Journal Customer Services
PO Box 808
1-7 Oldlands Way
Bognor Regis
PO21 9FF
Royaume-Uni
☎ 00 44 (0)1865 778315
<http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0017-9124>

HESAMAG : BULLETIN D'INFORMATION DU DEPARTEMENT SANTE SECURITE E.T.U.I. -R.E.H.S.

ETUI
5 bd du Roi Albert II
1210 Bruxelles
Belgique
☎ +32 2 224 05 63;
Fax : +32 2 224 05 61
Email : ghofmann@etui.org
<http://hesa.etuirehs.org/fr/newsevents/newsfiche.asp?pk=1510>



INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO

Rédaction et diffusion : Altédia
5, rue de Milan
75319 Paris cedex 09
☎ 01 44 91 50 16
Fax : 01 44 91 10 01
<http://www.altedia.fr/>

INSEE PREMIERE

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

INSEE RESULTATS : SOCIETE / INSEE RESULTATS : ECONOMIE

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

**ISSUES IN INTERNATIONAL HEALTH
POLICY**

Edition et diffusion :
Commonwealth Fund
1 East 75th Street,
New York, NY 10021
Etats-Unis
<http://www.commonwealthfund.org/Publications.aspx>

**INTERNATIONAL JOURNAL FOR
EQUITY IN HEALTH CARE**

Edition et diffusion : BioMed Central
Middlesex House
34-42 Cleveland Street
London W1T 4LB
Royaume-Uni
<http://www.equityhealthj.com/>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF
HEALTH CARE FINANCE AND
ECONOMICS**

Diffusion : Springer Heidelberg
Customer Service Journals
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ : ++ 49-6221-345-4304
Fax: ++ 49-6221-345-4229
Email : subscriptions@springer.com
<http://www.springer.com/public+health/journal/10754>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF
HEALTH GEOGRAPHICS**

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
Email: mkamel@medicad.com
(Editorial enquiries)
<http://www.ij-healthgeographics.com/>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF
HEALTH SERVICES**

Diffusion : Baywood Publishing Compagny, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis
<http://baywood.com>

J

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

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

**JOURNAL OF HEALTH POLITICS,
POLICY AND LAW**

Diffusion : Duke University Press
Box 90660
Durham NC 27708-0660
Etats-Unis
☎ 00 1 919 687 3653
<http://jhpl.dukejournals.org/>

L

LETTRE DU COLLEGE (LA)

Rédaction et diffusion :
Collège des Economistes de la Santé
7, rue de Citeaux
75012 Paris
☎ 01 43 45 75 65
Fax : 01 43 45 75 67
<http://www.ces-asso.org/>

M

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unaformec
(Union nationale des associations
de formation médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex
☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unafomec@wanadoo.fr
<http://www.unafomec.org>

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

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

MEDICAL CARE

Rédaction : Sue E. Houchin
8848 Winding Ridge Road
Indianapolis, IN 46217
Etats-Unis
☎ 00 1 317 796 5752
Email : medical_care@regenstrief.org

Diffusion : Lippincott Williams & Wilkins
Journal orders and Requests
250 Waterloo Rd
London SE18RD
Royaume Uni
Tel : 00 44 20 7981 0535
Fax : 00 44 20 7981 0535
Email : orders@lww.com
<http://www.lww-medicalcare.com>

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

Diffusion : Sage publications
2455 Teller Road
Thousand Oaks, CA 91320

Etats-Unis
☎ 00 1 805 499 9774
Email : order@sagepub.com
<http://www.sagepub.com>

MILBANK QUATERLY (THE)

Rédaction : Milbank Memorial Fund
Diffusion : Blackwell Publishers
9600 Garsington Road
Oxford, OX4 2DQ
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 776 868
Fax: 00 44 1865 714 591
Email : subscrip@blackwell.pu.com
<http://www.milbank.org/quarterly.html>

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

Rédaction et diffusion :
Wolters Kluwer France Service Abonnement Santé
Case postale 815
1, rue Eugène et Armand Peugeot
TSA 84001
92856 Rueil Malmaison cedex

Librairie
☎ 01 41 29 77 42
Fax : 01 41 29 77 35
http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html (recherche des
articles en texte intégral depuis 1997)

P

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

Diffusion : AISS
Communication et publications
Case postale 1
CH-1211 Genève 22
Suisse
Email : issa@ilo.org
<http://www.issa.int>

POINT DE REPERE (CNAMTS)

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés)
Département Etudes et Statistiques
26-50, avenue du Professeur
André Lemierre
75986 Paris cedex 20

POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés)
26-50, avenue du Professeur
André Lemierre
75986 Paris cedex 20

POPULATION

Rédaction et diffusion : INED
(Institut National des Etudes
Démographiques)
133, Bd Davout
75020 Paris
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
Email : ined@ined.fr
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/ (sommaries et résumés, index des auteurs)

POPULATION ET SOCIETES

Rédaction et diffusion : INED
(Institut National des Etudes
Démographiques)
133, Bd Davout
75980 Paris cedex 20
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/

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> (texte integral)

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE

52, rue Galliéni
92240 Malakoff
☎ 01 46 57 85 85
Fax : 01 46 57 08 60
Email : revuepratiques@free.fr
<http://www.pratiques.fr/>

PRESCRIRE (LA REVUE)

Rédaction et diffusion :
Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459
75558 Paris cedex 11
Fax : 01 49 23 76 48
Email : revue@prescrire.org
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

PRESSE MEDICALE (LA)

Elsevier Masson SAS Éditeur
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux Cedex
☎ 01 71 16 55 00
Email : infos@elsevier-masson.fr
<http://www.elsevier-masson.fr/>



PROBLEMES ECONOMIQUES

Diffusion :
La Documentation Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
Email :
infodoc@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-economiques/index.shtml>

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

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

QUE CHOISIR

Service Abonnement
TSA 50 293
92898 Nanterre cédex 9
<http://www.quechoisir.org/>

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

Diffusion : IRDES
(Institut de Recherche et Documentation en
Economie de la Santé)
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
☎ 01 53 93 43 17
Fax : 01 53 93 43 50
Email : presse@irdes.fr
<http://www.irdes.fr/EspacePresse/index.htm>

QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Rédaction : IREPS
(Institut de Recherche en Santé
Publique)
Diffusion : EDK
2, rue Troyon
92316 Sèvres cédex
☎ 01 55 64 13 93
Email : edk@edk.fr
<http://www.iresp.net/index.php> =>communication
(texte intégral)

QUESTIONS D'EUROPE

Fondation Robert Schuman
29, bd Raspail
F-75007 Paris
☎ +33.(0)1.53.63.83.00
Fax : +33.(0)1.53.63.83.01
Email : info@robert-schuman.eu

RETRAITE & SOCIETE

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

R

RECHERCHES ET PREVISIONS

Diffusion : CNAF
(Caisse Nationale des Allocations
Familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
Email : patricia.lefebvre@cnafr.fr
<http://www.cnafr.fr> => Publications =>
Recherches et Prévisions (en ligne depuis le n°
60 de juin 2000)

RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Diffusion : Editions de santé
49 rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
[laeti-
tia.dupas@editionsdesante.fr](mailto:laeti-tia.dupas@editionsdesante.fr)
[mailto:christine.zamor
a@editionsdesante.fr](mailto:christine.zamora@editionsdesante.fr)

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

Ministère Fédéral des Affaires
Sociales, de la Santé Publique,
et de l'Environnement
DG Politique sociale
Service Publications
Rue de la Vierge noire 3c
B-1000 Bruxelles
Belgique
Email :
françoise.gossiau@minsoc.fed.be

REVUE D'ECONOMIE PUBLIQUE - PUBLIC ECONOMICS

IDEP (Institut d'Economie Publique)
Centre de la Vieille Charité
2, rue de la Charité
13002 Marseille
☎ 04 91 14 07 70
Email : carole.paris@univmed.fr
<http://economiepublique.revues.org/>

**REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE
SANTÉ PUBLIQUE**

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
☎ 01 71 16 55 99
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/709683/description#description

REVUE DE L'IRES

Rédaction et diffusion : IRES
(Institut de Recherches Economiques et Sociales)
16, bd du Mont d'Est
93192 Noisy le Grand cedex
☎ 01 48 15 18 90
Fax : 01 48 15 19 18
Email : info@ires-fr.org
<http://www.ires-fr.org/>

**REVUE DE L'OFCE : OBSERVATIONS
ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES**

Rédaction : Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE)
69, Quai d'Orsay
75340 Paris cedex 07
☎ 01 44 18 54 00
Fax : 01 45 56 06 15
Diffusion : Presses de Sciences Po

Service Abonnement :
117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 64
Fax : 01 45 49 83 34
Email : info.presses@sciences-po.fr

REVUE DU PRATICIEN (LA)

Rédaction et diffusion :
Global Media Santé
114, av. Charles de Gaulle
92522 Neuilly sur Seine cedex
☎ 01 55 62 69 75
Email : abo@gmsante.fr

REVUE ECONOMIQUE

Diffusé par : Presses de Sciences Po
117 bd St Germain
75006 Paris
☎ 01 45 49 83 25

Fax : 01 45 48 83
Email : info.presses@sciences-po.fr

**REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES
SOCIALES**

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 82 31
Diffusé par :
La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Auverville cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00
<http://www.sante.gouv.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales,3716.html>

REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL

Diffusion : LEH
(Les Etudes Hospitalières)
38 rue du Commandant Charcot
33000 Bordeaux
☎ 05 56 98 85 79
Fax : 05 56 96 88 79
Email : edition@etudes-hospitalieres.fr
<http://www.leh.fr/edition/page018.html>

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

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



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
☎ 01 53 93 43 39
Fax : 01 53 93 43 50
Email : ofqss@irdes.fr
<http://www.irdes.fr/Ofqss/Ofqss.html>

ou

MSSS
(Ministère de la Santé et des Services Sociaux)
1075, chemin Ste Foy - 11e ét.
G1S 2M1 Québec (Québec)
Canada
☎ 00 1 418 266 7043
Fax : 00 1 418 646 8186
Email : ofqss@msss.gouv.qc.ca

SANTE PUBLIQUE

Rédaction et diffusion :
Société Française de Santé Publique
2, Av. du Doyen J. Parisot
BP 7
54501 Vandoeuvre les Nancy
☎ 03 83 44 39 17
Fax : 03 83 44 37 76
Email : pn@sfsp.info
<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/>
(sommaires et texte intégral de 1998 à 2001,
sommaires depuis 2002)

SCIENCES SOCIALES ET SOCIETE

Rédaction : ADESSS
(Association pour le Développement des
Sciences Sociales de la Santé)
Diffusé par : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : marketing@jle.com
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm> (résumés en ligne depuis 1997)

SERIE ETUDES ET RECHERCHES- DOCUMENTS DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : DREES
Ministère chargé de la santé
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.sante.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche.html>

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

Rédaction et diffusion : DREES
Ministère chargé de la santé
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.sante.gouv.fr/serie-statistiques,3720.html>

SERIE SOURCES ET METHODES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

Rédaction et diffusion : DREES
Ministère chargé de la santé
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes,5269.html>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé

49, rue Galilée

75116 Paris

☎ 01 40 70 16 15

Fax : 01 40 70 16 14

http://www.editionsdesante.fr/services/revues/sevee-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

☎ 00 31 20 485 3757

Fax : 00 31 20 485 3432

Email : ninfo-f@elsevier.nl

http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description

Irdes Documentation center

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

Missions

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

On-site consultation, on appointment only:

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

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

Multidisciplinary documentary archives

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

It includes:

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

Documentary products

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

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

La documentation de l'Irdes

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

Missions

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

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

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

Fonds documentaire pluridisciplinaire

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

Il comprend :

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

Produits documentaires

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

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