

Quoi de neuf, Doc ?

Mars-avril / March-April 2011, n° 2

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/QuoiNeufDoc2011MarsAvril.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 ?
mars-avril 2011, n° 2

Table of contents (in English).....7

Présentation ----- 2

Comment lire une notice10

Index des auteurs.....101

Carnet d'adresses des éditeurs.....113

Références bibliographiques

► POLITIQUE DE SANTE 11

Anthropologie de la santé.....	11
Soins.....	11
Etudes critiques.....	12
Expertise.....	12
Histoire.....	13
Maladies chroniques.....	14
Médecine du travail.....	15
Performance.....	15
Politique familiale.....	15
Politique sociale.....	16
Réformes.....	16
Santé publique.....	17
Sécurité sanitaire.....	18
Sociologie du care.....	19
Soins palliatifs.....	19
Soins transfrontaliers.....	20

► PROTECTION SOCIALE 21

Assurance maladie.....	21
Comptes de la protection sociale.....	21
Etat – providence.....	22
Financement.....	23
Protection complémentaire.....	23
Réformes.....	23
Régime Social des Indépendants.....	24
Retraite.....	24
RSA.....	25

► PREVENTION 26

Comportements de santé.....	26
Education thérapeutique.....	26
Lutte antitabac.....	26
Prévention précoce.....	27
Promotion de la santé.....	28
Usages internationaux.....	29

► ÉCONOMIE DE LA SANTE 30

Arrêts maladie.....	30
Coûts de la maladie.....	30
Dépenses pharmaceutiques.....	32
Dépenses de santé.....	32
Investissement.....	33

► ÉTAT DE SANTÉ 34

Alcoolisme.....	34
Dépression.....	34
Diabète.....	34
Maladie d'Alzheimer.....	36
Maladies chroniques.....	36
Retraite et santé.....	37
Santé des enfants.....	37
Santé environnementale.....	38
Travail et santé.....	38
Vieillesse et santé.....	41
Vulnérabilité.....	42

PERSONNES AGEES	43	Sécurité des patients	71
Accidents.....	43	Services de soins infirmiers à domicile..	71
Alimentation	43	Tarification hospitalière	72
Aidants.....	43	Urgence hospitalière.....	73
Fragilité.....	44		
Politique vieillesse	44	PROFESSIONS DE SANTE	74
Soins de long terme	44	Infirmiers.....	74
Vieillesse et travail	45	Pharmaciens d'officine	74
INEGALITES DE SANTE.....	46	MEDICAMENTS	75
Accès aux soins	46	Antibiotiques	75
Capital social	47	Base de données	75
Education	48	Données chiffrées	75
Inégalités sociales de santé.....	48	Effet indésirables.....	76
Migrants.....	51	Innovation médicale.....	76
Non recours	52	Neuroleptiques	77
		Observance thérapeutique	77
GEOGRAPHIE DE LA SANTE	53	Politique du médicament	78
Accès aux équipements collectifs	53	Pharmacovigilance	78
Etudes prospectives	53	Prescription	78
Milieu urbain	54	Statines.....	80
Régions sous – dotées	54		
		TECHNOLOGIE ET INFORMATIQUE	
SOINS DE SANTE PRIMAIRES	55	MEDICALES	81
Démographie médicale.....	55	Dossier medical personnel	81
Etude d'ensemble	55	Evaluation.....	81
Maisons de santé.....	55	Innovations technologiques.....	82
Maladies chronique	56	Internet.....	82
Médecins traitants.....	57	Systèmes d'information.....	83
Obésité	57	Télémédecine	84
Performance	58		
Pratique médicale	60	SYSTEMES DE SANTE ETRANGERS	85
Réformes.....	61	Allemagne	85
Rémunération.....	62	Canada	85
Systèmes d'information	64	Espagne	87
		Etats-Unis.....	87
HOPITAL - ALTERNATIVES.....	65	Europe	88
Durée du séjour.....	65	Italie.....	88
Etude prospective	65	Royaume-Uni.....	89
Infections nosocomiales	66		
Hôpital public.....	66	PREVISION - EVALUATION	90
Hôpital sans but lucratif	67	Economie de la santé.....	90
Listes d'attente	67	Evaluation économique.....	90
Organisation hospitalière.....	67	Productivité	90
Performance	68		
Planification hospitalière.....	70		
Psychiatrie	70		
Réforme.....	71		

» METHODOLOGIE - STATISTIQUE.....92	» DOCUMENTATION.....97
Décision médicale.....92	Classification de revues 97
Géographie de la santé92	
Méthodologies d'enquête93	» REGLEMENTATION98
Score de propension93	Risque professionnel 98
	Maladies professionnelles 98
» DEMOGRAPHIE – MODES DE VIE95	Bioéthique 98
Logement95	Cartes de santé 99
Population95	Droits des malades 99

Prochain numéro : fin juin 2011

Table of contents

Quoi de neuf, Doc?
March-April 2011, n°2

Presentation	2
Reading a notice	10
Author index	101
Publishers address book.....	113

Bibliographical references

HEALTH POLICY.....	11	PREVENTION	26
Anthropology of health.....	11	Health behaviour	26
Care	11	Disease management	26
Critical study.....	12	Tobacco control programs.....	26
Expertise	12	Early prevention	27
History	13	Health promotion.....	28
Chronic disease	14	International trips.....	29
Occupational health services.....	15		
Performance.....	15	HEALTH ECONOMICS.....	30
Family policy.....	15	Sickness absence	30
Social policy.....	16	Costs of illness	30
Reforms.....	16	Drug expenditures.....	32
Public health.....	17	Health expenditures.....	32
Health security	18	Investment.....	33
Care sociology	19		
Palliative care.....	19	HEALTH STATUS.....	34
Cross-border care.....	20	Alcohol consumption	34
		Depression	34
SOCIAL PROTECTION	21	Diabetes	34
Health insurance.....	21	Alzheimer disease.....	36
Social protection accounts	21	Chronic disease.....	36
Welfare State.....	22	Health and retirement.....	37
Financing	23	Children health	37
Supplementary health insurance.....	23	Environmental health.....	38
Reforms.....	23	Occupational health.....	38
National Insurance Fund for self- employe workers.....	24	Health and ageing.....	41
Retirement	24	Vulnerability	42
Active solidarity income	25		

ELDERLY	43	Patient safety	71
Accidents	43	Nurses home care services	71
Diet.....	43	Hospital payment system.....	72
Informal care	43	Emergency hospital	73
Frailty.....	44		
Ageing policy	44	HEALTH PROFESSIONS	74
Long term care	44	Nurses.....	74
Ageing and work	45	Pharmacists	74
HEALTH INEQUALITIES	46	PHARMACEUTICALS	75
Health care accessibility	46	Antibiotics	75
Social capital	47	Database	75
Education	48	Statistical data collection	75
Social health inequalities.....	48	Drug adverse events	76
Migrant	51	Medical innovation	76
Non take – up.....	52	Neuroleptics	77
		Prescription adherence	77
		Drug policy	78
		Drug safety.....	78
		Drug prescription.....	78
		Statins	80
GEOGRAPHY OF HEALTH	53	MEDICAL TECHNOLOGIES AND	
Accessibility to facilities	53	INFORMATICS	81
Forecast study.....	53	Medical record	81
Urban area.....	54	Evaluation.....	81
Underground areas	54	Technological innovations	82
		Internet.....	82
		Information systems	83
		Telemedicine	84
PRIMARY HEALTH CARE	55	FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS	85
Medical demography.....	55	Germany.....	85
Global study.....	55	Canada	85
Patient – centered medical homes	55	Spain	87
Chronic disease	56	United States	87
Gate keeper.....	57	Europe	88
Obesity	57	Italy.....	88
Performance.....	58	United Kingdom.....	89
Medical practice	60		
Reforms.....	61	PREVISION - EVALUATION	90
Payment.....	62	Health economics	90
Information systems	64	Economic evaluation	90
		Productivity.....	90
HOSPITAL	65		
Length of stay.....	65		
Forecast study.....	65		
Healthcare associated infections	66		
Public hospital	66		
Non profit hospital.....	67		
Waiting lists	67		
Hospital organisation	67		
Performance.....	68		
Hospital planning	70		
Mental health.....	70		
Reform.....	71		

<p>▶ METHODOLOGY - STATISTICS.....92</p> <p>Medical decision92</p> <p>Geography of health.....92</p> <p>Survey methods93</p> <p>Propensity score93</p>	<p>▶ DOCUMENTATION..... 97</p> <p>Periodicals ranking 97</p>
<p>▶ DEMOGRAPHY – LIVING CONDITIONS95</p> <p>Housing95</p> <p>Population.....95</p>	<p>▶ LAW 98</p> <p>Occupational health..... 98</p> <p>Occupational accident and disease ... 98</p> <p>Bioethics 98</p> <p>Medical cards..... 99</p> <p>Patient rights..... 99</p>

Next issue: End of June 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. bibl.	références bibliographiques citées

Politique de santé/Health policy

Anthropologie de la santé *Anthropology of health*

45952
FASCICULE, INTERNET

Où va l'anthropologie de la santé ? Défis, concepts et enjeux du XXIe siècle.

ANTHROPOLOGIE ET SANTE
2010 ; n° 1 : Pages : non paginé
Cote Irdes : En ligne
<http://anthropologiesante.revues.org/58>

Le premier numéro d'Anthropologie & Santé rend compte de quelques-unes des lignes de force du débat engagé lors des Assises de l'Anthropologie de la Santé organisées par Amades (Toulouse, 18 septembre 2009). Ces assises ont porté sur les transformations et mutations contemporaines des objets, des pratiques méthodologiques et des conditions d'exercice de la recherche en anthropologie de la santé. Les contributeurs de ce numéro interrogent, chacun à leur manière, les possibilités d'adaptation de l'anthropologie de la santé aux mondes contemporains et sa capacité à se réformer sans perdre de vue les " fondamentaux " de la discipline (Résumé de l'éditeur).

45561
ARTICLE
MASSE (R.)

Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé.

ANTHROPOLOGIE ET SANTE
2010 ; n° 1 : Pages : 2-16
Cote Irdes : En ligne

L'anthropologie de la santé a connu une évolution spectaculaire au cours des dernières décennies. Elle doit toutefois composer aujourd'hui avec les contributions de plusieurs autres disciplines des sciences sociales et humaines dans le champ d'étude des dimensions sociales, politiques et culturelles de la santé et de la maladie. Pour conserver sa crédibilité comme " science sociale " et pour faire face à l'émergence de nouveaux

objets de recherche, elle devra relever plusieurs défis, tant au plan de ses outils conceptuels, mais aussi et surtout au plan de sa maîtrise des méthodologies qualitatives et quantitatives. Mais cela, sans mettre de côté son profond souci pour une réflexion critique sur les politiques de santé et pour une phénoménologie de la souffrance.

Soins *Care*

46507
ARTICLE
PADIS (M.O.)

La politique du care, soin mutuel ou Etat maternant ?

PROBLEMES ECONOMIQUES
2011/02/02 ; n° 3012 : Pages : 6-12
Cote Irdes : P100

Si la notion de care (soin) figure déjà dans les travaux d'Adam Smith et de David Hume, elle est véritablement développée dans les années 1980 aux Etats-Unis. Remis récemment au goût du jour par Martine Aubry, le social care désigne un projet de société qui créerait du lien entre les individus sans opposer les dispositifs publics au soutien familial ou aux solidarités de voisinage. Si le social care est en effet un moyen de régler certaines difficultés auxquelles doit aujourd'hui faire face l'Etat providence, l'auteur se propose d'en identifier le public cible et de voir comment peuvent s'articuler les deux niveaux que constituent les institutions et les individus. Cet article reproduit partiellement celui paru dans la revue Esprit, n° 366 de juillet 2010 : La polémique du care, un débat qui mérite mieux que des caricatures.

Etudes critiques
Critical study

46505

ARTICLE

CLAUSENER (M.), MATSAS (P.)

La France a inventé le principe génial des médicaments à moitié efficaces : entretien avec Jean de Kervasdoué.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2011/02/05 ; n° 2867 ; Pages : 28-33

Cote Irdes : P44

Cet article rapporte les propos de Jean de Kervasdoué relatifs au système de santé français. Ce dernier souligne la part importante du PIB consacrée à la santé en France par rapport à celles d'autres pays européens (Allemagne, Suisse...), pour une efficacité moindre du système de santé. La France hospitalise et prescrit plus que ses voisins... Tout en défendant la solidarité dans le financement aux soins, J. de Kervasdoué prône une plus grande libéralité dans l'organisation des soins : moins d'intervention de l'Etat dans les hôpitaux, rémunération des médecins en partie par capitation, etc. Il émet une critique de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, qui a étatisé l'hôpital, tout en conservant les caisses d'assurance maladie qui gardent leur rôle pour la médecine de ville. En abordant l'affaire du Médiateur, Il dénonce les autorités publiques dans leur incapacité à mener une politique du médicament efficace et les médecins dans leur pratique de prescription.

Expertise
Expertise

44842

ARTICLE

GRIMALDI (A.)

Les différents habits de l'expert profane".

L'expertise

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; n° 27 ; Pages : 91-100

Cote Irdes : P168

La critique de l'expert scientifique et l'acquisition d'authentiques compétences par les patients ont engendré le concept de " patient expert ". L'expertise profane peut être celle d'associations de patients ayant des comités scientifiques comportant souvent des professionnels. Cette expertise mi-profane mi-professionnelle peut produire une contre-expertise. Le fonctionnement démocratique de notre société gagnerait à en définir les droits et les modalités. Elle peut aussi être celle des patients devenant experts pour d'autres patients grâce à une formation certifiante. Mais une demande de reconnaissance officielle de tels patients experts poserait inévitablement des questions de responsabilité et de rémunération. On voit ici toute la différence entre le patient expert répondant à des standards définis et le patient ressource choisi par les équipes soignantes, non pas en fonction de ses compétences générales mais de la singularité de son expérience et de sa capacité à la communiquer (Résumé de l'éditeur).

44843

ARTICLE

MARTIN (D.)

L'expertise en responsabilité médicale : de critiques en réformes.

L'expertise

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; n° 27 ; Pages : 101-110

Cote Irdes : P168

L'expertise médicale est soumise à une critique aussi radicale que permanente. Cette critique a conduit à l'élaboration de plusieurs réformes législatives, jugées encore aujourd'hui comme insuffisantes au regard des enjeux. Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer une telle persistance de la critique. On retiendra, d'abord, que l'expertise est la cible des critiques parce qu'elle au coeur du processus de réparation. Elle est notamment le moment privilégié pendant lequel la victime peut exprimer ses doléances et peut-être commencer un processus psychologique de réparation. Mais on ne peut ignorer, aussi,

qu'elle est souvent perçue comme un corporatisme quelque peu dépassé. Tout cela conduit à placer l'expert au centre des contradictions et à s'interroger sur les qualités qui feraient un bon expert. Sont ainsi discutées les questions de la compétence de l'expert, de son impartialité et de son indépendance. Il apparaît, que le vrai enjeu des réformes nécessaires est de donner tous les moyens aux usagers de mieux comprendre ce moment souvent trop insaisissable pour eux qu'est l'expertise (Résumé de l'éditeur).

44840
ARTICLE

TROUVIN (J.H.)

L'évolution de l'expertise sur le médicament.

L'expertise

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n° 27 : Pages : 61-78, annexes
Cote Irdes : P168

L'expertise sur le médicament, à des fins d'autorisation de mise sur le marché ainsi que le suivi de son profil bénéfice/risque tout au long de sa vie, répondent à un impératif de sécurité sanitaire. L'évaluation/expertise sur le médicament s'est élaborée dans les trente dernières années, en proposant une méthode de travail et d'analyse ainsi que des critères scientifiques et techniques à documenter, au cours du développement, dans le but de constituer un dossier descriptif des principales caractéristiques du médicament soumis à évaluation et encadrement par les autorités de santé. Ces critères de qualité, de sécurité et d'efficacité forment la base de l'expertise et fondent les décisions d'autorisation, de modification, voire de retrait de l'autorisation en fonction de l'évolution du profil bénéfice/risque du médicament tout au long de son cycle de vie (Résumé de l'éditeur).

44839

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

L'expert et la décision en santé publique.

L'expertise

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n° 27 : Pages : 33-48
Cote Irdes : P168

L'expert s'est imposé comme une figure centrale des politiques de santé publique. A travers les préoccupations de sécurité sanitaire et le développement de l'évaluation en santé, l'expert a acquis une légitimité nouvelle. Dans ce contexte, il entretient des relations complexes, parfois même sulfureuse, avec les pouvoirs publics, administratifs et économiques. Sa légitimité, sa déontologie comme sa mission font débat. L'expert peut également adopter une posture différente, celle de la dissidence, de la médiatisation ou de l'exercice de la citoyenneté, et devenir un acteur engagé des débats publics sur les questions de santé (Résumé de l'éditeur).

Histoire *History*

45564

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé. Les vingt ans des économistes de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010/09 : Pages : 37-51
Cote Irdes : P168

Depuis un quart de siècle, les politiques de santé ont connu des mutations sans précédent. La maîtrise des dépenses de santé et les crises sanitaires ont régulièrement mobilisé les pouvoirs publics. Mais les législations sur la santé publique, la régulation des activités médicales, la bioéthique ou les droits des malades ont marqué cette période. Ces transformations ont pour fil directeur l'affirmation progressive d'un pouvoir d'Etat dans l'organisation et la régulation du système de santé.

Elles révèlent également l'amorce de ruptures majeures pour l'évolution du système de santé et d'assurance maladie (Résumé de l'éditeur).

Maladies chroniques
Chronic disease

46302
ARTICLE

DE CHAMBINE (S.), MORIN (A.), MARTIN (D.),
et al.

La prise en charge.

Les maladies chroniques.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/09 ; n° 72 : Pages : 25-38
Cote Irdes : C, P49

La prise en charge des maladies chroniques est organisée dans le cadre du dispositif médico-administratif dit des affections de longue durée. Une réforme de ce système fait actuellement l'objet d'une réflexion générale. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires crée un nouvel environnement à prendre en compte dans ce domaine. La création des Agences régionales de santé est susceptible de favoriser les décloisonnements attendus entre les secteurs sanitaire et social, ainsi qu'entre les approches préventives et curatives. A l'heure actuelle, la Haute Autorité de santé initie une deuxième génération de guides et d'outils pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Parallèlement les associations militent pour être reconnues comme des acteurs de santé à part entière.

46301
ARTICLE

AGRINIER (N.), RAT (A.C.), BLOCH (J.), et al.

État des lieux.

Les maladies chroniques.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/09 ; n° 72 : Pages : 11-24
Cote Irdes : C, P49

Les maladies chroniques concernent 8 à 28 millions de personnes selon la définition prise en compte. Elles engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Selon le Haut Conseil de la santé publique, la maladie chronique est caractérisée par : - la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ; - une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ; - un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

46300
ARTICLE

BRIANCON (S.), GUERIN (G.), SANDRIN-
BERTHON (B.)

Les maladies chroniques.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/09 ; n° 72 : Pages : 11-53
Cote Irdes : C, P49

28 millions de personnes suivent un traitement au long cours, 15 millions sont atteintes de maladies chroniques, 9 millions sont déclarées en ALD (Affections longue durée). Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé. Ce dossier présente d'abord les différentes approches et définitions de la maladie chronique avant d'en dresser un portrait épidémiologique et de tenter de montrer l'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie. Les différentes facettes de la prise en charge des maladies chroniques sont décrites : protocolisation et qualité du parcours de soins, mesures mises en place par les plans gouvernementaux de santé publique.

Médecine du travail
Occupational health services

45997
ARTICLE
CHABROL (A.)

Médecine du travail : une réforme au goût inachevé.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2010/11-12 ; n° 14 : Pages : 22-25
Cote Irdes : P69
http://www.conseil-natnal.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/ODM%2014_web.pdf

Le dispositif de la santé au travail est dans une situation critique qui nécessitait une réforme urgente. Invalidées par le Conseil constitutionnel, les dispositions votées dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 **doivent faire l'objet bientôt d'un texte spécifique. Cet article rappelle les préconisations du Conseil national de l'ordre des médecins sur la question.**

Performance
Performance

46522
ARTICLE
IRWIN (R.), EXWORTHY (M.), BEVAN (G.), HAM (C.), KMAZINGA (N.)

Measuring and managing performance.

Mesurer et gérer la performance.

EUROHEALTH
2010 ; vol. 16 : n° 3 : Pages : 15-28
Cote Irdes : Bulletin étranger
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/Vol16No3/Eurohealthv16n3.pdf>

This issue of Eurohealth focuses on performance monitoring to maintain high quality health services. Also covered are the topics of user fees in the Czech Republic; private sector providers in England; barriers to physician workforce development in Uzbekistan; and providing a solid evidence base for policy makers through the ECHI (European Community Health Indicators Initiative).

46393
ARTICLE
MOSSE (P.), OIRY (E.)

De l'efficacité à l'effectivité. Vers un renouvellement de l'analyse des réformes du système français de soins ?

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/05-07 ; vol. 28 : n° 3-4 : Pages : 141-158, tabl., rés.
Cote Irdes : C, P87

La littérature considère globalement que les réformes du système français de soins ne produisent pas les effets attendus. Cet article montre que ce point de vue est basé sur une conception " rationalisatrice " de l'efficacité. Il propose de nuancer en remplaçant cette notion par celle de l'effectivité. Particulièrement attentive aux phénomènes émergents, cette notion permet de montrer que les réformes du système français de soins produisent des effets même s'ils sont longs à advenir et ne prennent pas toujours la forme attendue. Pour montrer concrètement ce que cette notion peut apporter à la réflexion, nous l'appliquons au cas d'une Référence Médicale Opposable (RMO). Nos résultats montrent que lorsqu'on analyse ses effets lors de sa mise en oeuvre en 1994, elle semble peu efficace. En revanche, si on évalue aujourd'hui le processus qu'elle a initié, elle apparaît comme plutôt effective. Ces résultats nous permettent finalement d'engager une discussion sur les notions d'objectif, d'évaluation et de management dans l'analyse des processus de changement.

Politique familiale
Family policy

46348
FASCICULE, INTERNET
DOMINGO (P.)
Caisse Nationale d'Allocations Familiales.
(C.N.A.F.). Paris. FRA

Les dispositifs d'action sociale des Caf : une enquête auprès des bénéficiaires.

E-SSENTIEL (L) - CNAF
2010/10 ; n° 103 : Pages : 4p., tabl., graph., pdf
Cote Irdes : C, en ligne

Accueillir les enfants dans des crèches, des centres de loisirs, accompagner les familles, animer la vie sociale... sont autant de domaines pour lesquels les Caisses d'allocations familiales (Caf) interviennent et apportent des financements, en complément des prestations sociales versées à leurs allocataires. En 2009, une enquête auprès des familles allocataires a été menée afin de mieux connaître les bénéficiaires des dispositifs d'action sociale, de mesurer les effets ressentis de ces aides, d'expliquer le non-recours et de repérer les domaines jugés prioritaires ainsi que les modes d'intervention adaptés aux besoins exprimés. Globalement, le ciblage des différents types de soutien est adapté en fonction des besoins couverts. L'enquête montre que les aides sont utiles pour les familles mais leurs effets apparaissent limités dans le temps, notamment dans le domaine de l'accompagnement social. Par ailleurs, l'enquête révèle qu'un manque d'informations demeure auprès des familles concernant les dispositifs d'action sociale pouvant répondre à des besoins précis. Enfin, s'agissant des attentes, les bénéficiaires citent en premier lieu les besoins en matière de logement. Le temps libre est le deuxième domaine dans lequel ils souhaitent être aidés en priorité.

Politique sociale Social policy

46388

FASCICULE

BORGETTO (M.), VULBEAU (A.), CHAUVIERE (M.), et al.

Décentralisation dans le champ social : où en est-on ?

INFORMATIONS SOCIALES

2010/11-12 : n°162 : Pages : 1-133

Cote irdes : P171

Les lois ayant organisé la décentralisation du " social " en France ont été adoptées en deux vagues successives (1982-1983, puis 2003-2004). Depuis trois décennies, le " social " se trouve ainsi au cœur du processus de décentralisation. Ce numéro d'Informations sociales entend analyser l'acte II de la décentralisation en tenant compte des ré-

formes récentes, telles que la révision générale des politiques publiques ou la réforme des collectivités territoriales et de l'Etat local. Une première partie revient sur l'historique et les enjeux actuels de la décentralisation, tant au regard de la répartition des compétences que de la nature même du " social ". Une deuxième partie s'intéresse au positionnement des différents acteurs entre État, collectivités territoriales et associations afin de comprendre les articulations, les partenariats éventuels ou, au contraire, les concurrences. Enfin, la troisième partie est consacrée aux politiques sociales elles-mêmes et à leur mise en œuvre sur le terrain. (Adapté de la 4e de couverture).

Réformes Reforms

46601

FASCICULE

La gouvernance du secteur social et médico-social après la création des Ars et la réforme des services déconcentrés de l'Etat.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES (ASH)

2010/09 ; cahier 2 : n° 2675 : Pages 81p.

Cote Irdes : c, B6988

Ce fascicule fait un point réglementaire sur l'organisation du secteur social et du secteur médico-social après la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Le sentiment prévaut souvent que l'Etat reprend la main, que la nouvelle organisation des services centraux, avec la création d'un secrétariat général animant le comité national de pilotage des agences régionales de santé, s'inscrit « de facto » dans un processus de reconcentration. Il est en revanche plus difficile de percevoir les effets à terme de la séparation du secteur social et du secteur médico-social.

46564
ARTICLE

LUGINSLAND (M.)

Loi HPST : pourquoi ça coince.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2011/02/19 ; n° 2869 ; Pages : 10-11
Cote Irdes : P44

Parmi les mesures annoncées dans la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, trois concernaient la **pharmacie d'officine et sont aujourd'hui encore en attente** : sur la préparation des doses à administrer (PDA), sur la convention type Ehpad/Officines et sur les missions du pharmacien dans le cadre de la coordination entre les professions de santé (pharmacien correspondant). Les représentations professionnelles qui dénoncent l'inertie du ministère, souhaitent intégrer à ces dispositifs les conditions de leur rémunération. La négociation de la **convention avec l'assurance maladie**, en juin 2011, pourrait dégeler la situation.

44504
ARTICLE

CAILLOL (M.), LE COZ (P.), AUBRY (R.),
BRECHAT (P.H.)

**Réformes du système de santé,
contraintes économiques et valeurs
éthiques, déontologiques et juridiques.**

SANTE PUBLIQUE
2010/11-12 ; vol. 22 ; n° 6 ; Pages : 625-636
Cote Irdes : P143

Les réformes du système de santé et des hôpitaux ont induit des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles importantes et continues. Existe-t-il **des logiques à l'œuvre au sein du système de santé et des hôpitaux qui pourraient remettre en question le principe de solidarité, les valeurs séculaires de l'éthique qui régissent les textes de la déontologie et du droit**? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons confronté nos expériences avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique de 1991 à 2010. Ces dix-neuf dernières **années, l'organisation du système de santé a été soumise à des variations et des tensions importantes. Ces variations sont les témoins d'un changement de doctrine** : si une étape de

territorialisation du système de santé alliant choix des priorités de santé publique, concertation et démocratie participative a été **mise en œuvre**, le système a ensuite été orienté vers une affirmation du pouvoir central alliant économie, technicisation et contractualisation. Ce changement de doctrine est susceptible de remettre en cause la mission sociale des hôpitaux et le principe de solidarité. Le progrès, le vieillissement de la population, ainsi que les contraintes financières obligeront les décideurs à orienter le système de santé vers plus de contrôle. Hôpitaux, professionnels de santé et usagers peuvent se sentir écartelés entre un système qui tendrait à simplifier et minimiser ce qui se complexifie et qui est global. Des repères **sur les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit pour l'hôpital, les professionnels de santé et les usagers** sont interrogés. Ces éléments sont importants à prendre en compte au moment où la **Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires** et les agences régionales de santé sont mises en œuvre.

Santé publique
Public health

45896
ARTICLE

STUCKLER (D.), BASU (S.), MCKEE (M.)

**Public Health in Europe : Power,
Politics, and Where Next ?**

*Santé publique en Europe : pouvoirs, politique
et après ?*

The New Public Health.

PUBLIC HEALTH REVIEWS
2010/09 ; vol. 32 ; n° 1 ; Pages : 213-242
Cote Irdes : C, En ligne
[http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/7/12
_PH_Europe.pdf](http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/7/12_PH_Europe.pdf)

Health policy in Europe is at a crossroads. Longstanding challenges, such as persisting social and geographical inequalities, ageing populations, and rising burdens of chronic diseases, are being compounded by new, global threats, such as

pandemic influenza and crises in the world's financial markets. Significant improvement in the health of Europe's population has been driven by factors both inside and outside the health sector. Key obstacles to improving population health in Europe result from underlying failures to overcome political and economic issues, including those shaping healthcare financing and delivery systems. How can the public health community respond to these challenges? This paper discusses three examples of how power and politics have shaped the world in which public health works. The focus on individual risk factors diverts attention from underlying determinants, such as the dominance of the market in healthcare, and the political decision to favour a rapid transition from communism in the 1990s. Effective public health policy requires addressing these political forces, seeking to understand the dominant paradigms, how they have been defined and shaped, and how they might be changed. Their effects are often subtle but powerful, shaping the language that is used, the assumptions that are made, and the rules that are implied. We can formulate key policy options to help improve health outcomes by reshaping the critical forces that affect public health risk factors among those populations currently most burdened by significant disease in Europe today.

45893
ARTICLE
BROWN (L.D.)

The Political Face of Public Health.

La face politique de la Santé publique.

The New Public Health.

PUBLIC HEALTH REVIEWS
2010/09 ; vol. 32 : n° 1 : Pages : 155-173
Cote Irdes : C, En ligne
http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/7/09_Political.pdf

Public health is politically paradoxical because its core conceptual components - the exercise of public authority and the promotion of population health - stand in practical tension that belies their theoretical promise. Across Western nations, public policymakers stand accused of failing properly to honor and support the crucial

contributions that public health makes to the improvement of health outcomes and of overinvesting in acute medical care services, the need for which timely interventions in prevention and health promotion might have averted. The dramatic budgetary discrepancies in Western nations between the massive funds devoted to medical care and the minuscule sums allotted to public health are often taken as evidence that in such matters, political leaders are irrational (or perhaps uninformed, or captured by big-moneyed medical interests) and that good public policy would have epidemiologists and other public health experts running, or at least orchestrating, the show. This paper explores the sources of this tension between population health and political power within the concept of public health and seeks to show why these strains prove to be so durable, indeed irresolvable. The argument and evidence draw largely on the United States, but the supposition - anyway, the hope - is that the analysis will also throw light on the politics of public health in other nations.

Sécurité sanitaire *Health security*

45806
ARTICLE
PARIES (J.), ROME (F.), NYSSSEN (A.S.)

Les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/06 ; n° 71 : Pages : 5-8
Cote Irdes : P49

Quelles stratégies adopter pour améliorer la sécurité des patients ? Une analyse bibliographique des expériences de cinq pays (Royaume-Uni, Danemark, États-Unis, Australie, Canada) en matière de développement des politiques et programmes concernant la sécurité du patient a été effectuée à la demande du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour nourrir la réflexion des experts de la commission Sécurité des patients. Cet article résume les résultats obtenus autour de quatre questions clés : l'émergence et la délimitation du con-

cept de sécurité patient, les stratégies d'action, le rôle des systèmes de signalement et la posture du régulateur.

Sociologie du care Care sociology

46551
ARTICLE
PAGNY (F.)

Quid du care ?

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/01 ; Pages : 79-83
Cote Irdes : B6986

Le Care a connu des heures de gloire, notamment quand cette terminologie a été reprise par Martine Aubry, mais les critiques sur la philosophie du care se sont développés rapidement et souvent dans un sens très régressif. Pourtant cette notion va revenir dans le débat public à l'occasion des lois sur la dépendance. Cet article reprend l'essentiel d'un atelier de réflexion conduit par la fondation Terra Nova sur le concept du care.

Soins palliatifs Palliative care

45362
ARTICLE
CRESSARD (P.), BLANC (T.), AUBRY (R.)

Fin de vie: la loi Léonetti, cinq ans après.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE
L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2010/09-10 ; n° 13 ; Pages : 22-25
Cote Irdes : P69
http://194.117.222.174/IMG/pdf/dossier_2010-13.pdf

45955
FASCICULE

BARDSLEY (M.), GEORGHIOU (T.), DIXON (J.)
The Nuffield Trust. Londres. GBR

Social care and hospital use at the end of life.

Prise en charge sociale et recours à l'hôpital en fin de vie.

Briefing Paper
2010 ; Pages : 8p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/detail.aspx?id=145&PRid=752>

Care of the dying can be seen as an indicator of the quality of care provided for all sick and vulnerable people. About half a million people in the UK die each year, and the quality of care they receive also affects a much larger number of relatives, carers and friends. Although the costs of this care are also high, there is a shortage of information about the care people receive at the end of life and major gaps in our understanding of what services are appropriate. This briefing summarises a Nuffield Trust report to investigate the use and estimated costs of hospital and social care services for large groups of individuals at the end of their lives, in three PCT/local authority areas. We believe that this is the first time that such an estimate has been derived for large populations. This type of analysis is the first step to achieving better quality of care for the available resources. The techniques used in this analysis mark a significant step forward in terms of providing a better understanding of health and social care services used by people at the end of life. However, the analysis is partial. The Nuffield Trust has therefore been commissioned by the National End of Life Care Intelligence Network to conduct a more detailed follow-up study. This will involve a wider range of local authorities, and an extended number of datasets. It will report in 2011.

Soins transfrontaliers
Cross-border care

46003

ARTICLE, INTERNET

HELBLÉ (M.)

The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health.

Déplacements transfrontaliers des patients: défis et opportunités pour le secteur de la santé publique.

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

2011 ; vol. 88 ; Pages : 68-72

Cote Irdes : c, en ligne

<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612.pdf>

À l'ère de la mondialisation, la santé publique n'est plus limitée aux frontières nationales. Ces dernières années, nous avons observé une augmentation du nombre de déplacements transfrontaliers des patients. L'étendue de cette tendance n'est pas entièrement connue à ce jour car les données sont rares et isolées. Si cette tendance se poursuit, les experts sont convaincus qu'elle aura des conséquences majeures pour les systèmes de santé publique du monde entier. Malgré l'importance croissante des voyages pour raisons médicales, nous disposons de très peu de preuves empiriques de son impact sur la santé publique, en particulier sur les systèmes de santé. Cet article synthétise les derniers débats sur ce sujet. Il décrit les principales forces qui motivent les voyages pour raisons médicales et leurs conséquences sur les systèmes de santé, en particulier leur impact sur l'accès aux soins de santé, le financement et le personnel soignant. Cet article fournit également des instructions permettant de définir les voyages pour raisons médicales et d'améliorer la collecte de données. Il préconise davantage de recherches scientifiques qui permettront aux pays de tirer profit des voyages à des fins médicales et d'en limiter les risques potentiels en matière de santé publique.

Protection sociale/Social protection

Assurance maladie Health insurance

46512
ARTICLE

MILHAUD (G.), LAGRAVE (M.)

Historique de l'assurance maladie de sa création à nos jours.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2010 ; vol. 194 : n° 6 : Pages : 1123-1136

Cote Irdes : P76

Alors que l'assurance maladie traversait la crise la plus grave de son histoire tant dans son organisation que dans son financement, le Conseil d'administration de l'Académie nationale de médecine a décidé de créer le groupe de travail sur l'avenir de l'assurance maladie dans sa séance du 26 mai 2003. Les membres du groupe ont jeté un regard neuf sur l'assurance maladie en introduisant dans le système de santé français la dimension de la contrainte économique. Ils considèrent que l'origine du déficit des comptes de l'assurance maladie est largement due aux prélèvements de l'Etat et qu'une réforme peut être réalisée en conservant les grands principes du système actuel : humanisme, liberté, responsabilité et solidarité. Après un historique des différents plans de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, cet article présente les propositions de réforme de l'Académie, qui, pour l'instant, n'ont pas été retenues par le gouvernement comme pistes de réforme possible.

46511
ARTICLE

HUGUIER (M.), LAGRAVE (M.), MARCELLI (A.) et al.

Assurance maladie : un état des lieux.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2010 ; vol. 194 : n° 6 : Pages : 1095-1103

Cote Irdes : P76

Un état des lieux de l'assurance maladie se justifierait par ses seuls problèmes économiques.

Mais le limiter à cet aspect serait méconnaître les grands principes de solidarité, d'humanisme et de liberté auxquels les Français sont très attachés. Les comparaisons européennes suggèrent cependant que le système de santé pourrait gagner en efficacité sans nuire à l'état de santé. L'assurance maladie permet à la totalité de la population d'accéder à des soins de très bonne qualité. La liberté d'installation et de prescription des médecins est quasi-totale. Les soins médicaux contribuent à augmenter l'espérance de vie en France, 73 ans, seconde au monde après celle du Japon. En revanche, les contrôles macro-économiques de la progression des dépenses ont échoué. Cela s'explique par le progrès médical et le vieillissement de la population, mais aussi par le consumérisme médical favorisé par l'offre de soins et la prise en charge des dépenses. Cet article dresse donc un état des lieux de l'assurance maladie en France et montrent que les différentes réformes entreprises ces dernières années n'ont pas réglé l'efficacité du système.

Comptes de la protection sociale Social protection accounts

45872
FASCICULE

BOURGEOIS (A.), CAICEDO (E.), DUEE (M.), LEBOURG (N.), LEVREY (P.), YANAT-IRFANE (A.), DELAUTRE (G.), HENNION-AOURIRI (M.)

Les comptes de la protection sociale en 2008.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL (DREES)

2010/07 ; n° 147 : Pages : 185p.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat147-3.pdf>

En 2008, les dépenses (hors transferts) liées à la protection sociale s'élèvent à 598,1 milliards d'euros. Le montant des prestations de protection sociale en représente la plus grande partie : 570,4 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,7 % par rapport à

l'année 2007. Cette croissance, bien qu'en ralentissement par rapport à l'année précédente, est plus élevée que celle de l'économie française, de sorte que la part des prestations de protection sociale dans le Pib augmente pour s'établir à 29,3 % en 2008. Le ralentissement de la croissance des prestations concerne presque tous les risques hormis le risque logement. Les ressources (hors transferts) de l'ensemble des régimes de protection sociale progressent de 3,7 % par rapport à l'année 2007. Ces ressources continuent par ailleurs à se diversifier. Les dépenses des régimes d'intervention des pouvoirs publics, État et collectivités locales, représentent 10,8 % des dépenses totales de prestations de protection sociale (+1,6 % en rythme annuel en 2008). La première partie de ce fascicule comprend deux dossiers : Cinquante ans de financement de la protection sociale et une **Comparaison européenne de l'évolution des dépenses et des ressources de la protection sociale.**

Etat – providence
Welfare State

46509
ARTICLE
PALIER (B.)

De l'Etat infirmier à l'Etat investisseur.

PROBLEMES ECONOMIQUES
2011/02/02 ; n° 3012 : Pages : 28-33, graph., tabl.
Cote Irdes : P100

Si les dépenses sociales représentent un coût toujours croissant, celles-ci peuvent également être considérées comme un investissement. C'est à cette nouvelle façon de penser l'Etat providence que nous invite l'auteur, dans cet article tiré de l'ouvrage : **Trois leçons sur l'Etat providence.** Cette approche implique de substituer à la conception traditionnelle des politiques sociales une perspective renouvelée, plus dynamique, qui tiendrait compte de la trajectoire de vie des individus, des aléas de l'économie, de la connaissance et de l'émergence de nouvelles inégalités entre les genres, les générations et les

groupes sociaux propres aux sociétés post-industrielles

46508
ARTICLE
DORIVAL (C.)

Menaces sur la protection sociale.

PROBLEMES ECONOMIQUES
2011/02/02 ; n° 3012 : Pages : 24-27, graph., tabl.
Cote Irdes : P100

Mise à mal dans les pays occidentaux, notamment par les effets conjugués du chômage de masse, **d'une croissance en berne et du vieillissement démographique, la protection sociale a, au cours des dernières années, fait l'objet, en particulier en France, de diverses réformes concernant les retraites, les assurances maladie et chômage, les minima sociaux, la dépendance, le handicap et la famille. L'auteur en fait un bilan et met en évidence les principales caractéristiques.**

46506
ARTICLE
PELLET (R.)

L'Europe et la privatisation des Etats-providence.

DROIT SOCIAL
2010/02 ; n° 2 : Pages : 199-207
Cote Irdes : P109

L'auteur de cet article tente une analyse critique de l'affirmation du professeur Alain Supiot dans son ouvrage : **l'esprit de Philadelphie ou la justice sociale face au marché, selon laquelle la politique de l'Union européenne mène à une privatisation des Etats-providence.** Il souligne, par exemple, **qu'en renflouant les banques par l'argent public sans nationaliser les entreprises, l'Europe ne plébiscite pas un retour de l'Etat, mais plutôt un pas de géant dans le sens de la prédation de l'Etat.** Pour étayer cette thèse, cet article effectue d'abord quelques vérifications comptables sur la place du secteur non-marchand dans les économies européennes et l'évolution des dépenses publiques sociales. Il effectue ensuite des vérifications juridiques sur le caractère obligatoire des régimes de Sécurité sociale, **l'introduction de la concurrence dans l'assurance maladie et le**

développement des régimes mutualistes complémentaires.

Financement Financing

46305
ARTICLE
GARROS (B.)

Bouclier sanitaire : à la recherche de la solidarité perdue !

Les maladies chroniques.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2010/09 ; n° 72 : Pages : 50-52
Cote Irdes : C, P49

Le bouclier sanitaire améliorerait-il la prise en charge financière des patients atteints de maladies chroniques ? S'interroger sur le bouclier sanitaire permet sans doute de mieux apprécier la complexité et la relative inadaptation des règles d'exonération actuelles ainsi que leurs lacunes, en particulier pour les assurés sociaux en Affection de longue durée ou atteints d'une maladie chronique.

46513
ARTICLE
JEANNEAU (L.)

La TVA peut-elle devenir sociale ?

ALTERNATIVES ECONOMIQUES
2011/02 ; n° 299 : Pages : 28-29
Cote Irdes : P104

Même si elle est moins injuste qu'il n'y paraît, la TVA sociale n'a pour autant rien de social en soi. Ce qui est censé la rendre sociale, c'est le fait de fournir de nouveaux financements pour la protection sociale tout en réduisant le coût du travail. Concrètement il s'agit d'augmenter la TVA en contrepartie d'une baisse des cotisations sociales. En théorie, il ne s'agit pas d'une hausse des prélèvements obligatoires mais d'une substitution. Après une définition du concept, cet article tente d'évaluer son efficacité sur la politique des entreprises françaises, les prix des produits et la consommation des ménages.

Protection complémentaire Supplementary health insurance

46528
ARTICLE
DOMIN (J.P.)

L'accès à une bonne couverture complémentaire santé : un nouveau privilège ?

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/01 : Pages : 48-53
Cote Irdes : B6986

La loi du 13 août 2004 prône une régulation du système de santé et renforce le rôle des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Ocam). La politique dite de « responsabilisation » des assurés sociaux repose en effet sur la coordination entre régimes obligatoires et assureurs complémentaires. La loi couronne ainsi un long processus de transfert des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) vers l'assurance-maladie complémentaire (AMC), entamé dès les années 1980. Cet article aborde la question sous deux aspects. Le transfert d'une part croissante de la dépense de santé vers les organismes complémentaires renforce leur poids, mais accélère la concentration et la restructuration du marché. Cette évolution renforce la sélection des malades et fragilise les droits de salariés.

Réformes Reforms

45459
FASCICULE
MERRIEN (F.X.), NEZOS (G.), PALIER (B.) et al.
TRONQUOY (P.) / dir.

La protection sociale : quels débats ? quelles réformes ?

CAHIERS FRANCAIS
2010/09-10 ; n° 358 : Pages : 95p., tabl., graph.
Cote Irdes : A4121
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303330403587/index.shtml?xtor=EPR-528#>

Quatre ans après un numéro des Cahiers français consacré à l'examen du modèle social, ce numéro spécial de Cahiers français entend interroger le système de protection sociale dans sa genèse, ses fonctionnements, ses changements ou ses transformations.

Régime Social des Indépendants

National Insurance Fund for self-employe workers

45975

FASCICULE

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

Données 2009.

L'ESSENTIEL DU RSI EN CHIFFRES (RSI)

2010/12 ; Pages : 263p., graph., tabl.

Cote Irdes : S2/2

http://www.le-rsi.fr/publications/etudes/etudes_statistiques/pdf/20101201_Essentiel_du_RSI_Donnees_2009.pdf

La quatrième édition du recueil annuel d'analyses démographiques et financières du Régime social des indépendants propose une analyse des principales caractéristiques des assurés du régime (démographie, revenus, cotisations, prestations) et apporte des réponses à des questions d'actualité en s'inscrivant dans le cadre des réformes en cours ou en projet. L'interlocuteur social unique, l'auto-entreprise, la réforme des retraites, sont des thèmes abordés dans ce recueil.

45524

ARTICLE

SLOANE (J.A.)

Faut-il maintenir un régime de protection sociale spécifique pour les indépendants ?

DROIT SOCIAL

2010/12 ; n° 12 : Pages : 1197-1202

Cote Irdes : P109

Les professions indépendantes méritent mieux que le RSI. Depuis sa création il y a trois ans, la dégradation du service rendu par le Régime social des indépendants est continue ; c'était

malheureusement prévisible. Le régime de protection sociale n'a pas été intégré dans le régime « général » créé en 1945. Les professions indépendantes ont conservé leurs mutuelles unifiées en un régime spécifique en 1965. En 2005, cette assurance maladie des professions indépendantes a fusionné avec les deux régimes de retraite des artisans et commerçants, aboutissant à la création du RSI. Ce régime couvre actuellement 4 millions de personnes, dont 500 000 professions libérales. Après un historique sur le régime spécifique des indépendants, cet article tente de répondre aux questions suivantes : les caractéristiques particulières de la population prise en charge justifient-elles un régime spécifique ? Y-a-t-il à l'inverse pour le RSI des raisons de ne plus exister ? Quelles seraient les conséquences d'une fusion avec le régime général ?

Retraite

Retirement

45256

FASCICULE

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

Pensions et évolution démographique.

PERSPECTIVES EN POLITIQUE SOCIALE

2010 ; n° 15 : Pages : 5p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

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

Ce numéro décrit le contexte démographique et explique ses conséquences pour les régimes de pensions. Il examine les différentes réformes possibles pour répondre au défi de l'évolution démographique dans les régions développées et dans les régions moins développées. Il montre que les régimes de pensions doivent être viables socialement et financièrement et souligne le rôle de l'État pour garantir une bonne gouvernance et envisager la réforme comme un tout.

46617

FASCICULE

DUPEYROUX (J.J.) / introd.

La réforme des retraites.

DROIT SOCIAL

2010/03 ; n° 3 : Pages : 239-331, tabl.

Cote Irdes : P109

Ce numéro spécial offre différents points de vue sur la réforme des retraites.

45520

ARTICLE

PIOTET (F.)

Retraites : quel travail ?

DROIT SOCIAL

2010/12 ; n° 12 : Pages : 1180-1190

Cote Irdes : P109

Après un historique sur l'instauration de l'assurance vieillesse en France et les différentes réformes des retraites mises en place au cours du XXI^e siècle, cet article remet en perspective les réformes du XXI^e siècle dans le contexte de la pénibilité et pose la question d'une réorganisation nécessaire des conditions de travail.

RSA

Active solidarity income

46351

FASCICULE

PERIGORD (A.), DONNE (S.), MATHIEU (F.)

Les bénéficiaires du RSA fin juin 2010.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2010/11 ; n° 744 : Pages : 6p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er744-2.pdf>

Instauré le 1^{er} juin 2009, le revenu de solidarité active (RSA) est versé à 1 766 000 bénéficiaires en France métropolitaine en juin 2010 sur le seul champ du régime général. En un an, le nombre de bénéficiaires du RSA a augmenté de près de 20 %, principalement du fait de la montée en charge du RSA " activité ". Quant au RSA " socle ", le nombre de ses bénéficiaires est passé de 1 210 000 en juin 2009 à 1 332 000 en juin 2010, soit une hausse de 10 %. Mise en perspective avec les évolutions du revenu minimum d'insertion (RMI) et de l'allocation parent isolé (API), l'augmentation de 10 % observée sur le RSA socle est d'une ampleur inégalée depuis la fin de la montée en charge du Revenu minimum d'insertion, mais cohérente avec la sévérité de la récession de 2008-2009.

Prévention/Prevention

Comportements de santé Health behaviour

46008
ARTICLE

SEROR (V.), L'HARIDON (O.), PERETTI-WATEL (P.)

Santé et comportements individuels : la prévention des risques liés au tabac, à l'alcool et aux mauvaises habitudes alimentaires

ECONOMIE PUBLIQUE - PUBLIC ECONOMICS
2009 ; n° 24-25 : Pages : 101-127
Cote Irdes : En ligne

Cet article envisage les changements de comportements individuels en matière de tabac, d'alcool et d'alimentation, une question encore peu explorée dans la littérature internationale. L'analyse permet d'affiner la compréhension des liens entre la communication et les comportements de prévention. En particulier, trois éléments caractéristiques ressortent : l'impact de la confiance en l'information sur les risques, la perception des risques et les préférences temporelles. Un résultat important pour les politiques de prévention est que les changements d'habitudes alimentaires ont un impact significatif sur la consommation d'alcool.

Education thérapeutique Disease management

STOCK (S.), DRABIK (A.), BUSCHER (G.), GRAF (C.), ULLRICH (W.), GERBER (A.), LAUTERBACH (K.W.), LUNGEN (M.).

German diabetes management programs improve quality of care and curb costs.

Les programmes d'éducation thérapeutique mis en place en Allemagne pour la prise en charge du diabète améliorent la qualité des soins et diminuent les coûts.

HEALTH AFFAIRS
2010 : vol. 29 : n° 12 : 2197-2205.
Cote Irdes : P95

This paper reports the results of a large-scale analysis of a nationwide disease management program in Germany for patients with diabetes mellitus. The German program differs markedly from "classic" disease management in the United States. Although it combines important hallmarks of vendor-based disease management and the Chronic Care Model, the German program is based in primary care practices and carried out by physicians, and it draws on their personal relationships with patients to promote adherence to treatment goals and self-management. After four years of follow-up, overall mortality for patients and drug and hospital costs were all significantly lower for patients who participated in the program compared to other insured patients with similar health profiles who were not in the program. These results suggest that the German disease management program is a successful strategy for improving chronic illness care.

Lutte antitabac Tobacco control programs

CIECIERSKI (C.C.), CHATTERJI (P.), CHALOUPKA (F.J.), WECHSLER (H.).

Do state expenditures on tobacco control programs decrease use of tobacco products among college students?

Les dépenses de l'Etat pour les programmes de lutte antitabac font-elles diminuer la consommation de tabac chez les étudiants ?

HEALTH ECONOMICS
2011 : vol. 20 : n° 3 : 253-272.
Cote Irdes : P173

The objective of this paper is to investigate the effects of state tobacco control program expenditures on individual-level tobacco use behaviors among young adults. Data come from the 1997, 1999 and 2001 waves of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study (CAS). Our

findings indicate that a higher level of state spending on tobacco control programs in the prior year is associated with a statistically significant increase in the probability that current daily smokers report at least one attempt to quit smoking in the past year. We also find evidence that higher state expenditures on tobacco control programs in the prior year are associated with reductions in the prevalence of daily smoking and 30-day cigar use among college students. We do not find any statistically significant association between state tobacco control program expenditures and the number of attempts to quit smoking among those with at least one attempt, or on the prevalence of smokeless tobacco use in the past month.

Prévention précoce
Early prevention

46017

FASCICULE

MALOCHET (G.),

CAPELIER (F.) / collab.

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

La prévention précoce : entre acquis et controverses, quelles pistes pour l'action publique ?

NOTE D'ANALYSE (LA)

2010/12 : n° 205 : Pages : 11p.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NA205-Prevention_Precoce_20101222-5.pdf

Cinq ans après la publication controversée de l'expertise collective de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent, quel bilan peut-on tirer des actions visant à prévenir de façon précoce les risques de vulnérabilité sociale et psychologique ? Certaines études, essentiellement anglo-saxonnes, indiquent que la mise en place de politiques de prévention dès le plus jeune âge, avant que ne surviennent des risques identifiés, serait efficace sur le long terme du point de vue de la santé, de la réussite scolaire, voire des incivilités. Ces politiques permettraient d'éviter des interventions curatives plus coûteuses pour la collectivité et aux

résultats parfois incertains. Elles viendraient s'ajouter aux dispositifs de prévention à vocation universaliste (accueil de tous les publics), moins efficaces pour les publics les plus fragiles. De nombreux professionnels invitent toutefois à aborder avec précaution la question d'un plus grand ciblage des dispositifs de prévention précoce, voire émettent des réserves sur le principe même de leur mise en œuvre. Faut-il vraiment prévenir dès le plus jeune âge la survenue de risques dont rien n'assure qu'ils se réaliseront dans les faits ? Où placer la limite entre la prévention et le contrôle ? En d'autres termes, le remède n'est-il pas pire que le mal ? La vigueur de ce débat moral s'explique en partie par la confusion entre des objectifs de développement cognitif (afin de garantir la meilleure insertion sociale et économique possible aux publics vulnérables) et une perspective centrée sur la prévention de la délinquance (qui vise la réduction de facteurs de risques identifiés dans l'environnement des individus). Dans les faits, de nombreux programmes expérimentaux se sont développés en France ces dernières années, à partir de méthodologies principalement issues des États-Unis et du Québec. Il importe alors de déterminer si ces programmes innovants parviennent à concilier critères d'efficacité et principes éthiques. Cette démarche requiert avant tout l'étude du contenu de ces actions, de leurs modes opératoires (identification des publics cibles, modes de coordination entre professionnels, contenu des programmes) et des évaluations disponibles.

Promotion de la santé
Health promotion

46410

ARTICLE

CAMBON (L.), RIDDE (V.), ALLA (F.)

Note méthodologique - Réflexions et perspectives concernant l' "evidence-based health promotion" dans le contexte français.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2010/08 ; vol. 58 : n° 4 : Pages : 277-283

Cote Irdes : C, P11

En France, un contexte de structuration de la politique de promotion de la santé induit que les acteurs se voient de plus en plus entraînés à appuyer leurs actions sur les données produites par la recherche ou les expériences menées par ailleurs. Or, en promotion de la santé comme en éducation pour la santé, les interventions sont, par définition, fortement dépendantes du contexte dans lequel elles s'insèrent, ce qui rend difficile la démarche d'evidence-based health promotion. Ainsi, à destination des acteurs de promotion de la santé français, nous proposons, dans cet article, de faire le point des débats internationaux sur le sujet, à travers la présentation des principales limites que l'on rencontre dans la littérature mais aussi, en rendant visibles les travaux récents qui permettent d'y faire face. Cette analyse est réalisée à travers le prisme suivant : la question des niveaux d'intervention et des indicateurs susceptibles de mesurer l'efficacité d'une intervention de promotion de la santé ; la question des devis de recherche, de leur capacité à démontrer l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de la transférabilité de leurs résultats ; la question de la validité externe des études et notamment des informations nécessaires à la compréhension des mécanismes d'action. Sur cette base, et dans le but d'améliorer l'application de démarches evidence-based health promotion, nous proposons aux acteurs, qu'ils soient décideurs des politiques, chercheurs ou acteurs de terrain, des perspectives pratiques et contextualisées à la France. Enfin, nous concluons en mettant en lien cette question de l'evidence-

based health promotion avec les concepts de transfert de connaissances (knowledge transfert) tels qu'ils peuvent être développés dans d'autres pays (Résumé d'auteur).

46407

ARTICLE

GUINHOYA (B.C.)

Activité physique de l'enfant scolarisé en France. Le paradoxe d'une priorité de santé publique !

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2010/08 ; vol. 58 : n° 4 : Pages : 255-267

Cote Irdes : C, P11

Pour leur santé et un développement harmonieux, il est recommandé que les enfants d'âge scolaire pratiquent un minimum de 60 minutes d'une activité physique d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) au quotidien. Avec seulement environ 11 % des filles et 25 % des garçons observant ces recommandations, les enfants français figurent parmi les moins actifs au monde. En outre, la plupart d'entre eux passent près de trois heures par jour devant un écran, contrairement aux recommandations qui exigent de se limiter à moins de deux heures par jour. L'analyse des opportunités dont disposent les enfants français pour pratiquer une activité physique régulière révèle pourtant de nombreuses occasions à l'école, au domicile, dans le voisinage et sur le trajet domicile-école. Ces occasions représentent au total 245 minutes par jour, et elles pourraient contribuer à un minimum de 100 minutes par jour d'APMV chez tous les enfants français. La pratique sportive, qui peut poser des problèmes économiques, deviendrait alors presque subsidiaire. De plus, il existe en France un cadre législatif intéressant et une volonté politique favorable à la promotion de l'activité physique dans la population générale et chez les enfants en particulier. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le déficit d'activité physique chez les enfants français, y compris le peu d'investissements engagés pour les actions de promotion de ce comportement comparés à d'autres risques majeurs de maladies tels que le tabagisme ou l'alcoolisme. A cela pourrait s'ajouter la défaillance des principaux acteurs (e.g., parents,

enseignants, professionnels de santé, du sport et de l'activité physique) directement impliqués dans les stratégies de promotion de l'activité physique chez l'enfant. En raison de son influence sur de nombreuses dimensions de la santé infantile, il est nécessaire que les attitudes des adultes à l'égard de l'activité physique et de la sédentarité évoluent plus rapidement. Il importe d'intensifier la sensibilisation des adultes, dans la mesure où l'enseignement/la connaissance, les jeux de rôle, l'encouragement et les conseils d'activité physique bien menés par des professionnels formés constituent les fondements de l'adoption et du maintien d'un comportement actif en routine par l'enfant. Ces actions méritent d'être construites sur une évaluation précise et une caractérisation adéquate des profils d'activité physique dans la population générale et chez les enfants en particulier (Résumé d'auteur).

Usages internationaux
International trips

45607

ARTICLE

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

Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2010 (à l'attention des professionnels de santé).

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2010/06/01 ; n° 21-22 : Pages : 226-248
Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/21_22/beh_21_22_2010.pdf

Économie de la santé/Health economics

Arrêts maladie Sickness absence

GRALUND (D.).

The effect of health care expenditure on sickness absence.

Les effets des dépenses de santé sur les arrêts maladie.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
2010 : vol. 11 : n° 6 : 555-568.
Cote Irdes : P151

Increased health care expenditure could be used to improve quality of care or reduce waiting time and could therefore be expected to affect the health and sickness absence of a population. Still, based on data from a panel of Swedish municipalities, public health care expenditure was found to have no, or only a negligible effect on absence due to sickness or disability. The same result was obtained when separate estimates were done for men and women and for absence due to sickness and disability.

Coûts de la maladie Costs of illness

46400
ARTICLE

ABRAMOWITZ (L.), REMY (V.), VAINCHTOCK (A.)

Economic burden of anal cancer management in France.

Poids économique de la prise en charge du cancer anal en France.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE
2010/10 ; vol. 58 : n° 5 : Pages : 331-338, tabl., graph., rés.
Cote Irdes : C, P11

L'incidence du cancer anal a augmenté depuis ces 25 dernières années. Il n'existe pas de

dépistage organisé pour les problèmes précurseurs du cancer anal, la néoplasie intraépithéliale anale, et le diagnostic est souvent prononcé tardivement. Le succès de la prise en charge des lésions précancéreuses est limité et le traitement du cancer est souvent difficile pour les patients. Comme les cancers du col de l'utérus, la plupart des cas de cancer anal sont associés à une infection par le virus du papillome humain (VPH). Avec l'augmentation de l'incidence du cancer anal et étant donné la disponibilité des moyens de prévention tels que le dépistage et la vaccination contre le VPH, il semble important, d'un point de vue de santé publique, d'estimer le poids économique de ce cancer en France. Méthodes : Une analyse rétrospective a été réalisée à partir de données extraites d'une base de données hospitalières française - le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) afin d'estimer le nombre et le coût des prises en charge des patients hospitalisés pour un cancer anal en 2006. Les informations sur les séances de radiothérapie effectuées dans les hôpitaux privés ont été obtenues à partir de la base de données " Statistiques annuelles des établissements de santé " (SAE). Les coûts d'hospitalisation, du point de vue de l'assurance maladie, ont été extraits des tarifs officiels pour les groupes homogènes de malades, dans les établissements publics et privés. Le coût des soins ambulatoires et les coûts indirects ont été estimés à partir de données de la littérature. Résultats : En 2006, 3711 patients ont été hospitalisés pour un cancer anal en France. La plupart était des femmes (69%). Les coûts annuels d'hospitalisation pour le cancer anal ont été estimés à 20 326 868€. Le coût total annuel pour l'assurance maladie (incluant les coûts hospitaliers, ambulatoires et les indemnités journalières) a été établi à 38 249 981€. Conclusion : Cette étude, la première à examiner le poids économique du cancer anal en France, montre que les coûts de prise en charge de cancer sont élevés et similaires à ceux de la prise en charge du cancer du col de l'utérus (44 millions d'euros). D'autres recherches seront nécessaires afin d'évaluer le coût de la prise en charge des signes précurseurs, qui sont généralement traités

en ambulatoire. La vaccination prophylactique contre le VPH pourrait réduire significativement l'incidence de cette maladie et les coûts qui lui sont associés.

44580
ARTICLE

OBERG (M.), JAAKKOLA (M.S.), PERUGA (A.) et al.

Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke : a retrospective analysis data from 192 countries.

Le fardeau mondial des maladies attribuables au tabagisme passif : une analyse rétrospective basée sur les données de 192 pays.

THE LANCET
2010/11/26 ; Pages : 8p., 4 tab., fig.
Cote Irdes : INI 1958

Exposure to second-hand smoke is common in many countries but the magnitude of the problem worldwide is poorly described. We aimed to estimate the worldwide exposure to second-hand smoke and its burden of disease in children and adult non-smokers in 2004. The burden of disease from second-hand smoke was estimated as deaths and disability-adjusted life-years (DALYs) for children and adult non-smokers. The calculations were based on disease-specific relative risk estimates and area-specific estimates of the proportion of people exposed to second-hand smoke, by comparative risk assessment methods, with data from 192 countries during 2004. Worldwide, 40% of children, 33% of male non-smokers, and 35% of female non-smokers were exposed to second-hand smoke in 2004. This exposure was estimated to have caused 379 000 deaths from ischaemic heart disease, 165 000 from lower respiratory infections, 36 900 from asthma, and 21 400 from lung cancer. 603 000 deaths were attributable to second-hand smoke in 2004, which was about 10% of worldwide mortality. 47% of deaths from second-hand smoke occurred in women, 28% in children, and 26% in men. DALYs lost because of exposure to second-hand smoke amounted to 10,9 million, which was about 0,7% of total worldwide burden of diseases in DALYs in 2004. 61% of DALYs were in children. The largest

disease burdens were from lower respiratory infections in children younger than 5 years (5 939 000), ischaemic heart disease in adults (2 836 000), and asthma in adults (1 246 000) and children (651 000). These estimates of worldwide burden of disease attributable to second-hand smoke suggest that substantial health gains could be made by extending effective public health and clinical interventions to reduce passive smoking worldwide.

45672
ARTICLE

RAYMOND (S.), MARTIN (M.), NETILLARD (C.), MEJAT ALDER (E.), WORONOFF LEMSI (M.C.), TISSOT (E.)

Schizophrénie : évaluation du coût de la prise en charge.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2009/11-12 ; vol. 27 : n° 7-8 : Pages : 421-433, tabl., fig.
Cote Irdes : C, P85

La schizophrénie est une maladie chronique, invalidante, avec un impact économique majeur. Le coût annuel de sa prise en charge est évalué au moyen d'une étude rétrospective de type " coût de la maladie " dans un secteur psychiatrique public semi-rural. Les coûts médicaux directs et les coûts de transports sont pris en compte, du point de vue de l'assurance maladie. Une évaluation des consommations des ressources et leur valorisation sont effectuées sur une cohorte de 79 patients. Les patients inclus sont essentiellement des hommes, d'âge moyen 40 ans, atteints de schizophrénie paranoïde. Le coût médian de prise en charge annuelle d'un patient schizophrène est évalué à 10 065 euros. La plus grande part des dépenses est liée à la prise en charge hospitalière (84 %) (Résumé d'auteur).

Dépenses pharmaceutiques Drug expenditures

445662

ARTICLE

PESTY (F.)

L'hôpital, malade de ses médicaments ?

Dossier. La santé, un moteur économique.

GESTIONS HOSPITALIERES

2010/05 ; n° 496 : Pages : 323-330, graph., tabl.

Cote Irdes : C, P67

Le gel des tarifs en 2010, le resserrement des objectifs financiers fixés par l'Etat, l'incroyable croissance des dépenses de médicaments depuis vingt-cinq ans, qui a contraint progressivement les budgets de fonctionnement des établissements, alors que le progrès thérapeutique n'est pas toujours au rendez-vous, rendent urgente la mise en oeuvre d'un pilotage " médico-économique " efficient à l'hôpital. Après avoir dressé un état des lieux, l'auteur propose une démarche d'amélioration visant à piloter, et non plus subir, l'évolution des dépenses de produits de santé à l'hôpital.

46382

ARTICLE

FELDMAN (D.), MAUPETIT (J.-C.), CLERC (M.A.), et al.

Médicaments innovants et coûteux : leur bon usage, une réalité ?

Le bon usage du médicament. Dossier.

GESTIONS HOSPITALIERES

2010/10 ; n° 499 : Pages : 505-509, fig., tabl.

Cote Irdes : C, P67

En France, depuis 2005, les médicaments innovants et coûteux utilisés lors d'une hospitalisation bénéficient d'un remboursement. En contrepartie, les établissements de santé s'engagent à respecter des référentiels nationaux de bon usage. Les dépenses liées à ce dispositif sont importantes et augmentent de plus de 10 % par an en moyenne selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Trois études de méthodologies

d'évaluation du respect de ces référentiels ont été menées dans les établissements de santé des Pays de la Loire (Résumé d'auteur).

46011

ARTICLE

BARNAY (T.), THIEBAUT (S.), VENTELOU (B.)

L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments remboursables en ville. Une micro simulation quinquennale (2004-2029).

ECONOMIE PUBLIQUE - PUBLIC ECONOMICS

2009 ; n° 24-25 : Pages : 157-186

Cote Irdes : En ligne

<http://economiepublique.revues.org/8487>

Cet article propose une méthode de **microsimulation, mise au point par l'Inserm SE4S** à partir de la littérature médicoéconomique, de l'évolution des dépenses de médicaments remboursables (en médecine de ville) sous l'effet du vieillissement et de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2029. **À partir de l'appariement de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2004 de l'Irdes (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) et l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), nous construisons 3 scénarii épidé-miologiques.** Nous obtenons ainsi pour les 25 ans et plus des taux de croissance annuels de dépenses en médicaments, imputables uniquement au vieillissement de la population et aux évolutions de l'état de santé, situés entre 1,14 % et 1,77 %.

Dépenses de santé

Health expenditures

46016

FASCICULE

GIMBERT (V.), LEMOINE (S.)

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

Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficience ?

NOTE D'ANALYSE (LA)

2010/12 ; n° 204 : Pages : 11p.

Cote Irdes : C, En ligne

http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NA204Medecine_d_e_ville2010-12-20_1.pdf

Dans un contexte marqué par l'importance croissante des maladies chroniques, par la modification des attentes des patients et des nouvelles générations de médecins, et par des tensions accrues sur les finances sociales, la régulation des dépenses en médecine de ville est au cœur des enjeux. Elle implique avant tout un encadrement équilibré des pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, on constate que l'assurance maladie se positionne de plus en plus comme un accompagnateur pour le professionnel de santé, mais aussi pour le patient. Cela pose la question des modalités de coopération optimales entre assureurs (public et privé) et professionnels. Enfin, la réorganisation de l'offre de soins elle-même peut permettre d'accroître l'efficacité globale des dépenses de santé, comme en témoignent plusieurs expérimentations à l'étranger. Il conviendrait alors d'examiner dans quelle mesure elles peuvent nourrir les réflexions sur l'avenir du système français en matière de médecine de ville.

45562
ARTICLE
ELBAUM (M.)

L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse.

Les vingt ans des économistes de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010/09 ; n°spécial : Pages : 15-29, fig., tabl.
Cote Irdes : P168

L'augmentation des dépenses de santé s'est poursuivie au cours des vingt dernières années, avec une nette inflexion par rapport à la période précédente et sous la forme d'une montée par paliers. Les soins hospitaliers gardent une place prédominante, qui s'érode au profit des médicaments. La prise en charge publique s'est déplacée vers l'hôpital et les pathologies lourdes, les affections de longue durée concentrant plus de 62 % des remboursements du régime général. Les processus de régulation demeurent encore inaboutis : les tentatives de régulation financière ont eu des effets perceptibles mais mitigés, et les changements ont peu affecté le cœur du

fonctionnement du système. D'importantes incertitudes sont liées au traitement futur des déficits et à la dynamique des dépenses à long terme : elles portent sur l'impact du vieillissement, mais encore plus sur les autres facteurs d'évolution. Une série de questions est alors posée pour le débat (Résumé de l'éditeur).

Investissement *Investment*

45659
ARTICLE
LACHMANN (J.)

La santé ? Pas seulement une dépense.

Dossier. La santé, un moteur économique.

GESTIONS HOSPITALIÈRES
2010/05 ; vol. : n° 496 : Pages : 299-300
Cote Irdes : C, P67

Tous les grands pays industrialisés se préoccupent de leur système de santé : la France a adopté en juillet 2009 la réforme de la santé avec la loi HPST (Hôpital Patients Santé et territoires) ; la réforme du système américain de la santé, une des priorités du mandat du président Barak Obama, a été adoptée fin mars 2010 à une très courte majorité ; l'Angleterre s'interroge sur son système de santé publique, le National Health Service, plus connu sous le nom NHS ; en Allemagne, le nouveau gouvernement de la chancelière Angela Merkel réfléchit à la libéralisation du système de santé... Il est préconisé d'investir dans la santé pour mieux économiser, car en réformant et en modernisant le système, les coûts de demain seront abaissés, ce qui engendrera une réduction globale du déficit budgétaire en diminuant le coût de la branche santé.

État de santé/ Health status

Alcoolisme

Alcohol consumption

46537

INTERNET, FASCICULE

AMSELLEM-MAINGUY (A.)

Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire. (I.N.J.E.P.). Paris. FRA

Jeunes et alcool : consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse.

JEUNESSES : ETUDES ET SYNTHESSES

2011/01 ; Pages : 4p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

http://www.injep.fr/IMG/pdf/JES_no3_JEUNES_alcool-150dpi.pdf

La consommation d'alcool des jeunes Français reste dans la moyenne européenne. À 17 ans, les **comportements d'ivresse sont** globalement stables ces dernières années, avec des nuances dans les usages : si les ivresses régulières diminuent, celles qui sont occasionnelles progressent.

Dépression

Depression

45363

ARTICLE

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

Dépression chez l'adolescent. Qui est à risque, et de quoi ?

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2010 ; vol. 6 : n° 7 : Pages : 317-323

Cote Irdes : P198

http://www.jle.com/e-docs/00/04/5D/F8/vers_alt/Version_PDF.pdf

Le débat à propos d'équipes interprofessionnelles et de prises en charge multidisciplinaires est d'actualité. Hypothèse : la fréquence de la dépression semble augmenter de manière importante après la puberté, bien que les données épidémiologiques varient beaucoup selon les critères diagnostiques retenus. La prise en charge

– notamment pharmacologique – de cette pathologie fait toujours l'objet de controverse et pose au généraliste, souvent premier consulté, de **difficiles problèmes d'évaluation des risques** encourus (la corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence) et de la **nécessité d'une hospitalisation**. La recommandation régulièrement réitérée de ne pas rester seul face au problème et de recourir à des pratiques « coordonnées » se heurte à la réalité des difficultés quotidiennes et relève aujourd'hui encore le plus souvent de l'incantation conjuratoire... Dans ce domaine particulier comme dans beaucoup d'autres, s'il est évident que les médecins généralistes jouent de fait un rôle de premier plan dans le diagnostic et le **traitement initial**, peu d'études thérapeutiques ont été menées dans un contexte de soins primaires, peu se sont intéressées au **bénéfice ou non d'une intervention précoce** – justifiant éventuellement **d'un dépistage ou à tout le moins d'une évaluation systématisée de l'humeur de tout adolescent consultant** – et les **preuves de l'efficacité de mesures préventives** sont bien aléatoires.

Diabète

Diabetes

46344

ARTICLE

NDONG (J.R.), ROMON (I.), DRUET (C.), PREVOT (L.), HUBERT BRIERRE (R.), PASCOLINI (E.), THOMASSET (J.P.), CHEUNGKIN (R.), BRAVO (A.), CHANTRY (M.), DELIGNE (J.), PAUMIER (A.), WEILL (A.), FAGOT CAMPAGNA (A.)

Caractéristiques, risque vasculaire, complications et qualité des soins des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer et comparaison à la métropole : Entred 2007-2010, France.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2010/09/09 ; n° 42-43 : Pages : 432-436

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/42_43/BEH_42_43.pdf

Objectif : Décrire les caractéristiques des personnes diabétiques (tous types) dans les départements d'outre-mer (DOM), leur état de santé et qualité des soins (type 2) et les comparer à la situation en France métropolitaine. Méthodes - Pour l'année 2007, 855 diabétiques ont été tirés au sort dans les DOM. Les données sont issues des remboursements médicaux, d'une enquête téléphonique auprès des patients des quatre DOM et d'une enquête postale auprès des médecins soignants de La Réunion. Résultats : Dans les DOM, comparativement à la métropole, la population diabétique était plus jeune (63 ans vs. 65 ans) et plus féminine (65 % vs. 46 %) ; l'ancienneté du diagnostic était similaire (11 ans). À La Réunion, une HbA1c=6,5 % était déclarée par 24 % des médecins (vs. 32 % en métropole) ; le cholestérol LDL moyen était à 1,0 g/l (vs. 1,1 g/l) ; et la pression artérielle < 130/80 mmHg chez 22 % (vs. 15 %). Une complication cardiaque était déclarée par 9 % des patients (vs. 17 %) et une rétinopathie par 22 % des médecins de La Réunion (vs. 8 %). Dans l'année et dans les quatre DOM, 36 % (vs. 43 % en métropole) avaient bénéficié de trois dosages d'HbA1c et 41 % (vs. 28 %) d'un dosage d'albuminurie. Discussion : La population diabétique des DOM est plus jeune, à ancienneté de diabète égale, et plus féminine. Le risque vasculaire est élevé et le profil des complications est différent avec une fréquence élevée de rétinopathies à La Réunion. Le risque rénal est davantage reconnu dans les DOM, mais la surveillance du diabète y est insuffisante, comme en métropole (Résumé d'auteur.).

46343
ARTICLE

RICCI (P.), BLOTIERE (P.O.), WEILL (A.),
SIMON (D.), TUPPIN (P.), RICORDEAU (P.),
ALLEMANT (H.)

Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ?

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2010/09/09 ; vol. : n° 42-43 : Pages : 425-431

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/42_43/BEH_42_43.pdf

Objectifs : Connaître, à partir des données de l'assurance maladie, l'évolution entre 2000 et 2009 de la prévalence du diabète traité en France, décrire les disparités géographiques en observant les tendances récentes, préciser la progression du niveau de prise en charge médicamenteuse des facteurs de risque cardiovasculaire et mesurer l'évolution de la mortalité. Méthodes : Les personnes diabétiques sont définies par la délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline à au moins trois dates différentes au cours de l'année. Les données analysées proviennent, pour la période 2000-2005, de l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) et, pour la période 2006-2009, du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram). Résultats : Entre 2000 et 2009, la prévalence du diabète traité avait progressé de 2,6 % à 4,4 % et le nombre de diabétiques traités était passé en France de 1,6 à 2,9 millions. De fortes prévalences étaient confirmées en outre-mer, dans le nord-est de la métropole et en Seine-Saint-Denis. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient plus souvent traités par médicament : antihypertenseurs + 7,4 points entre 2000 et 2009, statines + 27,7 points et anti-agrégants plaquettaires + 9,6 points. Le taux de mortalité avait baissé d'environ 10 % entre la période 2001-2006 et l'année 2009. Conclusion : La prévalence du diabète a continué de progresser, surpassant les prévisions des experts. Le constat de taux élevés de prévalence après 60 ans avec un accroissement rapide et une amplification des disparités géographiques doit être intégré dans les politiques de santé publique (Résumé des auteurs).

Maladie d'Alzheimer
Alzheimer disease

46408

ARTICLE

BROSSELIN (P.), DUPORT (N.), BLOCH (J.)

Mortality with Alzheimer's disease and dementia in France, 2006.

Mortalité liée à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées, France 2006.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ
PUBLIQUE

2010/08 ; vol. 58 : n° 4 : Pages : 269-276, tabl., carte
Cote Irdes : C, P11

La maladie d'Alzheimer (MA) et les maladies apparentées sont devenues un problème majeur de santé publique dans tous les pays développés, en raison notamment du vieillissement de la population, justifiant le lancement d'un troisième plan Alzheimer 2008-2012. L'objectif de l'étude était d'analyser la mortalité et les caractéristiques du décès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une démence en France. Les certificats de décès des années 2000 à 2006 fournis par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) qui mentionnaient, en cause initiale ou associée (causes multiples) une maladie d'Alzheimer, une démence vasculaire ou une démence sans autre indication ont été analysés. Les caractéristiques individuelles disponibles dans les certificats de décès ont été décrites. Des taux de mortalité standardisés sur l'âge et des taux spécifiques par sexe et classe d'âge ont été calculés. Les causes de décès des personnes atteintes d'une MA ou d'une démence ont été comparées à celles des personnes non atteintes. En France, en 2006, 45 597 certificats de décès mentionnaient en cause initiale ou en cause associée une maladie d'Alzheimer ou une autre démence. Parmi les personnes décédées avec l'une de ces pathologies, 70 % étaient des femmes et l'âge moyen était de 85,9 ans. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge étaient proches pour les deux sexes, avec 341/100 000 personnes-années pour les hommes et 333/100 000 personnes-années pour

les femmes. Les taux de mortalité spécifiques par classe d'âge augmentaient avec l'âge et, à partir de 90 ans, celui des femmes devenait supérieur à celui des hommes. L'analyse de l'évolution des taux de mortalité mettait en évidence une augmentation globale de 11,3 % entre 2000 et 2006. Les causes de décès les plus fréquentes des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence étaient des pathologies de l'appareil circulatoire (40,5 %), des tumeurs (11,9 %) ou des pathologies endocriniennes (8,5 %) (Résumé d'auteur).

Maladies chroniques
Chronic disease

GOROFF (M.), REICH (M. R.).

Partnerships to provide care and medicine for chronic diseases: a model for emerging markets.

Partenariat pour la prise en charge thérapeutique et médicamenteuse des maladies chroniques : un modèle pour les marchés émergents.

HEALTH AFFAIRS

2010 ; vol. 29 : n° 12 : 2206-2213.

Cote Irdes : P95

The challenge of expanding access to treatment and medicine for chronic diseases in emerging markets is both a public health imperative and a commercial opportunity. Cross-sector partnerships-involving a pharmaceutical manufacturer; a local health care provider; and other private, public, and nonprofit entities-could address this challenge. Such partnerships would provide integrated, comprehensive care and medicines for a specific chronic disease, with medicines directly supplied to the partnership at preferential prices by the manufacturer. The model discussed here requires additional specification, using real numbers and specific contexts, to assess its feasibility. Still, we believe that this model has the potential for public health and private business to cooperate in addressing the rising problem of chronic diseases in emerging markets.

Retraite et santé
Health and retirement

46118

ARTICLE

WESTERLUND (H.), VAHTERA (J.), FERRIE (J.E.)

Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study.

L'impact du passage à la retraite sur les maladies chroniques et la fatigue : la cohorte française Gazel sur la santé au travail.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

2010 ; vol. 341 : Pages : 7p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c6149.long>

The objectives of this study was to determine, using longitudinal analyses, if retirement is followed by a change in the risk of incident chronic diseases, depressive symptoms, and fatigue. Design Prospective study with repeat measures from 7 years before to 7 years after retirement. Setting: Large French occupational cohort (the GAZEL study), 1989-2007. Main outcomes measures: Respiratory disease, diabetes, coronary heart disease and stroke, mental fatigue, and physical fatigue, measured annually by self report over the 15 year observation period; depressive symptoms measured at four time points. Results: The average number of repeat measurements per participant was 12.1. Repeated measures logistic regression with generalised estimating equations showed that the cumulative prevalence of self reported respiratory disease, diabetes, and coronary heart disease and stroke increased with age, with no break in the trend around retirement. In contrast, retirement was associated with a substantial decrease in the prevalence of both mental fatigue (odds ratio for fatigue one year after versus one year before retirement 0.19, 95% confidence interval 0.18 to 0.21) and physical fatigue (0.27, 0.26 to 0.30). A major decrease was also observed in depressive symptoms (0.60, 0.53 to 0.67). The decrease in fatigue around retirement was more pronounced among people with a chronic disease before retirement. Conclusions: Longitudinal modelling

of repeat data showed that retirement did not change the risk of major chronic diseases but was associated with a substantial reduction in mental and physical fatigue and depressive symptoms, particularly among people with chronic diseases.

Santé des enfants
Children health

45820

FASCICULE

GUIGNON (N.), COLLET (M.), GONZALEZ (L.), SAINT POL (T. De), GUTHMANN (J.P.), FONTENEAU (L.)

La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2010/09 ; n° 737 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737.pdf>

L'enquête du cycle triennal menée auprès des enfants en dernière année de maternelle lors de l'année scolaire 2005-2006 recueille des informations sur l'état de santé et le recours aux soins ou à la prévention des enfants âgés de cinq à six ans. La prévalence du surpoids et de l'obésité est moins élevée chez les enfants dont le père est cadre que chez les enfants d'ouvriers, reflétant des différences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge. Les disparités sont aussi géographiques, avec des prévalences de surpoids nettement plus élevées dans les régions proches de la Méditerranée ainsi que dans celles les plus au nord et à l'est de la France. Des inégalités sociales apparaissent aussi dès l'âge de six ans en matière de santé bucco-dentaire et de repérage précoce des troubles sensoriels.

Santé environnementale
Environmental health

45682

ARTICLE

HALLEY DES FONTAINES (V.), VALENTINI (H.), LE MOAL (J.), et al.

Environnement et santé publique : dossier.

SANTE PUBLIQUE

2010/05-06 : vol. 22 : n° 3 : Pages : 279-351

Cote Irdes : C, P143

Ce dossier est consacré à la relation entre environnement et santé publique. Il présente six articles dont certains ont une approche prospective sur les relations entre environnement, santé environnementale et santé publique, tandis que d'autres présentent des réalisations concrètes. Pour les premiers, on questionne le présent et le futur : la santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? Les aventures du " Syndrome du Bâtiment Malsain " ; Les résidus de médicaments présentent-ils un risque pour la santé publique ? Santé et Environnement : la 2e révolution de Santé publique. Pour les autres, on aborde des recherches et des systèmes mis en place : recherche, impacts et adaptations de santé publique au nouveau climat du Québec et mobilisation sanitaire face à un agrégat de cancers : le rôle des médecins généralistes.

Travail et santé
Occupational health

HULTIN (H.), HALLOQVIST (J.),
ALEXANDERSON (K.), JOHANSSON (G.),
LINDHOLM (C.), LUNDBERG (I.), MOLLER (J.)

Low level of adjustment latitude--a risk factor for sickness absence.

Latitude d'ajustement à faible niveau : un facteur de risque pour les arrêts maladies.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2010 : vol. 20 : n° 6 : 682-688.

Cote Irdes : P167

The prerequisite for obtaining sickness benefit is reduced work ability for medical reasons in combination with work demands which cannot be adjusted accordingly. The aim of this study was to investigate if low levels of adjustment latitude, defined as the possibility to temporarily adjust work demands in case of ill health, influence sickness absence. METHODS: A prospective cohort study of 1420 employees (47% participation, aged 19-68; 56% women) was conducted at six Swedish workplaces. Exposure to two general and nine specific types of adjustment latitude was ascertained at baseline. Outcome was defined as the first new employer-reported sick-leave spell during a follow-up of 3-12 months. Hazard ratios (HR) of sick leave, with 95% confidence intervals (CI), were estimated by Cox proportional hazards regression. RESULTS: The incidence of sickness absence was 2.85/1000 person-days. The self-reported reasons for sick leave were mainly minor complaints such as colds, influenzas and headaches. Employees lacking adjustment latitude had an adjusted HR of sickness absence of 1.51 (95% CI 1.08-2.11). Among specific adjustment latitude types, those not having the possibility to work from home generated an HR of 1.86 (95% CI 1.31-2.64). The effects of lack of adjustment latitude were similar for men and women but seemed to vary between different occupations. CONCLUSION: A low level of adjustment latitude at work is a risk factor for sickness absence.

46498

ARTICLE

BARNAY (T.), SAUZE (D.), SULTAN-TAIEB (H.)

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

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2010 : n° 4 : Pages : 1-9

Cote Irdes : c, P59

Les discussions engagées depuis 2003 autour de la prise en compte de la pénibilité du travail et les plans santé au travail, notamment, attestent de l'intérêt porté par les pouvoirs publics vis-à-vis des liens entre l'état de santé et l'activité professionnelle. La question de la santé au travail relève de problématiques plus larges qui dépassent le simple cadre de l'entreprise ou de la relation de l'individu à son milieu professionnel.

En se limitant aux coûts tangibles (sans considérer la souffrance et la perte d'utilité liées à la dégradation de l'état de santé), on peut recenser les problématiques suivantes : **D'une part, la dégradation de l'état de santé contribue à modifier les préférences pour le loisir et à affecter la capacité de travail des individus. Au niveau macroéconomique, cette dégradation de l'état de santé affecte l'offre de travail et peut limiter l'efficacité des politiques de relance de l'emploi des seniors. En outre, dans un système de retraite par répartition, le rapport entre les cotisants et les retraités, déjà fortement dégradé par l'accélération du vieillissement démographique et les conséquences de la récession économique, peut diminuer sous l'effet d'un retrait précoce du marché du travail de salariés souffrant de problèmes de santé invalidants. D'autre part, les conditions de travail peuvent affecter l'état de santé et générer à la fois des coûts pour l'entreprise (coûts indirects liés à l'absentéisme) et une augmentation de la consommation de soins et du nombre d'indemnités journalières pour maladie. Ainsi, l'altération de l'état de santé peut conduire à dégrader les comptes des branches vieillesse, maladie et AT-MP (Accidents du travail – Maladies professionnelles) de la Sécurité sociale ainsi que ceux de l'assurance chômage. S'il semble nécessaire et pertinent que des économistes s'attellent à étudier les liens entre état de santé et activité professionnelle, cet objet de recherche reste encore sous-étudié en France. Deux axes semblent avoir été privilégiés : l'étude de l'impact de l'état de santé sur la situation professionnelle et l'étude de l'impact des conditions de travail sur la santé des travailleurs. Les deux parties de cet article présenteront pour chacun de ces axes les enseignements de la littérature économique sur données françaises mais aussi les pistes de recherche dont les chercheurs pourraient se saisir.**

45569

FASCICULE, INTERNET

COUTROT (T.), MERILLIOD (C.)

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 risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles.

DARES Analyses

2010/12 ; vol. : n° 081 ; Pages : 10p.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-081-2.pdf>

Pour dresser un premier état des lieux des risques psychosociaux au travail en France, le collège d'expertise sur le suivi statistique de ces risques mis en place en 2008 à la suite du rapport « Nasse-Légeron » a élaboré une batterie provisoire d'une quarantaine d'indicateurs immédiatement disponibles dans les sources statistiques existantes. Les risques psychosociaux sont analysés selon six dimensions : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur, l'insécurité socio-économique. Les professions les plus qualifiées apparaissent, au regard des divers indicateurs disponibles, confrontées à des exigences psychosociales au travail relativement élevées, ainsi qu'à des conflits de valeur plus fréquents, mais sont moins exposées au manque de marges de manœuvre, de soutien social ou de sécurité économique que les professions peu qualifiées. Les salariés qui travaillent en contact avec le public subissent plus souvent que les autres des contraintes émotionnelles importantes. Les femmes sont plus exposées que les hommes au manque de marges de manœuvre, de soutien social et de reconnaissance au travail.

45515

FASCICULE, INTERNET

COUTROT (T.), WALTISPERGER (D.)

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 pathologies liées au travail vues par les travailleurs

DARES Analyses

2010/11 ; vol. : n° 080 ; Pages : 10p., tabl., graph.

Cote Irdes : c, En ligne

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-080.pdf>

Parmi les personnes en emploi qui signalent un problème chronique de santé – qu'il soit bénin, sérieux ou grave –, une sur deux estime qu'il est « causé ou aggravé par le travail » d'après

les résultats de l'enquête « Santé, Handicap et Travail » de 2007. Ce lien est plus souvent évoqué pour les problèmes psychologiques (« stress, anxiété ») et les douleurs lombaires ou articulaires. Les problèmes de santé associés au travail apparaissent plus gênants dans la vie courante, et particulièrement dans le travail, que les autres. Près d'un quart des actifs occupés se disent gênés dans leur vie quotidienne par un problème chronique de santé « causé ou aggravé » par leur travail, dont la moitié de façon importante. Les actifs exposés à des pénibilités physiques ou psychosociales dans leur travail font beaucoup plus souvent un lien entre leurs problèmes de santé et leur travail. La fréquence des pathologies chroniques « causées ou aggravées par le travail » augmente avec le nombre de pénibilités subies dans le travail.

445358

ARTICLE, INTERNET

ELSLER (D.), TREUTLEIN (D.), RYDLEWSKA (I.)

A review of case studies evaluating economic incentives to promote occupational safety and health.

Une revue des études de cas évaluant les incitations économiques pour la promotion de la santé et la sécurité au travail.

SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK
ENVIRONMENT & HEALTH

2010 ; vol. 36 : n° 4 : Pages : 289-298, tabl.

Cote Irdes : c, En ligne

In many European countries, external economic incentives are discussed as a policy instrument to promote occupational safety and health (OSH) in enterprises. This narrative case study review aims to support policy-makers in organizations providing such incentives by supplying information about different incentive schemes and their main characteristics such as effectiveness, efficiency, and feasibility. The focal point and topic centre network of the European Agency for Safety and Health at Work were used to collect case studies about incentive schemes aimed at supporting the prevention of occupational accidents and diseases in enterprises. Such incentives are rarely described in the scientific literature. To be considered for this review,

studies had to focus on external financial benefits that could be provided as part of an insurance-related incentive or a governmental subsidy scheme. In total, 14 cases were included in the review: 6 insurance premium- and 8 subsidy-based schemes. Of these, 13 contained an evaluation of the incentive scheme, of which 7 use quantitative criteria. Three cases provided sufficient data to conduct a cost-benefit analysis. Most qualitative evaluations related to the successful management of the program and the effectiveness of the promoted measures in the workplace. Regarding the latter, quantitative criteria covered accident rates, sick leave, and general improvement in working conditions. The cost-benefit analyses all resulted in a positive payout ratio, ranging from €1.01–4.81 return for every €1 invested. Generally, we found economic incentive schemes to be feasible and reasonably effective. However, analysis regarding the efficiency of such schemes is scarce and our evaluation of the cost-benefit analysis had to rely on few cases that, nevertheless, delivered positive results for large samples. Besides this finding, our study also revealed deficits in the quality of evaluations. In order to enable policy-makers to make well-informed decisions about public investments in OSH, better standards for reporting and evaluating incentive schemes are needed.

45455

ARTICLE

DRYDAKIS (N.)

Health impairments and labour market outcomes.

Problèmes de santé et évaluation du marché du travail.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2010/10 ; vol. 11 : n° 5 : Pages : 457-469, 6 tabl.

Cote Irdes : P151

Our analysis is based on the 2008 Athens Area Study and exploits detailed information regarding health impairments and labour market outcomes for Greek males. Distinguishing between healthy and health-impaired employees who have or do not have work limitations, the unobserved productivity effect of health is separated from

discrimination. We then estimate a regression model that includes terms to correct for employment selection and endogenous stratification of self-reported health condition. A penalty for productivity limitation exists. Evidence of wage discrimination is also found. Both findings are statistically significant and highlight the necessity for instituting active policies against unequal treatment.

LIDWALL (U.), MARKLUND (S.), VOSS (M.).

Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study.

L'influence de l'interaction entre la vie professionnelle et la vie familiale sur les arrêts maladie de longue durée : une étude longitudinale de cohorte.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2010 : vol. 20 : n° 6 : 676-681.
Cote Irdes : P167

Alongside work environment factors, interference between work and domestic life has been proposed as an important explanation for long-term sickness absence, particularly for women. The aim was to investigate the association between work-to-family interference, family-to-work interference and long-term sickness absence among women and men in different family- and work-related settings. METHODS: The study population was a random sample of 2867 gainfully employed adults in Sweden aged 25-50. In 2004, telephone interview data were collected that included questions about family, work and health. The outcome measure was having at least one spell of long-term sickness absence (>14 days) in 2005 based on social insurance register data. Associations were analysed by logistic regression. RESULTS: Work-to-family interference was more common than family-to-work interference and more often reported by women. The overall associations with long-term sickness absence were weak. However, after adjustment for age and self-reported health, work-to-family interference was associated with long-term sick leave among men with higher socioeconomic status (odds ratio 2.87; 95% CI 1.36-6.07), and there was also a tendency to association among women bearing the main responsibility for

housework and family (1.59; 0.99-2.54). CONCLUSIONS: These findings suggest that work-to-family interference is associated with long-term sickness absence in the working population, but in a gender- and situation-specific manner. Hence, extensive work responsibilities for men, and probably extensive family responsibilities for women, could hamper the balance between work and family and increase the risk of long-term sick leave. Further studies are warranted within this area.

Vieillissement et santé
Health and ageing

PAGAN (R.).

Ageing and disability: Job satisfaction differentials across Europe.

Vieillissement et handicap : différence observée dans la satisfaction au travail à travers l'Europe.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 72 : n° 2 : 206-215.
Cote Irdes : P103

This article analyses the levels of job satisfaction reported by older workers (aged 50-64) with and without disabilities at a European level. Using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004 and 2007), we estimate job satisfaction equations for non-disabled, non-limited disabled and limited disabled workers, and decompose the observed job satisfaction gap by using the widely-used Oaxaca-Blinder methodology. The results show that after controlling for some variables, older workers with disabilities who are limited in their daily activities are less likely to be satisfied with their jobs as compared to their non-disabled counterparts. However, after estimating separate models for each group and doing the Oaxaca-Blinder decomposition, we found that older workers with limiting disabilities have greater returns in terms of job satisfaction from their job characteristics (such as wages, tenure and working in the private sector) as compared to non-disabled individuals. This finding supports the hypothesis of lower expectations about jobs of disadvantaged groups (e.g. limited

disabled population) and has important public policy implications.

Vulnérabilité
Vulnerability

46037

ARTICLE

BEGUE-SIMON (A.M.)

La vulnérabilité, dimension constitutive de l'être vivant.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010/11 ; vol. 6 : n° 9 : Pages : 431-433
Cote Irdes : P198

La « vulnérabilité » n'est pas seulement la marque des situations de dépendance, mais une dimension constitutive de l'être vivant. L'approche socio-anthropologique questionne la norme sociale qui définit ce qui est attendu, convenu en regard de chaque être cherchant à se déployer. Comment lire et lutter contre les désadaptations d'êtres humains confrontés à un système qui sape l'humanité en chacun de nous en des lieux divers.

Personnes âgées/Elderly

Accidents Accidents

45681

FASCICULE

THIERRY (X.)

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

Les accidents et agressions corporelles chez les personnes âgées : moins fréquents que chez les jeunes, mais plus graves.

POPULATION ET SOCIETES

2010/06 ; n° 468 : Pages : 4p., tabl., carte

Cote Irdes : C, P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1507/publi_pdf1_468.pdf

Chaque année, environ 6 % des personnes de 65 ans ou plus se blessent lors d'un accident de la vie courante, contre 15 % des enfants. Les accidents de la vie courante résultent trois fois sur quatre de chutes survenant à domicile ou dans ses abords immédiats chez les personnes âgées, et dans 15 % des cas, de chutes sur la voie publique. En comparaison, chez les personnes plus jeunes, ils surviennent souvent lorsqu'elles font du sport ou lors d'un déplacement professionnel. Moins fréquents que les chez les jeunes, ces accidents sont néanmoins plus graves chez les personnes âgées. Les risques d'être agressé physiquement ou d'auto-agression sont nettement moindres que ceux d'un accident de la vie courante chez les personnes âgées : seulement 1 % d'entre elles déclarent avoir subi une agression au cours des deux dernières années, et moins d'une pour mille est hospitalisée chaque année pour une tentative de suicide.

Alimentation Diet

46352

FASCICULE

DREYER (P.) / coord., LAROQUE (G.) / éd.

Alimentation/Nutrition.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2010 ; vol. : n° 134 : Pages : 250p.

Cote Irdes : C, P8

Se nourrir, manger, s'alimenter, tous ces termes recouvrent une réalité très complexe qui englobe la biologie, la psychologie et les relations sociales. Pour explorer ces différents aspects, ce numéro propose trois grandes parties : pratiques alimentaires et contraintes économiques, sociales et biographiques ; vieillissement et facteurs de risques de dénutrition ; nutrition.

Aidants Informal care

46481

ARTICLE

BISMUTH (S.), BISMUTH (M.), VILLARS (H.), OUSTRIC (S.), ANDRIEU (S.)

Les "aidants naturels" du patient atteint de la maladie d'Alzheimer : le médecin généraliste peut-il les aider ? Brève revue de la littérature.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2010/10 ; vol. 6 : n° 10 : Pages : 470-474

Cote Irdes : P198

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prise en charge « globale » du sujet âgé souffrant de maladie d'Alzheimer, notamment du fait de sa situation « privilégiée » dans l'attention particulière portée à l'anticipation des situations à risque. Le maintien à domicile de ces malades, à un moment où l'évolution démographique tend vers un vieillissement de la population, représente un enjeu majeur de santé publique. Dans cette démarche, le médecin généraliste peut et

doit s'appuyer sur l'aidant dit « naturel » ou « informel » qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour ses activités de la vie quotidienne.

Fragilité Frailty

46621

ARTICLE

SZANTON (S.L.), SEPLAKI (C.L.), THORPE (R.J.) et al.

Socioeconomic Status is associated with Frailty: the Women's Health and Aging Studies.

Le statut socioéconomique est associé à la fragilité : études sur l'état de santé des femmes et le vieillissement.

JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH

2010 ; vol. 64 : n° 1 : Pages : 11p., tabl.

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856660/pdf/nihms-183799.pdf>

Frailty is a common risk factor for morbidity and mortality in older adults. Although both low socioeconomic status (SES) and frailty are important sources of vulnerability, there is limited research examining their relationship. We sought to determine 1) the extent to which low SES was associated with increased odds of frailty and 2) whether race was associated with frailty, independent of SES. We conducted a cross-sectional analysis of the **Women's Health and Aging Studies** using multivariable ordinal logistic regression modeling to estimate the relationship between SES measures with frailty status in 727 older women. Control variables included race, age, smoking status, insurance status, and comorbidities. Ten per cent of the sample were frail, 46% were intermediately frail, and 44% were robust. In adjusted models, older women with less than a high school degree had a threefold greater odds of frailty compared to their more educated counterparts. Those with less than \$10,000 yearly income had two times greater odds of frailty than

their wealthier counterparts. These findings are independent of age, race, health insurance status, co morbidity, and smoking status. African Americans were more likely to be frail than Caucasians ($p < 0.01$). However, after adjusting for education, race was not associated with frailty. The effect of race was confounded by socioeconomic position. In this population-based sample, odds of frailty were increased for those of low education or income regardless of race. The growing population of older adults with low levels of education and income render these findings important.

Politique vieillesse Ageing policy

46553

ARTICLE

LIMOUSIN (M.)

La question du handicap et de la dépendance.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/01 ; Pages : 84-88

Cote Irdes : B6986

Soins de long terme Long term care

45268

ARTICLE

DA ROIT (B.), LE BIHAN (B.)

Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies.

Similaires et pourtant si différentes : les politiques de versement des prestations en espèce pour soins de longue durée menées dans six pays européens.

MILBANK QUARTERLY (THE)

2010 ; vol. 88 : n° 3 : Pages : 286-309

Cote Irdes : C, P78

<http://www.milbank.org/quarterly/8803feat.pdf>

In response to increasing care needs, the reform or development of long-term care (LTC) systems has become a prominent policy issue in all European countries. Cash-for-care schemes—allowances instead of services provided to dependents—represent a key policy aimed at ensuring choice, fostering family care, developing care markets, and containing costs. A detailed analysis of policy documents and regulations, together with a systematic review of existing studies, was used to investigate the differences among six European countries (Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Sweden). The rationale and evolution of their various cash-for-care schemes within the framework of their long-term care LTC systems also were explored. While most of the literature present cash-for-care schemes as a common trend in the reforms that began in the 1990s and often treat them separately from the overarching long-term care LTC policies, this article argues that the policy context, timing, and specific regulation of the new schemes have created different visions of care and care work that in turn have given rise to distinct long-term care LTC configurations. A new typology of long-term care configurations is proposed based on the inclusiveness of the system, the role of cash-for-care schemes and their specific regulations, as well as the views of informal care and the care work that they require.

45506

FASCICULE , INTERNET

LEONE (T.), BALOGH (Z.), BUSCHER (A.) et al.

Measuring the quality of long term care.

Mesurer la qualité des soins de long terme.

EUROHEALTH

2010; vol. 16 : n° 2 : Pages : 48p

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/12/4371/Eurohealth- Vol16 No2 web.pdf

This issue of Eurohealth looks at measuring the quality of long-term care in Austria, England, Finland, Germany, Hungary the Netherlands and the USA. Also covered are the topics of health financing in Azerbaijan, Health Technology Assessment in Slovenia, and improving performance while recovering from a financial crisis in Estonia.

Vieillesse et travail

Ageing and work

46595

FASCICULE

MOULAERT (T.) / dir., MOULIN (M.) / dir.

La fabrique des vieillissements.

REVUE DE L'INSTITUT DE SOCIOLOGIE

2008 ; vol. : n° 1-4 : Pages : 238p.

Cote Irdes : A4159

L'objectif du présent dossier est de proposer une boîte à outils réflexive permettant de penser les enjeux de la « fabrique » actuelle du vieillissement. Il s'agit littéralement de mettre le vieillissement au travail comme on mettrait le social au travail. Le travail et l'emploi sont les entrées privilégiées de cette fabrique.

46598

ARTICLE

BURNAY (N.), FALEZ (F.), MOULAERT (T.) / dir., MOULIN (M.) / dir.

Les impasses du maintien au travail : production et gestion des trajectoires d'emploi sans issues : le cas de la sortie anticipée pour motif de santé.

La fabrique des vieillissements.

REVUE DE L'INSTITUT DE SOCIOLOGIE

2008 ; n° 1-4 : Pages : 59-73

Cote Irdes : A4159

Inégalités de santé/Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

46527

ARTICLE

LOPEZ (R.), VILLEBRUN (F.)

L'accès aux soins des populations précaires dans les centres de santé : l'étude Epidaure.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/01 ; Pages : 24-43, 6 tabl.
Cote Irdes : B6986

Après avoir défini la notion de précarité et son évaluation dans une population donnée, cet article présente le projet de recherche Epidaure-CDS porté par la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), dont l'objectif principal est d'analyser la spécificité des centres de santé médicaux et polyvalents dans l'offre de soins à l'échelle locale et de déterminer si ces centres de santé jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires, pour les personnes en situation de précarité sociale ou de vulnérabilité sociale. Il termine ensuite sur un état des perspectives de recherche sur l'évaluation de la prise en charge de la précarité dans les centres de santé.

SCHOEN (C.), OSBORN (R.), SQUIRES (D.), DOTY (M.M.), PIERSON (R.), APPLEBAUM (S.).

How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries.

Comment le système d'assurance maladie affecte-t-il l'accès aux soins et les coûts ? Analyse selon les revenus dans onze pays.

HEALTH AFFAIRS
2010 : vol. 29 : n° 12 : 2323-2334.
Cote Irdes : P95

This 2010 survey examines the insurance-related experiences of adults in Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway,

Sweden, Switzerland, the United States, and the United Kingdom. The countries all have different systems of coverage, ranging from public systems to hybrid systems of public and private insurance, and with varying levels of cost sharing. Overall, the study found significant differences in access, cost burdens, and problems with health insurance that are associated with insurance design. US adults were the most likely to incur high medical expenses, even when insured, and to spend time on insurance paperwork and disputes or to have payments denied. Germans reported spending time on paperwork at rates similar to US rates but were well protected against out-of-pocket spending. Swiss out-of-pocket spending was high, yet few Swiss had access concerns or problems paying bills. For US adults, comprehensive health reforms could lead to improvements in many of these areas, including reducing differences by income observed in the study.

KAWAKAMI (N.), WINKLEBY (M.), SKOG (L.), SZULKIN (R.), SUNDQUIST (K.).

Differences in neighborhood accessibility to health-related resources: A nationwide comparison between deprived and affluent neighborhoods in Sweden.

Les différences d'accessibilité locale à l'offre de soins : comparaison nationale entre les régions sous-dotées et les régions sur-dotées en Suède.

HEALTH & PLACE
2010 .
Cote Irdes : P118

This nationwide Swedish study used geocoded data from all businesses in Sweden to examine the distribution of 12 main categories of goods, services, and resources in 6986 neighborhoods, categorized as low, moderate, and high neighborhood deprivation. The main findings were that high- and moderate-deprivation neighborhoods had a significantly higher prevalence of all types of goods, services, and resources than low-deprivation neighborhoods. These findings do not support previous research that hypothesizes that poorer health among people in deprived neighborhoods is explained by a lack of health-

promoting resources, although a higher presence of health-damaging resources may play a role.

JOHNSON (P.J), BLEWETT (L.A.), DAVERN (M.).

Disparities in public use data availability for race, ethnic, and immigrant groups: national surveys for healthcare disparities research.

Disparités des données publiques disponibles sur le recours aux soins selon la race, l'éthnicité et les populations migrantes : recherche sur les enquêtes nationales d'inégalités d'accès aux soins.

MEDICAL CARE
2010 : vol. 48 : n° 12 : 1122-1127.
Cote Irdes : P45

Disparities in healthcare coverage and access have a prominent place on the national health policy agenda. It is, therefore, essential to understand strengths and limitations of national surveys that provide annual or periodic data for population-based healthcare disparities research and monitoring. Importantly, publicly available data on healthcare coverage and access are needed for disparities populations defined by race, ethnicity, or immigrant group (REI). OBJECTIVE: To document public use data availability for REI groups, insurance coverage, and access to care measures in selected national surveys used for healthcare disparities research. DESIGN: We examined public use data for general population surveys that collect information on healthcare coverage and access on an annual or periodic basis for the nation. Data sources examined include the following: Current Population Survey, Survey of Income and Program Participation, National Health Interview Survey (NHIS), National Health and Nutrition Examining Survey, National Survey of Children's Health, Behavioral Risk Factor Surveillance System, and Medical Expenditure Panel Survey-Household Component. RESULTS: Although each survey has strengths for healthcare disparities research, there is no single survey that has detailed REI group identifiers, comprehensive measures of coverage and access, and geographic identifiers. CONCLUSIONS: Current Population Survey and NHIS have detailed REI identifiers.

NHIS and Medical Expenditure Panel Survey-Household Component have comprehensive measures of coverage and access but are limited by smaller samples and no geography. Findings summarized in this article will assist with identifying existing data to examine healthcare coverage and access disparities and highlight areas for improvement in public use data availability.

Capital social
Social capital

BORGONOVİ (F.).

A life-cycle approach to the analysis of the relationship between social capital and health in Britain.

Analyse des relations entre le capital social et la santé au Royaume-Uni par une approche du cycle de vie

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2010 : vol. 71 : n° 11 : 1927-1934.
Cote Irdes : P103

I examine to what extent social capital can promote individual well-being in the form of good physical and mental health. Our analysis is based on multiple waves of data from the National Child Development Survey and the British Cohort Study, two large cohort studies following the lives of children who were born in Britain in one particular week in 1958 and 1970. I use waves that are comparable across the surveys in childhood and adulthood to explore the association between aspects of social capital and several measures of health when adopting a life-cycle approach. The findings suggest that individuals with high levels of social capital generally fare better than individuals with lower levels of social capital and that such associations are robust to the inclusion of controls such as physical and mental health in childhood and circumstances of the family of origin.

Education
Education

46082

ARTICLE

DURU-BELLAT (M.), KIEFFER (A.), REIMER (D.)

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

Les inégalités d'accès à l'enseignement supérieur : le rôle des filières et des spécialités. Une comparaison entre l'Allemagne de l'Ouest et la France.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2011/01 : n° 433-434 : Pages : 3-29

Cote Irdes : S18

http://insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES433A.pdf

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES433B.pdf

Le processus de diffusion des études supérieures à l'œuvre en Europe occidentale depuis une cinquantaine d'années s'accompagne d'une diversification des spécialités et des filières proposées à l'issue du secondaire. Si l'expansion quantitative de l'accès au supérieur a pu réduire les inégalités sociales, en revanche, cette diversification peut éventuellement jouer dans le sens opposé, au profit d'une certaine reproduction sociale. On compare ici la France et l'Allemagne (dans les limites de l'ex-RFA) sur le plan des inégalités sociales d'accès au supérieur. Les structures éducatives apparaissent plus diversifiées et plus hiérarchisées en France, ce qui est notamment en rapport avec l'existence propre à notre pays d'une filière de grandes écoles recrutant sur des concours très sélectifs. En Allemagne, les inégalités sociales jouent plus en amont du baccalauréat qu'en France, où l'élargissement considérable de l'accès à ce diplôme tend à reporter l'influence des origines sociales au moment de l'orientation effective vers les filières et les spécialités du supérieur : l'existence de la filière des grandes écoles est un facteur déterminant à ce stade. En revanche, il n'existe pas en France de hiérarchisation sociale nette entre les spécialités. À l'inverse, en Allemagne, l'origine sociale semble jouer un rôle plus important dans le choix des spécialités, dès lors que le système éducatif est, à ce niveau, moins hiérarchisé qu'en France. Le choix entre

l'enseignement supérieur et la formation professionnelle y reste cependant socialement sélectif. L'opposition souvent invoquée par la sociologie, entre dimension verticale et horizontale des choix s'avère dans les cas français et allemands inégalement pertinente selon les caractéristiques organisationnelles respectives des deux systèmes de formation (Résumé d'auteur).

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

46064

ARTICLE

TSIMBOS (C.)

An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain.

Une évaluation des inégalités socio-économiques de santé chez les personnes âgées en Grèce, Italie et Espagne.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2010 ; vol. 55 : Pages : 5-15

Cote Irdes : C, en ligne

<http://www.springerlink.com/content/216g707v03374320/fulltext.pdf>

This study explores socio-economic inequalities in health among Mediterranean people aged 50 or higher. The data used in the analysis come from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, wave 1, release 2; the sample includes 2,671 Greek, 2,502 Italian and 2,343 Spanish persons. Seven health indicators are examined using age-sex standardized prevalence rates and logistic regression models. Concentration indices are also computed for self-rated health (SRH). Results Socio-economic position of individuals declines with age. Persons of lower socio-economic position experience worse health in all instances. Independently of education and gender, Greek persons display the lowest prevalence rates for SRH and physical and depressive symptoms, Spanish exhibit the highest rates for chronic conditions, and Italians perform better regarding functional limitations. Within-country analysis shows that the magnitude of socio-economic

inequalities in SRH is greatest in Greece, followed by Spain and lastly by Italy. Conclusions The analysis reconfirms the advantage of high over low socio-economic position for all countries and health indicators and proves education as an important correlate compared to wealth and income among the elderly.

45939
ARTICLE

SMITH (L.K.), MANKTELOW (B.N.), DRAPER (E.M.)

Nature of socioeconomic inequalities in neonatal mortality: population based study.

Une étude en population sur la nature des inégalités socioéconomiques dans la mortalité néonatale.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2010 ; vol. 341 : Pages : 7p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c6654.full>

Socioeconomic inequalities in infant mortality exist in many developed countries despite improvements in overall mortality. Countries have varying strategies to reduce these inequalities. The UK government has made major attempts to tackle socioeconomic inequalities in infant mortality by setting a public service agreement target in 2003 to reduce the relative deprivation gap in England and Wales by 10% by 2010. However, recent evidence indicates that this target is unlikely to be achieved and the relative deprivation gap may be widening. Public health interventions targeting major potentially modifiable risk factors for mortality are essential. Design of such interventions requires an understanding of current trends in cause specific mortality, as specific causes of death are likely to have different effects on the widening relative deprivation gap in all cause mortality. Recent UK evidence on inequalities in cause specific mortality is contradictory and predominantly cross sectional, preventing the investigation of trends over time. Premature birth is the major component of neonatal and infant mortality, accounting for two thirds of neonatal deaths in England. Most of these deaths result from very preterm birth (<33 completed weeks' gestation),

and rates of delivery at less than 33 weeks' gestation are rising in the United Kingdom and internationally. Research has also shown wide socioeconomic inequalities in the rates of premature birth. The combined effect of these trends could have a major effect on the deprivation gap in all cause mortality. We did a cause specific analysis of time trends in socioeconomic inequalities in neonatal mortality in England over an 11 year period to understand the effect of specific causes of death on the widening relative deprivation gap in all cause mortality.

46562
ARTICLE, INTERNET

STRINGHINI (S.), DRUGAVOT (A.), SHIPLEY (M.) et al.

Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts

Comportements de santé, statut socio-économique et mortalité - de nouvelles analyses des cohortes prospectives : la cohorte française Gazel et la cohorte anglaise Whitehall II.

PLOS MEDICINE
2011 ; vol. 8 : n° 2 : Pages : 16p.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000419>

Differences in morbidity and mortality between socioeconomic groups constitute one of the most consistent findings of epidemiologic research. However, research on social inequalities in health has yet to provide a comprehensive understanding of the mechanisms underlying this association. In recent analysis, we showed health behaviours, assessed longitudinally over the follow-up, to explain a major proportion of the association of socioeconomic status (SES) with mortality in the British Whitehall II study. However, whether health behaviours are equally important mediators of the SES-mortality association in different cultural settings remains unknown. In the present paper, we examine this issue in Whitehall II and another prospective European cohort, the French GAZEL study.

46005
ARTICLE

TRANNOY (A.)

Inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles.

ECONOMIE PUBLIQUE - PUBLIC ECONOMICS
2009/11-12 ; n° 24-25 : Pages : 17-39, fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://economiepublique.revues.org/8476>

Les inégalités sociales de santé sont assez bien connues. L'étude du rôle de l'héritage intergénérationnel, soit sous la forme de la transmission d'état de santé ou de comportements de prévention ou à risque, soit sous celle d'une transmission d'un statut socioprofessionnel est beaucoup moins avancée. L'auteur propose une synthèse de travaux récents qui développe une méthodologie en rapport avec la philosophie de l'égalité des chances.

46549
ARTICLE

BREMAUD (A.)

Inégalité sociale de santé et recul de l'accès aux soins.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/01 ; Pages : 56-59
Cote Irdes : B6986

Malgré la performance du système de santé français, les inégalités sociales de santé ont considérablement progressé en France depuis les années 1970, en raison de la crise économique. Cet article étudie les différents facteurs (socio-économiques, socio-culturels...) de la dégradation de l'état de santé. Les sources statistiques utilisées sont multiples : données de l'Insee (Institut national des statistiques économiques et sociales), enquête santé et protection sociale de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)...

HUIJTS (T.), ELKEMO (T.A.), SKALICKA (V.).

Income-related health inequalities in the Nordic countries: examining the role of education, occupational class, and age.

Inégalités de santé attribuables aux revenus dans les pays nordiques : examen du rôle du niveau d'éducation, de la catégorie professionnelle et de l'âge.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2010 : vol. 71 : n° 11 : 1964-1972.
Cote Irdes : p103

Numerous studies have concluded that people's socioeconomic position is related to mortality and morbidity, but that the strength of this association varies considerably both within and between European regions. This has spurred several researchers to more closely examine educational and occupational gradients in health in the Nordic countries to clarify the causes of cross-national differences. However, comparable studies using income as an indicator of socioeconomic position are still lacking. This study uses recent and highly comparable data to fill this gap. The aim of this study is threefold. First, we ask to what extent there is an income gradient in health in the Nordic countries, and to what extent the association differs between these countries. Second and third, we examine whether differences in the attenuation of the income gradient by education and occupational class, and age-specific differences between countries, may act as explanations for differences in the income gradient between the Nordic countries. The data source are three waves of the European Social Survey (ESS, 2002/2004/2006), which included 17,801 people aged 25 and over from Denmark, Finland, Norway, and Sweden. Two subjective health measures (physical/mental self reported health and limiting longstanding illness) were analysed by means of logistic regression. The results show that, in all countries, people reported significantly better health and were less likely to suffer from longstanding illness as they had a higher income. This association is strongest in Norway and Finland and weakest in Denmark. The income gradient in health, but not country differences in this gradient, is partly explained by education and occupational class. Additionally, the strength of the income gradient in health varies between age groups. The relatively

high health inequalities between income groups in Norway and Finland are already visible in the youngest age groups. The results imply that the socioeconomic gradient in health will arguably not be strongly reduced in the near future as a result of cohort replacement, as has been suggested in previous studies. Health policy interventions may be particularly important five to ten years prior to retirement and in early adulthood.

46044
FASCICULE

AIACH (P.), LANG (T.), MOATTI (J.P.), VOGEL (L.), LACOSTE (O.), PERETTI-WATEL (P.), SALOMEZ (J.L.) / éd.

Regards aigüis sur les inégalités sociales de santé.

CONTACT SANTE
2010 ; n° 231 : Pages : 54p.
Cote Irdes : B6964

<http://www.elsevrevue.fr/wordpress/wp-content/uploads/2010/10/PARUTIONSsommaireinegalitesdesante.pdf>

Préalables indispensables : l'égalité des droits et une plus juste répartition de l'offre ont montré leurs limites. Le temps est désormais venu de l'équité, de ce traitement inégalitaire des inégaux. La tâche n'est pas aisée mais les décideurs politiques ne peuvent plus se cantonner à un traitement uniforme des problèmes de santé. Les programmes de santé doivent s'adapter à des sous-groupes de population victimes systématiquement de ces inégalités. Fruit de la collaboration de plusieurs experts, ce fascicule tente de répondre à la question suivante : où en sommes-nous des inégalités de santé en France comme en Europe ?

Migrants
Migrant

MEERSCHOEK (A.), KRUMEICH (A.), VOS (R.).

The construction of ethnic differences in work incapacity risks: Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands.

La construction des différences ethniques dans la gestion du risque incapacité au travail : analyser les pratiques de déclarations d'incapacité formulées par les médecins aux Pays-Bas.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 72 : n° 1 : 15-22.
Cote Irdes : P103

Drawing from Science and Technology Studies we investigate the consequences for social differentiation of physicians' practices in Dutch illness certification. Using participant observation methods, we followed six 'Arbodienst' physicians for two weeks each. Our analysis explores whether and how the work of Dutch physicians contributes to the appearance of a category of 'problematic migrant patients'. We present how physicians, in using instruments to distinguish plausible from implausible claims for sick leave, impose order upon reality. In particular situations this ordering involves a distinction between Dutch and migrant clients. Here ethnicity appears in physicians' practice as a separate instrument to constitute order, which in the case of migrants overrules the productive instruments that are used for 'Dutch' clients. By interpreting clients' behaviour in cultural terms and making them into strangers, physicians lose their ability to fine-tune their coaching activities to the needs of these clients. As a result migrants remain work incapacitated for a longer period, which leads to a higher risk of their ending up in the disability pension program. As a consequence migrants become visible as a problematic group in the data on work incapacity and disability. The practice to categorise migrant clients with separate instruments thus results in a 'hard' category of problematic migrant clients and leads to social differentiation.

Non recours
Non take – up

45544
ARTICLE
WARIN (P.)

Le non recours aux services publics, une question en attente de reconnaissance.

INFORMATIONS SOCIALES
2003 ; n° 109 : Pages : 94-101
Cote Irdes : c, En ligne

La logique contractuelle qui se développe dans l'administration et les services publics tente d'introduire dans les modes d'organisation et les pratiques professionnelles les principes d'un management par résultats, attentif à la fois aux services délivrés et aux impacts sur les usagers. Un élément crucial de cette démarche de modernisation est la mesure des services rendus. C'est pourquoi, les initiatives se multiplient pour évaluer les objectifs réalisés et les comparer, notamment suivant des procédures de comparaison entre services ou administrations. Sur ce plan, la France adopte peu à peu les standards du nouveau management public mis en oeuvre par nombre de pays de L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques). Une caractéristique forte de cette politique est qu'elle postule l'existence de publics d'usagers. C'est pourquoi des efforts considérables sont réalisés pour mieux les identifier dans le but de davantage différencier ou cibler l'offre de services ; l'individualisation des services rendus apparaissant comme une des conditions de l'efficacité des résultats. Sans remettre en cause ce postulat, la question de la qualité des services rendus peut néanmoins être posée en fonction d'une autre réalité jusque là assez peu reconnue en France, à savoir celle des non-usagers, c'est-à-dire des individus ou des familles qui, pour diverses raisons, ne recourent pas ou plus aux administrations ou aux services publics. Ce phénomène dit du " non-recours " existe, mais il **échappe encore largement à l'évaluation de l'effectivité des services publics. Les données chiffrées sont encore rares, un effort de suivi/évaluation paraît nécessaire.** De ce point de

vue, ce n'est pas le moindre des paradoxes de cette politique, qui vise à accroître la qualité et la performance des administrations et des services publics, que d'ignorer ce retrait d'une partie des publics. Ce phénomène constitue pourtant un vrai enjeu pour les services publics, dans la mesure où il interroge sur la réalité de l'accès aux droits. Car au-delà des explications individuelles qui dédouanent les administrations de toute responsabilité, le non-recours est étroitement lié aux choix des politiques et à la régulation des activités administratives. Pour en rendre compte, nous choisissons de présenter quelques observations issues d'une recherche exploratoire, réalisée récemment pour la Direction générale de l'administration et la fonction publique, sur le non-recours à l'offre publique en matière de santé, d'éducation, de police et de justice, et dans le domaine de l'urgence sociale

Géographie de la santé / Geography of health

Accès aux équipements collectifs Accessibility to facilities

46136

ARTICLE, INTERNET

SALZE (P.), BANOS (A.), OPPERT (J.M.)

Estimating spatial accessibility to facilities on the regional scale: an extended commuting-based interaction potential model.

Estimation de l'accès aux équipements de services à une échelle régionale : un modèle potentiel étendu basé sur l'interaction des trajets réguliers.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
GEOGRAPHICS

2011; vol. 10 : n° 2 : Pages : 11p., fig.

Cote Irdes : En ligne

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

The general aim of the work was to propose measurements of accessibility to a set of facilities (three types of food outlet : hyper/supermarkets, grocery stores, bakeries) on the regional scale. In a context of generalized car-owning and thus increasing accessibility levels, more and more people chose to live in suburban and rural areas (growing suburbanisation process) which are associated with better living environments. The functioning of urban, suburban and rural areas cannot be disconnected from each other and have then to be seen as a whole system, making the regional scale a level of particular interest. Because of the aggregated nature of available data and in order to overcome some of the limitations of the measurements mentioned above (nearest opportunity, container index, KDE), we chose to use a potential accessibility index. Accessibility is defined as a potential for spatial interaction (i.e. an intensity of possible destinations) that makes it possible to take account of a global aspect of travel behaviour. In the first part of this work, we present some historical and theoretical considerations and then provide a complete example of application of a potential model

including a detailed calibration process. The second part of the paper is dedicated to the presentation and application of an extended potential model for a commuting population.

Etudes prospectives Forecast study

KINNER (M.W.), FLEURET (S.).

Health geography's voluntary turn: A view from western France.

Une approche du volontarisme en géographie de la santé : un aperçu de l'Ouest de la France.

HEALTH & PLACE

2010.

Cote Irdes : P118

This paper examines the potential for prevailing Anglo-American perspectives on voluntarism to inform understanding of health and social care internationally. Focusing on the économie sociale et solidaire and its involvement in the secteur medico-social in France, it evaluates the transferability of a theorization about the evolving role of voluntary organizations and volunteers for the purpose of interpreting research on service provision in ageing communities. A case study of local associations is analyzed to uncover their emergence within evolving spaces of care, how they facilitate adjustment and create opportunities for resistance to the dual challenges of ageing and restructuring as well as the complexity underlying their multifaceted responses. The findings contribute to understanding the link between voluntarism, health and place, and address calls to expand the international scope of health geography within the 'voluntary turn' in health policy and research.

Milieu urbain
Urban area

45978

FASCICULE

CHEVALIER (C.), LEBEAUPIN (F.)

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

**La population des zones urbaines
sensibles.**

INSEE PREMIERE

2010/12 : n° 1328 : Pages : 4p., 2 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1328/ip1328.pdf>

En 2006, 4,4 millions de personnes vivent en zones urbaines sensibles (ZUS), soit 7 % de la population française. Cette population est en diminution depuis 1990. Les caractéristiques des habitants des ZUS ont peu évolué depuis 1999. Ils sont plus jeunes que dans les unités urbaines environnantes, la proportion d'immigrés y est plus élevée, les taux d'activité et d'emploi plus faibles. 60 % des ménages des ZUS sont locataires en HLM (Habitation à loyer modéré). Les grands logements sont plus rares qu'ailleurs, tandis que les familles nombreuses y sont plus fréquentes. Dans le parc locatif privé des ZUS, les habitants déménagent moins souvent que dans le reste de l'espace urbain (Résumé d'auteur).

Régions sous – dotées
Underground areas

HANLON (N.), HALSETH (G.), OSTRY (A.).

***Stealth voluntarism: An expectation of
health professional work in underser-
viced areas?***

*Volontarisme furtif : une attente des profes-
sionnels de santé dans les zones sous-dotées.*

HEALTH & PLACE

2010 :

Cote Irdes : P118

Voluntarism can take many forms, and its boundaries are not always straightforward. In this paper, we explore a particular type of voluntary activities carried out as an add-on to formal duties of health care professionals and administrators. We outline some impressions of what we term 'stealth voluntarism', which we situate at the interstices of health care professionalism, place integration, and welfare retrenchment. Our discussion draws on exploratory research looking at health care and social support in smaller urban centres in the interior of British Columbia, Canada. While stealth voluntarism can occur anywhere, we highlight its unique implications for systems of support in rural and small town places. We conclude by considering the wider implications of stealth voluntarism as an expectation of professional work in underserved areas, particularly in the context of welfare retrenchment and the offloading of care.

Soins de santé primaires / Primary health care

Démographie médicale Medical demography

46346

ARTICLE

HOLUE (C.), MARTIN (L.)

Démographie médicale. La réponse des collectivités.

CONCOURS MEDICAL

2010/10 ; vol. 132 : n° 15-16 : Pages : 3-13

Cote Irdes : C, P19

Certaines régions affichent un manque préoccupant de médecins et multiplient les initiatives pour attirer vers elles les généralistes dont elles ont besoin. Mais le problème dépassera bien vite celui de quelques régions pour se généraliser progressivement. Il est donc largement temps de redonner à la médecine générale toute son attractivité. Ce dossier pose, en introduction, les besoins à partir de la publication des 23 atlas régionaux de la démographie médicale par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Quatre articles proposent des pistes pour trouver des solutions : la Guyane veut faire revenir ses médecins. Une bourse contre une promesse d'installation. Médecins étrangers : la solution ? Médecins, regroupez-vous ! La Lozère mise sur la télémédecine.

Etude d'ensemble Global study

45511

ARTICLE

LEICHER (C.)

Le médecin libéral en 2010.

La privatisation de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; vol. : n° 28 : Pages : 55-63

Cote Irdes : P168

La médecine libérale remplit aujourd'hui, à travers la fonction de médecin généraliste traitant,

une mission de santé publique en constituant le premier niveau d'accès aux soins, et offre, à travers celle de médecin correspondant pour les autres spécialités, une possibilité d'avoir des avis techniques évitant des recours inutiles à l'hôpital. La confrontation entre la nécessité d'organiser un système de santé accessible à tous et l'organisation libérale de l'activité médicale a donné lieu historiquement à une situation de conflit durable. L'avenir pourrait pourtant consister à trouver des alliances entre les atouts de la médecine libérale et les objectifs de santé publique qui doivent guider le fonctionnement du système de santé. Mais pour cela, il faut que le premier étage du système perdure. Or, la médecine générale libérale est en difficulté, tant à cause du syndicalisme médical qui n'a pas historiquement assumé son rôle que du fait de l'inculture en santé publique de beaucoup de décideurs (Résumé de l'éditeur).

Maisons de santé Patient – centered medical homes

46022

FASCICULE , INTERNET

CASSIDY (A.)

Patient-Centered Medical Homes

Les maisons de santé centrées sur le patient.

HEALTH POLICY BRIEF

2010/09/14 ; Pages : 6p.

Cote Irdes : en ligne

http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief_pdfs/healthpolicybrief_25.pdf

Patient-centered medical homes are considered by many to be among the most promising approaches to delivering higher-quality, cost effective primary care, especially for people with chronic health conditions. Although there is no single standard definition of a medical home, there is an agreed upon set of principles behind the concept, and most medical homes share common elements. For example, each patient has close contact with a clinician (physician, nurse practitioner, or physician assistant) for continuing care, and that

clinician takes the lead when referring the patient to specialists. Medical homes also make extensive use of electronic health records and seek active participation of the patient and his or her family. Health care reform legislation authorizes the Department of Health and Human Services (HHS) to test medical homes among other new care-delivery models. Supporters hope patient-centered medical homes will help refocus the U.S. health care system on the benefits of primary care. This brief describes recent projects that have applied patient-centered medical home concepts, as well as concerns about widespread adoption of the model before results are definitive.

Maladies chronique Chronic disease

46001

ARTICLE, INTERNET

FREUND (T.), WENSING (M.), MALHER (C.) et al.

Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol.

Le développement d'intervention lors des complexes prises en charges en soins primaires des patients, souffrant de maladies chroniques qui présentent de haut risque d'hospitalisation : un protocole d'étude.

IMPLEMENTATION SCIENCE

2010 ; vol. 5 : n° 70 : Pages : 7p., tabl.

Cote Irdes : C, En ligne

<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-70.pdf>

Complex care management is seen as an approach to face the challenges of an ageing society with increasing numbers of patients with complex care needs. The Medical Research Council in the United Kingdom has proposed a framework for the development and evaluation of complex interventions that will be used to develop and evaluate a primary care-based complex care management program for chronically ill patients at high risk for future hospitalization in Germany. Methods and design: We present a multi-method

procedure to develop a complex care management program to implement interventions aimed at reducing potentially avoidable hospitalizations for primary care patients with type 2 diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, or chronic heart failure and a high likelihood of hospitalization. The procedure will start with reflection about underlying precipitating factors of hospitalizations and how they may be targeted by the planned intervention (pre-clinical phase). An intervention model will then be developed (phase I) based on theory, literature, and exploratory studies (phase II). Exploratory studies are planned that entail the recruitment of 200 patients from 10 general practices. Eligible patients will be identified using two ways of 'case finding': software based predictive modelling and physicians' proposal of patients based on clinical experience. The resulting subpopulations will be compared regarding healthcare utilization, care needs and resources using insurance claims data, a patient survey, and chart review. Qualitative studies with healthcare professionals and patients will be undertaken to identify potential barriers and enablers for optimal performance of the complex care management program. Discussion: This multi-method procedure will support the development of a primary care-based care management program enabling the implementation of interventions that will potentially reduce avoidable hospitalizations.

Médecins traitants
Gate keeper

46442

ARTICLE

GALLAIS (J.L.), CAPRON (V.), LOMBRIL (P.)

Les Listes Médecin Traitant, un nouveau levier d'aide à l'activité soignante et à la production de connaissances indispensables en soins primaires ?
Éditorial.

SANTE PUBLIQUE

2010/09-10 ; vol. 22 : n° 5 : Pages : 489-491

Cote Irdes : C, P143

Depuis la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), il est possible d'associer à la notion de patientèle une liste nominative précise de patients assurés sociaux qui ont désigné leur médecin généraliste comme médecin traitant. Ainsi, il y a désormais la possibilité d'adjoindre à la notion de file active annuelle et aux données statistiques du Relevé Individuel d'Activité du Praticien une 'Liste Médecin Traitant' (LMT). Ce changement peut être l'occasion de dépasser une logique comptable et fiscale pour passer à une approche plus clinique et populationnelle. Cette nouvelle lisibilité potentielle de la population consultante est susceptible d'avoir des impacts dans l'ensemble des champs du soin, de la prévention et de la santé publique (Extrait).

Obésité
Obesity

SONNTAG (U.), HENKEL (J.), RENNEBERG (B.), BOCKELBRING (A.), BRAUN (V.), HEINTZE (C.).

Counseling overweight patients: analysis of preventive encounters in primary care.

L'accompagnement des patients en surpoids : analyse des consultations de prévention en soins primaires.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

2010 : vol. 22 : n° 6 : 486-492.

Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: The increasing prevalence of obesity requires particularly primary care providers to take action. The aim of this study was to analyze general practitioners (GPs) encounters with overweight and obese patients in primary care to test the hypothesis that patients with a BMI ≥ 30 kg/m² would have longer consultations focusing on lifestyle-related issues like nutrition and physical activity than those with a BMI < 30 kg/m². DESIGN: Cross sectional comparison of audiotaped encounters of patients with a BMI ≥ 30 kg/m² and those with a BMI < 30 kg/m². SETTING: Twelve GP surgeries in Berlin, Germany. PARTICIPANTS: Fifty patients who agreed to have preventive check-up encounters audiotaped. MAIN OUTCOME MEASURES: Based on the Roter Interaction ANALYSIS: System (RIAS) we assessed duration of encounter and the prevalence of GP statements regarding cardiovascular risks, nutrition and physical activity. RESULTS: An increased BMI was found to be a predictor for the length of encounters ($P = 0.01$), whereas the content of talks was mainly determined by the individual of GP and sex of the GP. Statements regarding cardiovascular risks were most frequent, followed by those regarding nutrition and physical activity. In this study the assessed physiological parameters were not associated with the specific contents of preventive encounters like nutrition or physical activity ($P > 0.05$). CONCLUSIONS: Our results indicate that GPs rarely use the check-up program to conduct lifestyle consultations with obese patients. Barriers to lifestyle counseling and possible solutions are discussed with a view to promoting individualized and target management of overweight patients.

Performance
Performance

45973

ARTICLE

POLTON (D.)

Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France.

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 : 97-101

Cote Irdes : C, P59

Cet article présente la stratégie globale que l'assurance maladie française déploie depuis plusieurs années pour gagner en qualité et en efficacité dans le système de soins. Cette démarche s'appuie sur les soins primaires et les médecins traitants, le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en constitue un des éléments.

45487

ARTICLE

POLTON (D.), AUBERT (J.M.)

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? (CAPI)

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2010/09 ; vol. 21 : n° 3 : Pages : 5-7

Cote Irdes : Bulletin français

http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_3-2010.pdf

Depuis plusieurs années, l'assurance maladie mène une politique active pour accroître la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Cette politique dite « de maîtrise médicalisée » passe notamment par une sensibilisation du corps médical aux objectifs de santé publique et aux objectifs d'économies. Une étape importante a été le développement de l'accompagnement des professionnels à travers les visites des délégués de l'assurance maladie et les entretiens confraternels. Ainsi en 2010, plus de 450 000 entretiens

individuels ont eu lieu entre des professionnels de santé et des représentants de l'assurance maladie sur la prévention, la prise en charge des malades ou la bonne utilisation des ressources. Une nouvelle étape de cette stratégie est la mise en place d'une composante de rémunération à la performance pour les médecins généralistes, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Ce contrat est inspiré d'expériences étrangères. Après les premières initiatives développées aux États-Unis à la fin des années 1990, une expérience européenne à grande échelle a été mise en place en 2004 dans le cadre de la convention entre les médecins généralistes anglais et le National Health Service. La particularité du contrat français est la combinaison d'objectifs de santé publique et de qualité des soins et d'objectifs d'efficacité des pratiques. Dans d'autres pays, ce deuxième volet est abordé au travers d'autres outils de responsabilisation, qui n'existent pas en France.

45552

ARTICLE

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Suite et fin : un essai de rémunération à la performance à amender pour la qualité des soins.

REVUE PRESCRIRE

2010 ; vol. 30 : n° 326 : Pages : 932-940

Cote Irdes : P80

En France, le CAPI version 2009 mélange maîtrise des dépenses, incitation à participer à des actions de santé publique et à standardiser des pratiques. Tous les indicateurs ne mesurent pas la qualité des soins et aucun ne mesure les résultats. Mais il a créé la rémunération des médecins aux résultats. En décidant unilatéralement du CAPI et de sa rémunération, l'assureur maladie obligatoire, à la fois juge et partie, oriente et gère directement une part de l'activité des médecins généralistes.

HOLMBOE (S.), WENG (W.), ARNOLD (G.K.), KAPLAN (S.H.), NORMAND (S.L.), GREENFIELD (S.), HOOD (S.), LIPNER (R.S.).

The comprehensive care project: measuring physician performance in ambulatory practice.

Un projet de soins détaillé: mesurer la performance du médecin en médecine ambulatoire.

HEALTH SERVICE RESEARCH
2010 : vol. 45 : n° 6 Pt 2 : 1912-1933.
Cote Irdes : P33

OBJECTIVE: To investigate the feasibility, reliability, and validity of comprehensively assessing physician-level performance in ambulatory practice. DATA SOURCES/STUDY SETTING: Ambulatory-based general internists in 13 states participated in the assessment. STUDY DESIGN: We assessed physician-level performance, adjusted for patient factors, on 46 individual measures, an overall composite measure, and composite measures for chronic, acute, and preventive care. Between- versus within-physician variation was quantified by intraclass correlation coefficients (ICC). External validity was assessed by correlating performance on a certification exam. DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: Medical records for 236 physicians were audited for seven chronic and four acute care conditions, and six age- and gender-appropriate preventive services. PRINCIPAL FINDINGS: Performance on the individual and composite measures varied substantially within (range 5-86 percent compliance on 46 measures) and between physicians (ICC range 0.12-0.88). Reliabilities for the composite measures were robust: 0.88 for chronic care and 0.87 for preventive services. Higher certification exam scores were associated with better performance on the overall ($r = 0.19$; $p < .01$), chronic care ($r = 0.14$, $p = .04$), and preventive services composites ($r = 0.17$, $p = .01$). CONCLUSIONS: Our results suggest that reliable and valid comprehensive assessment of the quality of chronic and preventive care can be achieved by creating composite measures and by sampling feasible numbers of patients for each condition.

TO (T.), GUTTMANN (A.), LOUGHEED (M.D.), GERSHON (A.S.), DELL (S.D.), STANBROCK (M.B.), WANG (C.), McLIMONT (S.), VASILEVSKA-RISTOVSKA (J.), CRIGHTON (E.J.), FISMAN (D.N.).

Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND Appropriateness Method.

Indicateurs de performance basés sur les preuves pour la prise en charge de l'asthme en soins primaires : modification de la méthode RAND évaluant l'adéquation.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTHCARE
2010 : vol. 22 : n° 6 : 476-485.
Cote Irdes : P194

PURPOSE: To develop evidence-based performance indicators that measure the quality of primary care for asthma. DATA SOURCES: Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE, EMBASE and CINAHL for peer-reviewed articles published in 1998-2008 and five national/global asthma management guidelines. STUDY SELECTION: Articles with a focus on current asthma performance indicators recognized or used in community and primary care settings. Data extraction Modified RAND Appropriateness METHOD: was used. The work described herein was conducted in Canada in 2008. Five clinician experts conducted the systematic literature review. Asthma-specific performance indicators were developed and the strength of supporting evidence summarized. A survey was created and mailed to 17 expert panellists of various disciplines, asking them to rate each indicator using a 9-point Likert scale. Percentage distribution of the Likert scores were generated and given to the panellists before a face-to-face meeting, which was held to assess consensus. At the meeting, they ranked all indicators based on their reliability, validity, availability and feasibility. RESULTS: Literature search yielded 1228 articles, of which 135 were used to generate 45 performance indicators in five domains: access to care, clinical effectiveness, patient centeredness, system integration and coordination and patient safety. The top five ranked indicators were: Asthma Education from Certified Asthma Educator, Pulmonary Function Monitoring, Asthma Control Monitoring, Controller Medication Use and Asthma Control. CONCLUSION:

The top 15 ranked indicators are recommended for implementation in primary care to measure asthma care delivery, respiratory health outcomes and establish benchmarks for optimal health service delivery over time and across populations.

KAARBOE (O.), SICILIANI (L.).

Multi-tasking, quality and pay for performance.

Multi-tâche, qualité des soins et rémunération à la performance.

HEALTH ECONOMICS
2011 : vol. 20 : n° 2 : 225-238.
Cote Irdes : P173

We present a model of optimal contracting between a purchaser and a provider of health services when quality has two dimensions. We assume that: (i) the provider is (at least to some extent) altruistic; (ii) one dimension of quality is verifiable (dimension 1) and one dimension is not verifiable (dimension 2); (iii) the two quality dimensions can be either substitutes or complements. Our main result is that setting the price equal to the marginal benefit of the verifiable quality dimension can be optimal even if the two quality dimensions are substitutes.

Pratique médicale
Medical practice

45484
ARTICLE
VEGA (A.)

Les faces cachées des pratiques soignantes : des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus.

MEDECINE : REVUE DE L'UNIFORMEC
2010 ; vol. 6 : n° 8 : Pages : 382-386, tabl.
Cote Irdes : P198

Des facteurs non cliniques, autres que les seules connaissances médicales, orientent le travail quotidien des praticiens. En effet, les médecins sont insérés dans une culture nationale, leurs pratiques s'inscrivent également dans des logiques

socioéconomiques et elles sont influencées par des facteurs personnels. Ces multiples identités sont présentées dans un récent ouvrage collectif. Les contributions des chercheurs en sciences humaines mettent en évidence des dimensions « profanes » des soins réalisés par les professionnels de santé habituellement prêtées aux patients.

CHAN (B.C.), PERKINS (D.), WAN (O.), ZWAR (N.), DANIEL (C.), CROOKES (P.), HARRIS (M.F.).

Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals.

Comment trouver un terrain d'entente ? Evaluation d'une intervention visant à améliorer le travail d'équipe chez les professionnels de santé en soins primaires.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTHCARE
2010 : vol. 22 : n° 6 : 519-524.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: Multidisciplinary care has been shown as the most effective option for chronic disease. The aim of the Team-link study was to assess the effectiveness of an intervention to improve teamwork among general practitioners (GPs), practice staff and allied health professionals (AHPs). This paper describes changes to teamwork using qualitative data collected in the study. DESIGN: Qualitative data about changes in internal and external professional collaboration were collected from facilitators' observations, GPs' reports and responses to a survey of AHPs assessing multidisciplinary teamwork. SETTING: Multidisciplinary teams within general practices and external collaborations with AHPs including dietitians, diabetic educators, exercise physiologists, podiatrists, psychologists and physiotherapists. PARTICIPANTS: GPs, practice nurses, practice staff, AHPs. INTERVENTION: A 6-month intervention consisting of an educational workshop and structured facilitation using specially designed materials, backed up by informal telephone support, was delivered to 26 practices. MAIN OUTCOME MEASURE: Data were analysed the-

matically using an approach based on identifying actors and associated collaborative actions. RESULTS: New and enhanced communication pathways were observed between GPs, practice staff, patients and AHPs following the intervention. The enhanced information sharing expedited communication and improved interprofessional collaboration within general practices and with AHPs. There was evidence of increased patient participation and empowerment in the care process and improved collaboration by practice staff and allied health providers. CONCLUSION: The Team-link intervention improved professional collaboration among GPs, practice staff, AHPs and patients, increasing understanding and trust and enhancing multidisciplinary teamwork for chronic disease care in primary care settings.

CRABTREE (B.F.), CHASE (S.M.), WISE (C.G), SCHIFF (G.D.), SCHMIDT (L.A.), GOYZUETA (J.R.), MALOUIN (R.A.), PAYNE (S.M.), QUINN (M.T.), NUTTING (P.A.), MILLER (W.L.), JAEN (C.R.).

Evaluation of patient centered medical home practice transformation initiatives.

Evaluation des initiatives de transformation des maisons de santé centrées sur le patient.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 1 : 10-16.
Cote Irdes : P45

The patient-centered medical home (PCMH) has become a widely cited solution to the deficiencies in primary care delivery in the United States. To achieve the magnitude of change being called for in primary care, quality improvement interventions must focus on whole-system redesign, and not just isolated parts of medical practices. METHODS: Investigators participating in 9 different evaluations of Patient Centered Medical Home implementation shared experiences, methodological strategies, and evaluation challenges for evaluating primary care practice redesign. RESULTS: A year-long iterative process of sharing and reflecting on experiences produced consensus on 7 recommendations for future PCMH evaluations: (1) look critically at models being implemented and identify aspects requiring modification; (2) include embedded qualitative and quantitative

data collection to detail the implementation process; (3) capture details concerning how different PCMH components interact with one another over time; (4) understand and describe how and why physician and staff roles do, or do not evolve; (5) identify the effectiveness of individual PCMH components and how they are used; (6) capture how primary care practices interface with other entities such as specialists, hospitals, and referral services; and (7) measure resources required for initiating and sustaining innovations. CONCLUSIONS: Broad-based longitudinal, mixed-methods designs that provide for shared learning among practice participants, program implementers, and evaluators are necessary to evaluate the novelty and promise of the PCMH model. All PCMH evaluations should as comprehensive as possible, and at a minimum should include a combination of brief observations and targeted qualitative interviews along with quantitative measures.

Réformes
Reforms

45560
ARTICLE

CAMPBELL (S.M.), KONTOPANTELIS (E.)

Changes in Patient Experiences of Primary Care during Health Service Reforms in England Between 2003 and 2007

Changements observés chez les patients recourant aux soins primaires lors des réformes du système de soins en Angleterre entre 2003 et 2007.

ANNALS OF FAMILY MEDICINE
2010/11-12; vol. 8 : n° 6 : Pages : 499-506, tabl.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.annfammed.org/cgi/reprint/8/6/499>

Major primary care reforms have been introduced in recent years in the United Kingdom, including financial incentives to improve clinical quality and provide more rapid access to care. Little is known about the impact of these changes on patient experience. We examine patient reports of quality of care between 2003 and 2007, including random

samples of patients on practice lists and patients with long-term conditions. We conducted a cross-sectional design study of family practices in which questionnaires were sent to serial samples of patients in 42 representative general practices in England. Questionnaires sent to samples of patients with chronic disease (asthma, angina, and diabetes) and random samples of adult patients (excluding patients who reported any long-term condition) in 2003, 2005, and 2007 addressed issues of access, communication, continuity of care, coordination, nursing care, and overall satisfaction. There were no significant changes in quality of care reported by either group of patients between 2003 and 2007 for communication, nursing care, coordination, and overall satisfaction. Some aspects of access improved significantly for patients with chronic disease, but not for the random samples of patients. Patients in both samples reported seeing their usual physician less often and gave lower satisfaction ratings for continuity of care. Most scores were significantly higher for the chronic illness samples than for the random samples of patients in 2003, even after adjusting for age. There was a modest improvement in access to care for patients with chronic illness, but all patients now find it somewhat harder to obtain continuity of care. This outcome may be related to the incentives to provide rapid appointments or to the increased number of specialized clinics in primary care. The possibility of unintended effects needs to be considered when introducing pay for performance schemes.

Rémunération
Payment

46441
ARTICLE

MORIN (L.), FOURY (C.), BRIOT (P.), et al.

Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France.

SANTE PUBLIQUE

2010/09-10 ; vol. 22 : n° 5 : Pages : 581-592, graph.
Cote Irdes : C, P143

Le disease management développé aux États-Unis dans les années 90, est une démarche globale qui cherche à intégrer toutes les étapes de la prise en charge de la maladie chronique, de la prévention à l'éducation pour la santé. Sa mise en oeuvre se traduit aux États-Unis par le concept de Medical Home, en Allemagne par des contrats incitant les médecins généralistes et les caisses de sécurité sociale à prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques, et au Royaume-Uni par des dispositifs favorisant la délégation de tâches et la coopération entre professionnels des soins primaires. En France, ce concept fait progressivement partie intégrante de la stratégie d'accroissement de la qualité des soins développée par l'Assurance Maladie en promouvant son développement encore expérimental sur les soins de premier recours (Résumé d'auteur).

46397

ARTICLE

VIDEAU (Y.), BATIFOULIER (P.), ARRIGHI (Y.), GADREAU (M.), VENTELOU (B.)

Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2010/10 ; vol. 58 : n° 5 : Pages : 301-311, tabl., graph., rés.

Cote Irdes : C, P11

La littérature économique fait désormais une large place à l'analyse des " motivations professionnelles ", examinant notamment les possibles effets d'éviction entre motivations extrinsèques et intrinsèques. Le présent article propose de transposer ces questions dans le champ des professions de santé, où l'enjeu du juste dosage dans le recours aux politiques de paiement à la performance par le décideur public est particulièrement présent. Méthodes : À partir d'un panel de 528 médecins généralistes libéraux de la région " Provence-Alpes-Côte-d'Azur " en France, nous proposons une décomposition statistique interindividuelle entre motivations extrinsèques et intrinsèques dans le domaine des actions de

prévention, pour ensuite déterminer, à l'aide d'un modèle Tobit, les principales variables explicatives de la part des motivations intrinsèques dans les motivations totales des médecins. Résultats : La part des motivations intrinsèques est relativement plus importante chez les médecins pratiquant les tarifs conventionnés. L'effet significatif de l'âge suit une courbe en U qui peut être interprétée comme le résultat d'un " cycle de vie des motivations médicales " et/ou comme celui d'un effet génération. Conclusion : La nature transversale des données ne permet pas de conclure quant à la part de l'évolution du rapport motivations intrinsèques/motivations extrinsèques directement liée à un effet génération ou à un effet " cycle de vie ". Cependant, nos résultats amènent à s'interroger sur la pertinence de recourir de manière uniforme au dispositif du paiement à la performance : les générations ou tranches d'âge moins sensibles aux motivations extrinsèques sont susceptibles d'être plus réceptives à l'introduction d'autres modes de rémunération, moins agressifs envers les motivations intrinsèques (la capitation ou le salariat) ou à d'autres mécanismes de régulation, comme par exemple les guides de bonne pratique.

46392
ARTICLE

NAKHLA (M.)

Conception de mécanismes de rémunération variable des médecins et incitation au développement de l'activité.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/05-07 ; vol. 28 : n° 3-4 : Pages : 127-140, tabl., rés.
Cote Irdes : C, P87

L'objectif de cet article est d'analyser les expériences en cours dans l'hôpital visant l'augmentation de l'activité en instaurant une rémunération variable des médecins dans le cadre de la nouvelle tarification. C'est une forme d'extension du principe de l'arrêté du 28 mars 2007. L'article étudie et compare deux modes d'intéressement, l'un basé sur l'activité, l'autre basé sur le résultat. Dans les différentes simulations, les mécanismes d'incitation se traduiraient immédiatement par un coût non

négligeable alors que la situation n'a pas changé. Le ticket d'entrée se révèle coûteux sans garantie sur les comportements des médecins.

45675
ARTICLE

AMMI (M.), BEJEAN (S.)

Les incitations à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale ?

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/01 ; vol. 28 : n° 1 : Pages : 3-17
Cote Irdes : C, P85

Le mode de paiement à l'acte est adapté à une relation médecin - patient ancrée sur le curatif mais est peu performant pour inciter le médecin à la prévention. Cette pratique préventive est pourtant souhaitable pour la santé publique et, en France, une consultation spécifique de prévention (CSP) est actuellement mise en place. L'efficacité de ce type d'incitation n'est toutefois pas garantie. Cet article propose d'élaborer des critères d'efficacité pour une incitation à la prévention en médecine libérale, critères qui relèvent à la fois de la forme de l'incitation (montant, indexation au résultat, temporalité) et de son contexte (pratique individuelle ou de groupe, campagne d'information, motivations). Ces critères sont mobilisés pour analyser le potentiel de la CSP (Résumé d'auteur).

45641
FASCICULE

BELLAMY (V.)

Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2010/07 ; vol. : n° 735 : Pages : 8p.
Cote Irdes : C, P83
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er735.pdf>

En 2008, les revenus des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, ont augmenté en moyenne de +1,9 % par rapport à 2007. Compte tenu d'une augmentation de l'indice des prix à la consommation de 2,8 % en 2008, le revenu moyen a enregistré une baisse en euros constants de - 0,9 %. Au titre de leur activité libérale, les médecins ont perçu 92 500 euros en moyenne, après déduction des charges professionnelles et de

leurs cotisations sociales personnelles. Entre 2002 et 2008, les praticiens ont, pour la plupart des spécialités, vu leur revenu croître : 3,0 % pour les anesthésistes, 2,7 % pour les ophtalmologues, 2,3 % pour les pneumologues et +0,6 % pour les omnipraticiens, en rythme annuel. La structure des charges a peu évolué avec un taux de charges resté stable en moyenne entre 2006 et 2007 pour l'ensemble des spécialités. Les revenus libéraux des médecins sont, encore en 2008, davantage tirés par les prix que par l'activité. Pour les omnipraticiens, l'augmentation des prix (+2,6 %) a largement compensé le recul de l'activité (-1,5 %). Cet effet prix a renforcé notamment les revenus des chirurgiens et des ophtalmologues (+3,3 %). Pour l'ensemble des médecins libéraux, les dépassements de tarifs conventionnés ont représenté en moyenne 11,1 % de leurs honoraires mais cette proportion est variable selon les spécialités : 30 % pour les chirurgiens, 27,5 % pour les gynécologues et 4 % pour les omnipraticiens, les radiologues et les cardiologues. Les forfaits ont représenté 6,3 % des honoraires des omnipraticiens en 2008.

Systèmes d'information
Information systems

46576

ARTICLE

ROBIN (J.Y.)

Organisation des soins primaires et systèmes d'information : des outils au service de la pratique professionnelle.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2011/01-02 ; vol. : n° 538 ; Pages : 17-19

Cote Irdes : P22

Hôpital - Alternatives / Hospital - Alternatives

Durée du séjour Length of stay

COOKSON (R.), LAUDICELLA (M.).

Do the poor cost much more? The relationship between small area income deprivation and length of stay for elective hip replacement in the English NHS from 2001 to 2008.

Les pauvres coûtent-ils plus chers ? La relation entre les régions à faible revenu et la durée de séjour des patients hospitalisés pour prothèse de hanche dans le système de santé anglais de 2001 à 2008.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 72 : n° 2 : 173-184.
Cote Irdes : P103

The Blair/Brown reforms of the English NHS in the early to mid 2000s gave hospitals strong new incentives to reduce waiting times and length of stay for elective surgery. One concern was that these efficiency-oriented reforms might harm equity, by giving hospitals new incentives to select against socio-economically disadvantaged patients who stay longer and cost more to treat. This paper aims to assess the magnitude of these new selection incentives in the test case of hip replacement. Anonymous hospital records are extracted on 274,679 patients admitted to English NHS Hospital Trusts for elective total hip replacement from 2001/2 through 2007/8. The relationship between length of stay and small area income deprivation is modelled allowing for other patient characteristics (age, sex, number and type of diagnoses, procedure type) and hospital effects. After adjusting for these factors, we find that patients from the most deprived tenth of areas stayed just 6% longer than others in 2001/2, falling to 2% by 2007/8. By comparison, patients aged 85 or over stayed 57% longer than others in 2001/2, rising to 71% by 2007/8, and patients with seven or more diagnoses stayed 58% longer than others in 2001/2, rising to 73% by 2007/8. We conclude that the Blair/Brown reforms did not give NHS hospitals

strong new incentives to select against socio-economically deprived hip replacement patients.

Etude prospective Forecast study

45832
ARTICLE
BUDET (J.M.)

Quelle offre hospitalière dans la France de 2040 ?

Dossier. Hôpital et prospective.
GESTIONS HOSPITALIERES
2010/06-07 ; n° 497 : Pages : 375-378
Cote Irdes : C, P67

La place de l'hospitalisation, de l'offre de soins, constitue un enjeu important dans la construction des territoires de demain à un moment où les démarches prospectives reviennent à l'ordre du jour dans un monde instable et apparemment essentiellement réactif au court, voire au très court terme. Les heures glorieuses de la planification à la française et de ses théoriciens ne sont pourtant pas si lointaines. Dans les années 1970, l'Etat a fortement contribué au développement d'une prospective appliquée, notamment à travers les nombreuses actions de la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire, dans la lignée des travaux fondateurs de Gaston Berger. A partir des années 1990 - après une traversée du désert dans les années 1980 - la prospective a connu à nouveau un essor important alors que la décentralisation, le développement local et la science géographique faisaient du territoire à la fois un objet de connaissance et un opérateur politique à part entière. Dans ce champ d'action et de réflexion se constitue la " prospective territoriale ", comprise à la fois comme théorie et pratique, visant à l'exploitation des futurs possibles, à l'identification des enjeux et la conception de politiques susceptible de les relever. Forte de ces cinquante années de développement et d'expérimentation, la prospective demeure un outil essentiel pour penser un monde meilleur, c'est-à-dire pour

comprendre les grandes transformations du monde actuel - globalisation, métropolisation, urbanisation, etc. - et anticiper les enjeux.

Infections nosocomiales
Healthcare associated infections

45633

ARTICLE

BOUAFIA (N.), BENISSA (M.R.), CARBONNE (A.), ASTAGNEAU (P.)

Évaluation du signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé d'Île-de-France de 2004 à 2008.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2010/09/07 ; n° 33 ; Pages : 353-356

Cote Irdes : C, P140

http://www.invs.sante.fr/beh/2010/33/beh_33_2010.pdf

Le signalement des infections nosocomiales (IN), mis en place par le décret n°2001-671 du 26 juillet 2001, s'est intégré au système d'alerte sanitaire dans l'objectif d'optimiser les actions de prévention des IN. Objectifs : Cette étude avait pour objectifs de décrire l'organisation du signalement interne et externe dans les établissements de santé (ES) d'Île-de-France, et d'évaluer les motivations et les difficultés rencontrées dans l'application de ce dispositif. Méthodes : Il s'agit d'une enquête déclarative auprès des responsables " signalement " des ES d'Île-de-France ayant adressé au moins un signalement au Centre de coordination inter-régional de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-région Nord (CClin Paris-Nord) entre le 01/02/2004 et le 29/02/2008, au moyen d'un questionnaire pré-établi comportant des questions fermées sur l'organisation du signalement et une question ouverte pour les suggestions d'amélioration du dispositif par les acteurs du signalement. L'enquête a été réalisée dans 108 ES d'Île-de-France, du 20 mai au 31 octobre 2008, par un interne du CClin. Résultats : Le taux de réponse a été de 60,1 %. Concernant le signalement interne, une fiche spécifique était présente dans 46,2 % des ES. Dans 86,2 % des ES d'Île-de-France, il existait un

circuit spécifique pour le signalement interne des IN et, dans 36,9 % des cas, celui-ci était informatisé. Les deux principales sources du signalement interne étaient le laboratoire de microbiologie (84,6 %) et les cliniciens en charge des cas (83,1 %). Le signalement externe était perçu par les responsables " signalement " comme représentant : (i) un outil intéressant dans le cadre d'une participation active au système d'alerte sanitaire (92,3 %) ; (ii) un soutien pour la mise en place des mesures correctives adéquates (73,8 %) ou l'aide à l'investigation (73,8 %) essentiellement par le CClin ; (iii) un retour d'informations aux réseaux de correspondants des CClin. Dans 73,8 % des cas, les responsables " signalement " étaient satisfaits de la rétro-information de la part du CClin, versus 29,2 % de satisfaits de la rétro-information en provenance de la Ddass (**Direction départementale d'action sanitaire et sociale**). Le signalement des IN semble acquis comme un outil d'alerte utile. Cependant, il reste des progrès à faire pour rendre réellement opérationnels les circuits de signalement interne. L'élaboration d'un outil informatique spécifique, accessible et simple pour le signalement externe est en cours. Par ailleurs, le rôle du CClin est perçu comme une aide positive (Résumé d'auteur).

Hôpital public
Public hospital

45513

ARTICLE

COUTY (E.)

Hôpital public : le grand virage.

La privatisation de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; vol. : n° 28 ; Pages : 39-48

Cote Irdes : P168

Les réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXI^e siècle (plan « Hôpital 2007 » et loi Hôpital Patients Santé et Territoires) mettent en place une **série de mesures d'inspiration libérale** qui peuvent remettre en cause le secteur public hospitalier en France. La convergence des tarifs publics et privés

dans le système de financement à l'activité et les effets de marchandisation qu'elle entraîne, les contrats de partenariat public-privé (PPP) pour la réalisation d'investissements et l'exploitation de services hospitaliers, enfin la suppression du service public hospitalier et l'avènement d'une gouvernance pour un hôpital-entreprise sont autant de signaux d'une rupture avec les valeurs qui fondent les missions de l'hôpital public et donnent sens à l'action de ses personnels. Cette rupture s'accompagne d'un retour en force de l'État central, la politique contractuelle étant biaisée par l'institution d'une ligne hiérarchique pyramidale qui va jusqu'aux services de proximité. L'article s'efforce d'analyser ce processus simultané de « privatisation » et de « nationalisation » qui se met en place dans un contexte économique et financier dont la gravité exige effort de solidarité et rigueur de la part de tous les acteurs (Résumé de l'éditeur).

Hôpital sans but lucratif Non profit hospital

45512
ARTICLE
FESSIER (J.M.)

"Not-for-profit" dans les hôpitaux.

La privatisation de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; vol. : n° 28 : Pages : 49-54
Cote Irdes : P168

Dans un certain nombre de pays, sur chaque continent, on constate que le secteur hospitalier non profit est important. Cette situation de l'offre de soins hospitaliers est à distinguer de celle des systèmes d'assurance maladie dont la capacité d'inclusion est variable. On s'attache plus particulièrement ici à la situation des hôpitaux en Europe et sur le continent nord-américain. Aux États-Unis, deux tiers des lits hospitaliers de court séjour relèvent de l'économie sociale. Il s'agit notamment des hôpitaux universitaires les plus importants. À une telle échelle, qui est aussi celle de certains pays en Europe, il est permis de penser qu'une volonté culturelle, politique et sociale forte et durable s'exprime ainsi (Résumé de l'éditeur).

Listes d'attente Waiting lists

46010
ARTICLE
KREINDLER (S.A.)

Policy strategies to reduce waits for elective care : a synthesis of international evidence.

Les stratégies politiques pour réduire les temps d'attente pour les soins non urgents : une synthèse des données internationales.

BRITISH MEDICAL BULLETIN
2010/05/10 ; vol. 95 : n° 1 : Pages : 7-32
Cote Irdes : C, INI 1973

Organisation hospitalière Hospital organisation

46500
ARTICLE, INTERNET
VOS (L.), CHALMERS (S.E.), DUCKERS (M.L.)

Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review.

Vers une organisation des soins à l'échelle de l'organisation : une revue de la littérature.

IMPLEMENTATION SCIENCE
2011/01 ; vol. 6 : n° 8 : Pages : 14p., tabl.
Cote Irdes : en ligne
<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-6-8.pdf>

Many hospitals have taken actions to make care delivery for specific patient groups more processoriented, but struggle with the question how to deal with process orientation at hospital level. The aim of this study is to report and discuss the experiences of hospitals with implementing process-oriented organization designs in order to derive lessons for future transitions and research. Methods: A literature review of English language articles on organisation-wide process-oriented redesigns, published between January 1998 and May 2009, was performed. Results: Of 329 abstracts identified, 10 articles were included

in the study. These articles described processoriented redesigns of five hospitals. Four hospitals tried to become process-oriented by the implementation of coordination measures, and one by organisational restructuring. The adoption of the coordination mechanism approach was particularly constrained by the functional structure of hospitals. Other factors that hampered the redesigns in general were the limited applicability of and unfamiliarity with process improvement techniques. Conclusions: Due to the limitations of the evidence, it is not known which approach, implementation of coordination measures or organisational restructuring (with additional coordination measures), produces the best results in which situation. Therefore, more research is needed. For this research, the use of qualitative methods in addition to quantitative measures is recommended to contribute to a better understanding of preconditions and contingencies for an effective application of approaches to become process-oriented. Hospitals are advised to take the factors for failure described into account and to take suitable actions to counteract these obstacles on their way to become process-oriented organisations.

46440

ARTICLE

BRECHAT (P.H.), LEENHARDT (A.), MATHIEU-GRENOUILLEAU (M.C.), et al.

Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en oeuvre d'une politique de santé publique.

SANTE PUBLIQUE

2010/09-10 ; vol. 22 : n° 5 : Pages : 571-580

Cote Irdes : C, P143

Quels bilans et perspectives peuvent être envisagés pour les pôles d'activités après la réforme de l'organisation et de la gouvernance des établissements de santé, engagée en 2002 par le plan " hôpital 2007 ", et la mise en oeuvre de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) votée en 2009 ? Les auteurs confrontent leur expérience avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique. Cinq freins à la réorganisation hospitalière peuvent être dégagés, notamment l'absence de délégation de gestion et la

centralisation des décisions, l'hétérogénéité de nombreux pôles, les problèmes de temps.

Performance
Performance

LAUDICELLA (M.), OLSEN (K.R.), STREET (A.).

Examining cost variation across hospital departments--a two-stage multi-level approach using patient-level data.

Etude de la variation des coûts hospitaliers à l'intérieur d'une même discipline d'équipement : une approche multiniveau en deux étapes à partir de données patients.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2010 : vol. 71 : n° 10 : 1872-1881.

Cote Irdes : P103

Studies of hospital efficiency seldom lead to changes in practice, partly because recommendations are unspecific or results are not seen as robust. We describe a method to compare hospital costs that utilises patient-level data. We perform a two-stage analysis in which we first consider factors that explain costs among patients and then across hospital departments. We illustrate our approach by examining the costs and characteristics of almost one million patients admitted to 136 English NHS hospital obstetrics departments in 2005/2006. We identify those departments with significantly higher costs that need to take action.

KLOPPER-KES (A.H.), MEERDINK (N.),
WILDEROM (C.P.), VAN HARTEN (W.H.).

Effective cooperation influencing performance: a study in Dutch hospitals.

Les effets d'une coopération efficace sur la performance : une étude fondée sur les hôpitaux néerlandais.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN
HEALTHCARE
2011 : vol. 23 : n° 1 : 94-99.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: This study focuses on cooperation between physicians and managers and aspects of that cooperation that can provide leads for interventions aimed at enhancing hospital performance. DESIGN: We performed a qualitative study on cooperation between physicians and managers and the influence of that cooperation on hospital performance, and structured the resulting data according to the conditions of Allport's theory on intergroup conflicts. SETTING: General hospitals in the Netherlands. PARTICIPANTS: Thirty physicians (surgical and internal) and managers (strategic, tactic and operational) working in five different hospitals. INTERVENTIONS: In-depth interviews exploring the influence of cooperation between physicians and managers on hospital performance. MAIN OUTCOME MEASURES: Respondents confirmed the complexity of the relationship between physicians and managers and the link between their cooperation and hospital performance. Mentioned aspects such as power and status differences, clarity in decision-making and personal click, are important in determining the effectiveness of the cooperation between physicians and managers. RESULTS: Our study suggests that the effectiveness of cooperation between physicians and managers is related to the uptake of quality initiatives and hospital performance. CONCLUSIONS: The complex relationship between physicians and managers can be referred to as an intergroup conflict situation. We combined Allport's Contact theory conditions with aspects found in our study leading to the following facilitating conditions: address common goals; create interdependent tasks; arrange the support of authorities and respect the medical domain. They will enhance intra-hospital cooperation and therewith hospital performance.

VAN VLIET (E.J.), BREDENHOFF (E.),
SERMEUS (W.), KOP (L.M.), SOL (J.C.), VAN
HARTEN (W.H.).

Exploring the relation between process design and efficiency in high-volume cataract pathways from a lean thinking perspective.

Examiner la relation entre conception des processus et efficience dans les filières de traitement de la cataracte selon le « penser au plus juste ».

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN
HEALTHCARE
2011 : vol. 23 : n° 1 : 83-93.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: To compare process designs of three high-volume cataract pathways in a lean thinking framework and to explore how efficiency in terms of lead times, hospital visits and costs is related to process design. DESIGN: International retrospective comparative benchmark study with a mixed-method design. SETTING: Three eye hospitals in the UK, the USA and the Netherlands participated in this study. All are major international tertiary care and training centres in ophthalmology. PARTICIPANTS: Data on all patients who underwent first eye cataract surgery in 2006 were used. INTERVENTIONS: The study related six operational aspects of lean thinking in the process design to efficiency. MAIN OUTCOME MEASURES: Measures of lean aspects were operational focus, autonomous work cell, physical lay-out of resources, multi-skilled team, pull planning and elimination of wastes. Efficiency was measured with lead times (access time plus waiting time for surgery), hospital visits and direct costs. RESULTS: Operational focus was influenced by external circumstances leading to different orientations on efficiency. Pull planning with integrating activities in one-stop procedures conducted by multi-skilled nurses as well as eliminating wastes reduced both the number of hospital visits and costs. Short lead times were associated with the use of a general outpatient clinic and a high-volume cataract surgery clinic. CONCLUSIONS: The environmental context and operational focus primarily influenced process design of the cataract pathways. When pressed to further optimize their processes, hospitals can use these systematic benchmarking data

to decrease the frequency of hospital visits, lead times and costs.

46424

ARTICLE

LIVARTOWSKI (A.)

Effizienz hospitalière et efficacité du système de santé.

Effizienz médico-économique.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2010/09-10 ; n° 536 : Pages : 40-43

Cote Irdes : C, P22

La croissance des dépenses de santé invite à une bonne utilisation des ressources, notamment à l'hôpital. Améliorer l'efficacité hospitalière suppose de redéfinir la mission de l'hôpital public et de raisonner en " chemin clinique ", dont l'hôpital n'est qu'un maillon. Mais les mécanismes de financement ne le permettent pas car les tarifs ne tiennent compte ni du coût de l'organisation, ni du coût de la qualité des soins. Chacun peut sembler efficace dans son secteur, mais le système peut ne pas l'être. Mener une politique de dérégulation qui consiste à confier la maîtrise des dépenses aux seuls producteurs de soins étant inopérant, l'honnêteté collective consisterait à déterminer les bases d'une autre Sécurité sociale, car améliorer l'efficacité d'un système consiste à en fixer les objectifs puis à mesurer les coûts et la production de soins. Si les agences régionales de santé ne se penchent pas sur ce problème, on peut craindre que la réforme ne se révèle vaine (Résumé d'auteur).

45514

ARTICLE

SAGET (E.), BENHAIEM (A.), FALGA (P.)

Le classement 2011 des hôpitaux les plus sûrs.

L'EXPRESS

2010/12/01 ; n° 3100 : Pages : 94-122, tabl.

Cote Irdes : Dossier de presse : Hôpital public

Ce dossier présente le premier palmarès des établissements hospitaliers français où tous les établissements sont répertoriés en fonction des efforts consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales. Ce classement est fondé sur les évaluations du ministère de la Santé.

Planification hospitalière

Hospital planning

46041

ARTICLE

HAMMOUN KADDOUR (A.)

L'hôpital à l'épreuve de ses territoires : coopération et territoires.

GESTIONS HOSPITALIERES

2010/11 ; n° 500 : Pages : 611-617

Cote Irdes : c, P67

A l'heure de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), la présente contribution vise, via les Archives de la revue Gestions hospitalières, à analyser le développement de la coopération dans la politique sanitaire française. Il ne s'agit pas d'un exposé juridique sur le sujet mais de faire parler les acteurs mêmes de cette coopération, afin de saisir leurs innovations, leurs anticipations, leurs craintes et leurs souhaits au fur et à mesure que les instruments d'application de cette nouvelle formule de réponse à la demande de soins des usagers se mettent en place dans le temps et dans l'espace.

Psychiatrie

Mental health

46550

ARTICLE

KLOPP (S.)

Psychiatrie : face au projet sécuritaire de Sarkozy une proposition alternative pour une psychiatrie au service des patients : éléments d'un projet de loi cadre sanitaire pour la psychiatrie.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2011/01 : Pages : 74-78

Cote Irdes : B6986

Cet article fait une analyse critique de la réforme de la psychiatrie entreprise depuis 2008 par Nicolas Sarkozy, qui réalise un amalgame entre maladie mentale et criminalité. Il présente notamment le projet de loi qui devrait être soumis

au gouvernement en 2011 et qui cherche à réformer entre autres l'internement en banalisant le recours aux soins sous contrainte et en introduisant l'obligation de soins en ambulatoire.

Réforme Reform

46299

ARTICLE

DEBROSSE (D.)

La nouvelle gouvernance hospitalière.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2010/09 ; n° 72 : Pages : 7-10

Cote Irdes : C, P49

En 2009, la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) a modifié profondément le pilotage de l'hôpital en redistribuant les rôles des instances. Cet article retrace un bref historique de la réforme de l'hôpital et esquisse les points clés de cette réforme générale.

Sécurité des patients Patient safety

LY (D.P.), LOPEZ (L.), ISAAC (T.), JHA (A.K.).

How do black-serving hospitals perform on patient safety indicators? Implications for national public reporting and pay-for-performance.

Quelle est la performance des hôpitaux ayant un taux important d'hospitalisés de race noire sur les indicateurs de sécurité des patients ? Conséquences pour les rapports publics nationaux et la rémunération à la performance.

MEDICAL CARE

2010 : vol. 48 : n° 12 : 1133-1137.

Cote Irdes : P45

There is increasing policy interest in public reporting and tying financial incentives to metrics of patient safety. How black-serving hospitals fare on these measures will have important implications

for disparities in care. OBJECTIVES: To determine how black-serving hospitals perform on patient safety indicators (PSIs). RESEARCH DESIGN: We used national Medicare data to calculate the performance of hospitals on 11 medical and surgical PSIs. We designated US hospitals in the top decile of proportion of hospitalized patients who are black as "black-serving." We calculated overall and race-specific rates and examined the relationship between being a black-serving hospital and PSI rates. SUBJECTS: Medicare fee-for-service enrollees discharged from 4488 acute-care US hospitals. RESULTS: Black-serving hospitals performed worse than other hospitals on 6 of 11 PSIs. For example, black-serving hospitals had nearly twice the rate of postoperative pulmonary embolism or deep venous thrombosis (19.4 vs. 11.5 per 1000 discharges, $P < 0.001$). Adjusting for hospital characteristics had moderate effects. In race-specific analyses, we found that both white and black patients generally had higher rates of potential safety events in black-serving hospitals than they did in non-black-serving hospitals. CONCLUSIONS: Hospitals that disproportionately care for black patients have higher rates of potential safety events among both black and white patients than other hospitals. Current efforts to penalize hospitals with high PSI rates will have a greater effect on hospitals that disproportionately care for black patients.

Services de soins infirmiers à domicile Nurses home care services

45822

FASCICULE

BERTRAND (D.)

Les services de soins infirmiers à domicile en 2008.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2010/09 ; vol. : n° 739 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er739.pdf>

Au 31 décembre 2008, les 2 095 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) présentent une capacité de 106 000 places installées, et prennent en charge 98 000 personnes, soit un taux global

d'occupation de 93 % et un taux d'équipement moyen de 20 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Initialement créés pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, les SSIAD sont désormais ouverts depuis 2004 aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques. La grande majorité des patients pris en charge par les SSIAD vit à domicile (96 %), est âgée de 75 ans ou plus (plus de 80 %) et se trouve en situation sévère de perte d'autonomie (deux tiers sont des femmes).

Tarification hospitalière
Hospital payment system

46094

ARTICLE

BERARD (F.), SICARD (D.), DE GEETER-DELROT (D.)
BROCA (A. De) / éd.

La T2A : une mal-mesure ? Dossier thématique.

ETHIQUE & SANTE

2010/09 ; vol. 7 : n° 3 : Pages : 134-161

Cote Irdes : B6867

Ce dossier tente une évaluation de la T2A comme outil de mesure de l'efficacité et de l'activité hospitalières en France. Il aborde trois problématiques : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance, évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité, du soignant à la gestion au soignant et la gestion.

46426

ARTICLE

Impact de la nouvelle classification des GHM dans le codage des établissements.

Efficacité médico-économique.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2010/09-10 ; n° 536 : Pages : 46-48, graph.

Cote Irdes : C, P22

L'introduction de la version 11 de la classification des GHM (groupes homogènes de malades) a suscité beaucoup de changements dans la manière de décrire et, par là-même, de financer les

établissements. La montée en charge et l'appropriation de cette nouvelle version par les établissements ont été suivies tout au long de l'année 2009 par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Plusieurs études ont permis d'examiner l'évolution du codage de l'activité d'une part, et les impacts sur la valorisation économique des séjours d'autre part (**Résumé d'auteur**).

45856

ARTICLE

BERNARD (J.), LE TILLY (Y.), PAUL (C.), et al.

Tarification à l'activité et politique d'investissement. L'équation vertueuse.

Investissements : quelles stratégies ? Dossier.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2010/05-06 ; vol. : n° 534 : Pages : 16-21

Cote Irdes : C, P22

Tarification à l'activité et politique d'investissement hospitalier sont-elles constitutives d'une association antinomique du court et long termes, ou représentent-elles les éléments indissociables de l'efficacité hospitalière ? Comment élaborer un plan pluriannuel d'investissement dans le cadre évolutif et incertain des recettes budgétaires ? Face à ces questions et aux défis managériaux induits, cet article propose une réflexion pragmatique. Le champ de la santé mentale et des activités médico-sociales, non concernée par ce mode de financement, motive une approche différente de la politique d'investissement et des modalités d'évaluation de l'activité hospitalière ambulatoire.

45507

ARTICLE, INTERNET

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

Hospital's activity-based financing system and manager-physician interaction.

Hôpital : tarification à l'activité et son impact sur la relation gestionnaire-médecin.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2010/05 ; Pages : 11p., 1 fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.springerlink.com/content/gk8615336l0q6662/fulltext.pdf>

This paper examines the consequences of the introduction of an activity-based reimbursement system on the behavior of physicians and hospital's managers. We consider a private for-profit sector where both hospitals and physicians are initially paid on a fee-for-service basis. We show that the benefit of the introduction of an activity based system depends on the type of interaction between managers and physicians (simultaneous or sequential decision-making games). It is shown that, under the activity-based system, a sequential interaction with physician leader could be beneficial for both agents in the private sector. We further model an endogenous timing game à la Hamilton and Slutsky (Games Econ Behav 2: 29–46, 1990) in which the type of interaction is determined endogenously. We show that, under the activity-based system, the sequential interaction with physician leader is the unique subgame perfect equilibrium.

en charge dans les services d'urgences. Nous avons étudié la faisabilité de la mise en place d'une plateforme téléphonique, en dérivation du système en vigueur pour la régularisation des appels d'urgence (Samu, Centre 15) et son effet sur la réduction du nombre de consultations non programmées dans les services d'urgences. Les référentiels développés par l'association Courlygonnes et fondés sur des données factuelles à propos de 5 thèmes (fièvre, diarrhée, pleurs, traumatisme crânien et gêne respiratoire chez le jeune enfant) ont été standardisés et adaptés à la communication téléphonique. Une équipe formée de répondants (infirmières puéricultrices) a été placée en dérivation du système de prise en charge afin de diffuser ces référentiels. Un appel à ces familles 7 jours plus tard a permis de connaître les actions qui ont suivi cet appel et les informations retenues par les appelants. La satisfaction de cette prise en charge a été évaluée.

Urgence hospitalière Emergency hospital

45578

ARTICLE

STAGNARA (J.), VERMONT (J.), JACQUEL (J.)
et al.

Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique.

PRESSE MEDICALE (LA)

2010 ; vol. 39 : n° 11 : Pages : E258-E263

Cote Irdes : INI 1959

Les consultations non programmées et non médicalement justifiées dans les services d'urgence augmentent. Il est nécessaire d'agir sur la demande non justifiée de soins. Des plateformes téléphoniques dédiées à la santé des enfants pourraient être un moyen efficace de diffuser de manière standardisée les référentiels factuels pour les cas cliniques jugés urgents par les parents ou accompagnants d'enfants et ne nécessitant pas, dans la majorité des cas, une prise

Professions de santé / Health professions

Infirmiers Nurses

46443

FASCICULE

BARLET (M.), CAVILLON (M.)

La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles.

SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2010/11 ; vol. : n° 101 ; Pages : 47p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf>

Avec près de 500 000 infirmiers en activité au 1er janvier 2009 en France, la profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectifs devant les médecins (209 000), les pharmaciens (73 000) et les masseurs-kinésithérapeutes (66 000). Dans les années à venir, deux phénomènes d'envergure vont renforcer le besoin en infirmiers. D'une part le vieillissement de la population et d'autre part la baisse prévisible du nombre de médecins de 10 % dans les dix prochaines années. Ainsi, même si les effectifs infirmiers sont en constante augmentation, il faudra veiller à assurer l'adéquation entre offre et besoins.

Pharmaciens d'officine Pharmacists

46004

FASCICULE

REQUILLART (H.) / éd.

Officines en quête d'un nouveau modèle.

PHARMACEUTIQUES

2010/12 ; vol. : n° 182 ; Pages : 62p., tabl., graph. fig.

Cote Irdes : P28

Longtemps compensé par l'essor des génériques, la marge des pharmacies d'officine est désormais mise à mal par la politique de maîtrise des dépenses pharmaceutiques. Le secteur des pharmacies d'officine est donc en pleine crise en France. Néanmoins la profession n'est pas coulée. Il convient de remettre à plat la rémunération des pharmaciens, de réorganiser les réseaux officinaux et de raffermir le rôle des pharmaciens dans la lutte des inégalités d'accès aux soins.

Médicaments/Pharmaceuticals

Antibiotiques

Antibiotics

46488
ARTICLE

Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.).
Paris. FRA

Un médecin sur deux prescrit abusivement un antibiotique.

QUE CHOISIR SANTE ?
2011/02 ; n° 47 : Pages : 1, 4-7
Cote Irdes : Bulletin français

Se fondant sur les résultats d'une enquête menée, en 2010, auprès de cinquante médecins généralistes de la région parisienne et de la province, cet article analyse le contenu de la prescription de médicaments faite à un faux malade souffrant d'un supposé mal de gorge. Il s'avère qu'un médecin sur deux a prescrit des antibiotiques.

Base de données

Database

45936
ARTICLE, INTERNET

WEIR (M.), RYAN (R.), MAYHEW (A.) et al.

The Rx for Change database: a first-in-class tool for optimal prescribing and medicines use

La base de données Rx for Change : un outil de premier rang pour une prescription et une utilisation des médicaments optimales.

IMPLEMENTATION SCIENCE
2010 ; vol. 5 : n° 89 : Pages : 9p., fig.
Cote Irdes : C, En ligne
<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-89.pdf>

Rx for Change is a novel, publicly-accessible database that we initially developed and populated with review level evidence, and made available online in April 2007. We update it

regularly to reflect accumulating and changing evidence and provide decision makers with reliable, up-to-date, evidence-based information in the form of reader-friendly summaries. In the database, we present key findings from systematic reviews that evaluate the effects of interventions directed at professionals, consumers, and organizations in a systematic way. This paper describes the methods for developing and populating the Rx for Change database and highlights key content and the significance of the database for healthcare policy makers, researchers, professionals, and consumers.

Données chiffrées

Statistical data collection

45518
ARTICLE

Le médicament et les autres biens médicaux en France : une analyse du Sénat.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2010/11/25 ; vol. : n° 721 : Pages : 6-8
Cote Irdes : P72

Le sénateur Alain Vasselle, rapporteur général des lois de financement de la Sécurité sociale, a **présenté, à l'occasion du projet de loi de financement pour la sécurité sociale 2011, un rapport sur l'assurance maladie dans lequel il examine les grands postes de dépenses de santé en France, en Suisse, mais aussi dans différents pays de l'Union européenne. Cet article d'Industrie Pharmaceutique Hebdo présente une analyse relative aux médicaments et aux autres biens médicaux. A noter que la commission sénatoriale des affaires sociales soutient la démarche gouvernementale d'imposer les médicaments orphelins aux conditions de droit commun à partir d'un certain seuil de chiffre d'affaires et de renforcer la compétence médico-économique de la Haute Autorité de santé (HA) en lien avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).**

Effet indésirables
Drug adverse events

46053
FASCICULE

Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2011.

REVUE PRESCRIRE
2010/12 ; vol. 30 : n° 326 : Pages : 416p.
Cote Irdes : P80

46567
ARTICLE

BABAI (S.), BROCVIELLE (H.), LEBELLER (C.)
et al.

Le risque médicamenteux chez la personne âgée. Quelques données factuelles en 2010

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2011/01 ; vol. 7 : n° 1 : Pages : 27-29
Cote Irdes : P198
http://www.jle.com/e-docs/00/04/62/35/vers_alt/VersionPDF.pdf

Les études épidémiologiques montrent que la polymédication et l'utilisation inappropriée de médicaments chez le sujet âgé constituent fréquemment des facteurs de risque d'effets indésirables médicamenteux et d'hospitalisation. Quatre publications récentes rappellent les faits et les précautions nécessaires.

Innovation médicale
Medical innovation

46502
ARTICLE

L'année 2010 du médicament : évaluation insuffisante, patients trop exposés.

REVUE PRESCRIRE
2011/02 ; vol. 31 : n° 328 : Pages : 134-141
Cote Irdes : P80

L'objectif de cet article est de dresser un bilan de la politique du médicament menée en France et

dans l'Union européenne pour l'année 2010. Sur 97 nouveaux médicaments nouvellement commercialisés, un sur cinq ont été autorisés en dépit d'une balance bénéfices-risques défavorables. Le nombre de médicaments destinés aux enfants est en augmentation, mais avec peu de progrès, et surtout des insuffisances dans l'évaluation. Les mesures efficaces pour protéger les patients des médicaments trop dangereux (retrait du marché ou refus d'autorisation) sont trop peu appliquées par les agences du médicament. Et trop souvent, les autorités de santé et les pouvoirs publics donnent la priorité aux intérêts économiques à court terme des firmes : autorisations de mise sur le marché précoces, remboursement au prix fort sans lien avec le progrès thérapeutique, développement de gammes « ombrelles ». On peut noter cependant une amélioration des projets européens relatifs à la pharmacovigilance et à la publicité.

46501
ARTICLE

30 ans de palmarès des médicaments de la revue prescrire : 1981-2010.

REVUE PRESCRIRE
2011/02 ; vol. 31 : n° 328 : Pages : 85-88
Cote Irdes : P80

Cet article fait le point sur 30 ans de palmarès des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.

46581
FASCICULE

Les 22 nouvelles molécules de 2010.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)
2011/02/26 ; n° 2870 - Cahier II : Pages : 20p., tabl.
Cote Irdes : P44

Cet article répertorie les 22 nouvelles molécules concernant les médicaments par spécialité médicale et pour l'année 2010 : seize à l'officine et six à l'hôpital. La cancérologie contribue largement à ce cru.

46000
FASCICULE

Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires.
(M.P.L.). Paris. FRA

L'annuel 2010 de la pharmacie.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES
LABORATOIRES (LE)
2010/12/11 ; vol. : n° 2858/2859 - Cahier II : Pages :
68p., graph., tabl.
Cote Irdes : P44

46002
ARTICLE

Choix thérapeutiques : le tri 2010.

REVUE PRESCRIRE
2011/01 ; vol. 30 : n° 327 : Pages : 26-60
Cote Irdes : P80

Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2010 par spécialité médicale

Neuroleptiques

Neuroleptics

45482
ARTICLE

DEMILY (C.), FRANCK (N.)

Les neuroleptiques en médecine générale. Première partie : mode d'action et indications.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010 ; vol. 6 : n° 8 : Pages : 358-361, tabl.
Cote Irdes : P198

Depuis l'introduction par Laborit puis Delay et Deniker de ces médicaments dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique dès le début des années 1950, les psychoses chroniques de l'adulte (schizophrénie essentiellement) constituent l'indication principale des neuroleptiques. Alors que les prescriptions de neuroleptiques (ou antipsychotiques, ces deux termes pouvant être considérés comme étant synonymes) entrant dans le cadre du traitement de la schizophrénie sont le plus souvent faites en psychiatrie, les neuroleptiques sont également couramment initiés et renouvelés en médecine générale de ville dans d'autres indications. La seconde partie de cet

article, dans le prochain numéro de Médecine, sera consacrée aux effets secondaires et précautions d'emploi concernant ces médicaments.

46036
ARTICLE

DEMILY (C.), FRANCK (N.)

Les neuroleptiques en médecine générale. Deuxième partie : effets indésirables et précautions d'emploi.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010 ; vol. 6 : n° 9 : Pages : 407-412, tabl.
Cote Irdes : P198

La première partie de cet article (numéro précédent de Médecine) rappelait le mode d'action et les indications des neuroleptiques en médecine générale. Cette seconde partie s'intéresse à leurs nombreux effets secondaires et aux précautions à prendre lors de la prescription initiale et du suivi, d'autant que certains effets indésirables peuvent être définitifs.

Observance thérapeutique

Prescription adherence

45483
ARTICLE

DAMBIELLE (K.), LEPOUTRE (B.)

Observance thérapeutique à la sortie de l'hôpital : l'utilisation d'une carte de traitement peut l'améliorer.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010 ; vol. 6 : n° 8 : Pages : 370-374, tabl.
Cote Irdes : P198

Des facteurs non cliniques, autres que les seules connaissances médicales, orientent le travail quotidien des praticiens. En effet, les médecins sont insérés dans une culture nationale, leurs pratiques s'inscrivent également dans des logiques socioéconomiques et elles sont influencées par des facteurs personnels. Ces multiples identités sont présentées dans un récent ouvrage collectif. Les contributions des chercheurs en sciences humaines mettent en évidence des dimensions «

profanes » des soins réalisés par les professionnels de santé habituellement prêtées aux patients.

Politique du médicament Drug policy

46586
ARTICLE

Les assises du médicament : ses groupes de travail.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/02/24 ; n° 732 ; Pages : 6-8
Cote Irdes : P72

Le 17 février 2011, le ministère du Travail a installé les « Assises du médicament ». Cette initiative fait suite à la remise du rapport de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) sur le Mediator. L'objectif de ces assises est d'engager une grande concertation sur le refonte du système de sécurité sanitaire des produits de santé, incluant les dispositifs médicaux. Cet article présente l'objectif de ces assises et ses principaux groupes de travail sur la base des documents disponibles au ministère.

Pharmacovigilance Drug safety

46486
ARTICLE

Pharmacovigilance : le point sur le nouveau dispositif.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE
2011/01/13 ; n° 726 ; Pages : 6-10
Cote Irdes : P72

La directive 2010/84 et le règlement n° 1235/2010 du 15 décembre 2010 modifiant la pharmacovigilance des médicaments sont parues au Journal officiel de l'Union européenne (JOUE) du 31 décembre 2010. Les deux textes issus du « paquet pharmaceutique » visent à renforcer le système de l'Union européenne pour la surveillance de la sécurité des médicaments à

usage humain présents sur le marché. Les règles régissant la procédure centralisée sont établies dans le règlement CE n° 726/2004. Le système décentralisé est couvert par la directive 2001/83/CE. Les règles relatives à la pharmacovigilance exigent donc de modifier les deux actes juridiques. Au vu du chevauchement des législations concernées, cet article fait le point sur les nouvelles mesures contenues dans les deux textes dont le but est avant tout de renforcer la protection des patients.

Prescription Drug prescription

45988
ARTICLE

GODMAN (B.), SHRANK (W.), ANDERSEN (M.), BERG (C.), BISHOP (I.), BURKHARDT (T.), GARUOLIENE (K.), HERHOLZ (H.), JOPPI (R.), KALABA (M.), LAIUS (O.), MCGINN (D.), SAMALUC (V.), SERMET (C.), SCHWABE (U.), TEIXERA (I.), TILSON (L.), CANKAT TULUNAY (F.), VLAHOVIC-PALCEVSKI (V.), WENDYKOWSKA (K.), WETTERMARK (B.), ZARA (C.), GUSTAFSSON (L.L.)

Comparing policies to enhance prescribing efficiency in Europe through increasing generic utilization : changes seen and global implications.

La comparaison de politiques visant à améliorer l'efficacité de la prescription en Europe par l'utilisation croissante des médicaments génériques : changements déjà réalisés et conséquences au niveau mondial.

EXPERT REVIEW OF PHARMACOECONOMICS & OUTCOMES RESEARCH
2010/12 ; vol. 10 ; n° 6 ; Pages : 707-722
Cote Irdes : R1815

http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxiu/comparing_policies_to_enhance_prescribing_efficiency.pdf

LISBY (M.), NIELSEN (L.P.), BROCK (B.), MAINZ (J.).

How are medication errors defined? A systematic literature review of definitions and characteristics.

Comment définir les erreurs de prescription médicamenteuse ? une revue de la littérature sur les définitions et les caractéristiques.

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTHCARE
2010 : vol. 22 : n° 6 : 507-518.
Cote Irdes : P194

OBJECTIVE: Multiplicity in terminology has been suggested as a possible explanation for the variation in the prevalence of medication errors. So far, few empirical studies have challenged this assertion. The objective of this review was, therefore, to describe the extent and characteristics of medication error definitions in hospitals and to consider the consequences for measuring the prevalence of medication errors. DATA SOURCES AND STUDY SELECTION: and data extraction Studies were searched for in PubMed, PsychINFO, Embase and CINAHL employing primary search terms such as 'medication errors' and 'adverse drug events'. Peer-reviewed articles containing these terms as primary end-points were included. Study country, year, aim, design, data-collection methods, sample-size, interventions and MAIN RESULT: were extracted. Result of data synthesis Forty-five of 203 relevant studies provided a generic definition of medication errors including 26 different forms of wordings. The studies conducted in nine countries represented a variety of clinical settings and the approach was mainly descriptive. Of utmost importance is the documented prevalence of medication errors, which ranged from 2 to 75% with no associations found between definitions and prevalence. CONCLUSION: Inconsistency in defining medication errors has been confirmed. It appears that definitions and methods of detection rather than being reproducible and reliable methods are subject to the individual researcher's preferences. Thus, application of a clear-cut definition, standardized terminology and reliable methods has the potential to greatly improve the quality and consistency of medication error reporting. Efforts to achieve a common accepted

definition that defines the scope and content are therefore needed.

OSTINI (R.), JACKSON (C.), HEGNEY (D.), TETT (S.E.).

How is medication prescribing ceased? A systematic review.

Comment interrompre une prescription ? une revue systématique.

MEDICAL CARE
2011 : vol. 49 : n° 1 : 24-36.
Cote Irdes : P45

Medication prescribing is a complex process where the focus tends to be on starting new medication, changing a drug regimen, and continuing a drug regimen. On occasion, a prudent approach to prescribing may necessitate ending an ongoing course of medication, either because it should not have been started in the first place; because its continued use would cause harm; or because the medication is no longer effective. OBJECTIVE: To identify effective strategies for stopping pre-existing prescribing in situations where continued prescribing may no longer be clinically warranted. RESEARCH DESIGN: Systematic searches for English-language reports of experimental and quasi-experimental research were conducted in PubMed (1951-November 2009), EMBASE (1966-September 2008), and International Pharmaceutical Abstract b (1970-September 2008). A manual search for relevant review articles and a keyword search of a local database produced by a previous systematic search for prescribing influence and intervention research were also conducted. STUDY SELECTION AND DATA EXTRACTION: Following initial title screening for relevance 2 reviewers, using formal assessment and data extraction tools, independently assessed abstracts for relevance and full studies for quality before extracting data from studies selected for inclusion. RESULTS: Of 1306 articles reviewed, 12 were assessed to be of relevant, high-quality research. A variety of drugs were examined in the included studies with benzodiazepines the most common. Studies included in the review tested 9 different types of interventions. Effective interventions included patient-mediated interventions, manual reminders to prescribers, educational materials

given to patients, a face-to-face intervention with prescribers, and a case of regulatory intervention. Partially effective interventions included audit and feedback, electronic reminders, educational materials alone sent to prescribers, and distance communication combined with educational materials sent to prescribers. CONCLUSIONS: It appears possible to stop the prescribing of a variety of medications with a range of interventions. A common theme in effective interventions is the involvement of patients in the stopping process. However, prescribing at the level of individual patients was rarely reported, with data often aggregated to number of doses or number of drugs per unit population, attributing any reduction to cessation. Such studies are not measuring the actual required outcome (stopping prescribing), and this may reflect the broader ambiguity about when or why it might be important to end a prescription. Much more research is required into the process of stopping pre-existing prescribing, paying particular attention to improving the outcomes that are measured.

bénéfices de santé avérés en population générale. Une prescription faite dans ce contexte est un mésusage des ressources limitées qu'il est souhaitable de consacrer à la santé ». Nul doute que cette conclusion drastique provoque quelques réactions... Comme pour tous les exemplaires de la Therapeutics letter, cette synthèse a fait l'objet de la relecture de 45 experts du sujet et généralistes afin de corriger d'éventuelles incohérences et de vérifier que l'information - fond et forme - correspondait bien à l'approche clinique du problème.

Statines Statins

46035
ARTICLE

WRIGHT (J.M.), NASSETT (K.L.), BERNARD (M.)

Statines et prévention primaire du risque cardiovasculaire : une méta-analyse des données disponibles en 2010.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010/11 ; vol. 6 : n° 9 : Pages : 399-406, tabl.
Cote Irdes : P198

Cet article a été publié en anglais dans le numéro 77 (mars-avril 2010) de la Therapeutics letter, publication indépendante du département de pharmacologie et thérapeutique de l'Université de Colombie britannique (Canada), sous le titre : Do statins have a role in primary prevention ? An update. Cette fois encore, la conclusion des auteurs canadiens est formelle : « l'utilisation de statines en prévention primaire n'a pas montré de

Technologie et informatique médicales Medical technologies and informatics

Dossier medical personnel Medical record

46429
ARTICLE
COUVREUR (C.)

Projet de dossier médical personnel et cadre national d'interopérabilité.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/09-10 : n° 536 : Pages : 60-62
Cote Irdes : C, P22

Le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) a été mis en place en octobre 2009 par l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé). Le projet de dossier médical personnel, sur lequel travaille l'ASIP santé depuis plusieurs mois, intègre aujourd'hui les principes du CI-SIS. Cette intégration permet de préciser les conditions de sa mise en oeuvre, la responsabilité des acteurs et ses modalités d'accès par les hospitaliers.

Evaluation Evaluation

46523
FASCICULE
KANAVOS (P.), NICOD (E.), VAN DEN
AARDWEG (S.), POMEDLI (S.)

L'impact des évaluations des technologies médicales : une comparaison internationale.

The impact of health technology assessments: an international comparison.

EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES
2010 ; vol. 12 : n° 4 : Pages : 1-20, tabl., graph.
Cote Irdes : Bulletin étranger
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/euroObserver/Obsvol12no4.pdf>

With the rising costs of health care due to an ageing population and a growing number of new and expensive technologies, an increasing number of countries have implemented health technology assessments (HTAs) as a means of informing the decision process based on clinical and economic evidence. In an environment where resources are scarce, HTA agencies' objective is to ensure access to safe and effective medicines, while managing health care expenditure in an efficient way by reimbursing clinically cost-effective treatments. Different studies show that the impact of HTAs varies greatly across countries, even though they are assessing the same drug for the same indication. In this issue of Euro Observer we undertake an analysis of health technology appraisals conducted across six agencies with a view to better understanding the similarities and differences in the appraisal process and the recommendations that follow. The agencies selected are the Common Drug Review (CDR) in Canada, the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) in Australia, the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England, the Scottish Medicines Consortium (SMC) in Scotland, the Dental and Pharmaceutical Benefits Board (TLV) in Sweden and the High Health Authority (HAS) in France. In this comparison, we analyze the type of evidence considered, the timing of each appraisal and implications for pricing of the pharmaceutical treatments studied, as well as identify similarities and differences in terms of all appraisals conducted during 2007–2009 and the recommendations made. Finally, we showcase these in terms of general trends, but also by elaborating on specific disease areas (cancer, orphan and central nervous system drugs).

Innovations technologiques
Technological innovations

46125

ARTICLE, INTERNET

BLACK (A.D.), CAR (J.), PAGLIARI (C.) et al.

The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview

L'impact de l'e-santé sur la qualité et la sécurité des soins de santé : une vue d'ensemble.

PLOS MEDICINE

2011 ; vol. 8 : n° 1 : Pages : 16p.

Cote Irdes : En ligne

[HTTP://WWW.PLOSMEDICINE.ORG/ARTICLE/INFO%3ADOI%2F10.1371%2FJOURNAL.PMED.1000366](http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000366)

There is considerable international interest in exploiting the potential of digital solutions to enhance the quality and safety of health care. Implementations of transformative eHealth technologies are underway globally, often at very considerable cost. In order to assess the impact of eHealth solutions on the quality and safety of health care, and to inform policy decisions on eHealth deployments, we undertook a systematic review of systematic reviews assessing the effectiveness and consequences of various eHealth technologies on the quality and safety of care. We systematically reviewed the preexisting systematic review literature on eHealth technologies and their impact on the quality and safety of health care delivery. We synthesised and contextualised our findings with the broader theoretical and methodological literature with a view to producing a comprehensive and accessible overview of the field. We present here a synopsis and updated version of a much larger recently published report covering the period 1997–2010.

46101

ARTICLE

DUPAGNE (D.)

Les nouvelles informations en santé.

E-santé et nouvelles technologies

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; n° 29 : Pages : 33-39

Cote Irdes : P168

Les nouvelles technologies de la communication et de l'information ont profondément transformé l'élaboration et la transmission des informations concernant la santé. Les espaces communautaires et les blogs ont modifié la hiérarchie des sources et leur usage par le public. De nouveaux acteurs, comme les apomédiaires, supplantent progressivement les journalistes et les experts. Cette révolution douce, qui ne fait que débiter, modifie inexorablement le paysage sanitaire et renforce la capacité du patient à accéder à des soins de qualité (Résumé de l'éditeur).

Internet
Internet

46103

ARTICLE

NABARETTE (H.), CANIARD (E.)

Sites santé et régulation.

E-santé et nouvelles technologies

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010 ; n° 29 : Pages : 49-58

Cote Irdes : P168

De façon générale, la régulation d'Internet repose sur l'élaboration par les États, le secteur privé et la société civile de principes, normes et programmes communs propres à modeler l'évolution et l'usage de l'Internet, et sur les usages eux-mêmes, porteurs de formes d'autorégulation avec le web 2.0 (nouvelles fonctionnalités du web permettant aux internautes d'interagir avec le contenu et entre eux). Pour le secteur de la santé, la régulation des sites doit chercher spécifiquement à lutter contre la vente illicite de produits de santé, à préserver la confidentialité des données personnelles de santé, à identifier

l'information dangereuse et à promouvoir la transparence des sites. Au-delà, puisque Internet offre des opportunités d'atteindre les objectifs de la politique de santé, l'action publique doit veiller à assurer l'accès à l'information, mener des activités de veille sur les contenus d'Internet et leur utilisation, sans oublier bien sûr le rôle que peut jouer Internet dans le développement du débat public (Résumé de l'éditeur).

46102
ARTICLE

MEADEL (C.), AKRICH (M.)

Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin.

E-santé et nouvelles technologies

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n° 29 : Pages : 41-48
Cote Irdes : P168

Quelle place occupe aujourd'hui Internet dans l'échange entre le médecin et son patient ? Si son formidable réservoir de connaissances est omniprésent dans le cabinet, de manière indirecte, à travers les multiples consultations d'informations sur la santé, tant par les praticiens que par les malades, il n'apparaît pourtant pas comme un moyen d'échange leur permettant de mieux communiquer. Et pourtant, il se révèle souvent comme un accompagnant complémentaire de la relation au médecin. Aussi pourrait-il devenir le support d'une transformation douce des relations entre patients et médecins (Résumé de l'éditeur).

Systèmes d'information
Information systems

46411
ARTICLE

TUPPIN (P.), DE ROQUEFEUIL (L.), WEILL (A.), RICORDEAU (P.), MERLIERE (Y.)

Occupational note - French national health insurance information system and the permanent beneficiaries sample.

Note pédagogique - Le système d'information de l'assurance-maladie en France et l'échantillon généraliste de bénéficiaires.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2010/08 ; vol. 58 : n° 4 : Pages : 286-290
Cote Irdes : C, P11

En France, au début des années 2000, le législateur a souhaité que les régimes d'assurance-maladie développent un système d'information inter-régimes (SNIIR-AM) afin de mieux connaître et évaluer le recours aux soins et les dépenses de santé des assurés. En 2009, il contenait des données du régime général d'assurance-maladie qui prend en charge 86 % de la population française, soit environ 53 millions de personnes. Ces données ne sont disponibles que sur une période de deux ans au-delà de l'année en cours. En outre, un échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) a été créé à partir du SNIIR-AM. Il est permanent, représentatif de la population protégée et les bénéficiaires et leur consommation de soins seront suivis pendant 20 ans depuis 2004. Il contient des informations anonymes sur les caractéristiques sociodémographiques et médicales des bénéficiaires et les prestations qu'ils ont perçues. Il résulte d'un sondage au 1/97e sur une clef du numéro d'identification des bénéficiaires, qu'ils aient ou non perçu des remboursements de soins dans l'année. Il regroupait en 2009 près de 500 000 bénéficiaires du régime des travailleurs salariés hors fonctionnaires et étudiants (77 % de la population résidant en France). L'EGB permet la réalisation d'études longitudinales en reconstituant les parcours et recours aux soins des patients, en ville et à l'hôpital, de calculer les dépenses individuelles, d'étudier certaines pathologies relativement fréquentes caractérisées par un remboursement à 100 % pour certaines maladies chroniques et le remboursement de médicaments traceurs. Le SNIIR-AM doit, à terme, couvrir les assurés de l'ensemble des régimes d'assurance-maladie de France (Résumé d'auteur).

46104
ARTICLE
SAURET (J.)

Économie des nouveaux systèmes d'information en santé.

E-santé et nouvelles technologies

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n° 29 : Pages : 59-68
Cote Irdes : P168

Annoncés comme très prometteurs, les systèmes d'information en santé n'ont pas débouché en France sur toutes les améliorations attendues. L'analyse de la situation montre que les avancées ont été significatives, mais très hétérogènes. La France accuse aujourd'hui un vrai retard sur les pays équivalents. Pour autant, les gains que pourraient apporter des systèmes d'information performants restent très importants, tant pour la qualité des soins que pour les aspects financiers ou pour le pilotage du système. Cependant, la réalisation de ces gains est soumise à certaines conditions, non encore réunies (Résumé de l'éditeur).

Télémédecine
Telemedicine

46100
ARTICLE
HOLUE (C.)

Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation.

E-santé et nouvelles technologies

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n° 29 : Pages : 23-31
Cote Irdes : P168

Le décret du 19 octobre 2010 définit et fixe les conditions de mise en œuvre des activités de télémédecine, qui seront portées et financées essentiellement, dans leur phase expérimentale, par les agences régionales de santé (ARS). Quatre types d'actes sont ainsi amenés à se développer dans les années à venir, au service des patients : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale et la télé-assistance médicale. Avant d'y parvenir, de nombreuses questions techniques, juridiques, économiques et éthiques doivent encore être débattues et trouver des réponses. Mais l'exemple des pionniers inspire les différents acteurs (Résumé de l'éditeur).

Systemes de santé étrangers / Foreign health care systems

Allemagne Germany

45972

ARTICLE

SZECSENYI (J.)

Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne.

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 : 81-95, tabl.
Cote Irdes : C, P59

Joachim Szecsenyi, directeur du département de recherche médicale et de médecine générale à l'université de Heidelberg, propose un aperçu de l'organisation des soins ambulatoires en Allemagne, et notamment des programmes de disease management introduits en 2002. En Allemagne, comme en France, l'organisation des soins est très fragmentée, avec une distinction institutionnelle claire en matière de délivrance des soins primaires et secondaires (soins ambulatoires et hospitaliers). La place des soins primaires y est peu structurée, au sein d'une médecine ambulatoire prise en charge par des médecins libéraux. Ce n'est que récemment que certaines réformes, notamment l'introduction d'incitations financières et d'une plus grande flexibilité dans la contractualisation entre les assureurs et les professionnels, ont tenté de favoriser une meilleure coordination des soins et un renforcement de la place des soins primaires. Différents dispositifs viennent ainsi s'ajouter à l'instauration du disease management : l'introduction d'un mécanisme incitatif au choix d'un médecin référent, la mise en place de contrats de soins intégrés, le développement des centres de soins médicaux regroupant des médecins et d'autres professions de santé, et la promotion du rôle des infirmières praticiennes

ayant acquis une formation spécifique orientée vers l'intervention auprès de groupes de patients.

Canada Canada

46542

ARTICLE , INTERNET

SIBLEY (L.M.), WEINER (J.P.)

An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada.

Une évaluation de l'accès aux services de soins de santé le long du continuum rural-urbain au Canada

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

2010 ; vol. 11 : n° 20 : Pages : 11p.

Cote Irdes : en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-20.pdf>

In order to get a complete understanding of access to health care along the rural-urban continuum in Canada, this study uses five different measures of access that reflect both potential and realized access; uses a five level indicator of rural-urban status; and accounts for location of residence at the levels of province, health region, and community. The first objective of this study is to compare access to health care services in Canada across the rural-urban continuum. The second objective is to determine how much of the variation in access across the rural-urban continuum remains once other determinants are accounted for.

46490

FASCICULE, INTERNET

Institut Canadien d'Information sur la Santé.
(I.C.I.S.). Ottawa ON. CAN, Canadian Institute for
Health Information. (C.I.H.I.). Ottawa ON. CAN

**Seniors and the Health Care System:
What Is the Impact of Multiple Chronic
Conditions?**

*Les personnes âgées et le système de santé :
quelles sont les répercussions des multiples
affections chroniques?*

Analysis in Brief

2011/01 ; Pages : 24p., fig., tabl., annexes.

Cote Irdes : En ligne

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/airchronic_diseas_e_aib_en.pdf

Les soins dispensés aux patients souffrant d'affections chroniques constituent une source de préoccupation grandissante pour les Canadiens en raison de la hausse de la prévalence de maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension. La prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge, ce qui engendre un fardeau accru pour la santé chez les personnes âgées, soit chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus. Les patients atteints d'affections chroniques et surtout ceux qui souffrent de multiples problèmes chroniques, également appelés comorbidité, ont généralement une qualité de vie inférieure et nécessitent d'importantes ressources de soins de santé. Il est essentiel d'assurer une prévention et une gestion efficaces des affections chroniques, particulièrement en ce moment où la génération des baby-boomers au Canada s'apprête à entrer dans la catégorie des personnes âgées. L'étude dont fait état le présent rapport a examiné les expériences que des personnes âgées canadiennes ont déclaré avoir vécues lorsqu'elles ont été traitées pour des affections chroniques par les services de soins de santé primaires (SSP). Les résultats de cette étude peuvent servir à améliorer notre compréhension de l'utilisation des services de soins de santé et de l'état de santé des patients, de la qualité de la communication entre les patients et les dispensateurs de soins, de l'autogestion des patients et de la gestion des médicaments. Le présent rapport est axé sur les personnes âgées, car elles sont plus susceptibles que les jeunes de souffrir d'affections chroniques,

surtout de comorbidités pouvant se révéler complexes et difficiles à gérer.

46112

ARTICLE

DI MATTEO (L.)

**The sustainability of public health
expenditures : evidence from the
Canadian federation.**

*La soutenabilité des dépenses de santé
publiques : évidence à partir de la Fédération
canadienne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS
(THE)

2010/12 ; vol. 11 : n° 6 : Pages : 569-584, 5 tabl.

Cote Irdes : P151

The fiscal sustainability of government health expenditures is defined as the gap between growth rates of spending and measures of the resource base. The results show that over the period 1965-2008, real per capita Canadian provincial government health spending has grown at rates that exceed growth in basic measures of the resource base such as per capita gross domestic product (GDP), per capita federal transfers and per capita provincial government revenues. Forecasts of future spending to 2035 using determinant regression and growth rate extrapolation techniques show that Canadian provincial government health spending is projected to continue rising in the future and its share of provincial GDP will rise. While the amount spent on health is ultimately a public policy choice, provincial government health spending also cannot continue growing faster than the resource base indefinitely.

Espagne
Spain

45969
ARTICLE
DEDEU (T.)

Organisations des soins primaires en Catalogne.

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 : 49-59.
Cote Irdes : C, P59

Toni Dedeu, médecin généraliste et urologue, a exercé à la fois dans des hôpitaux et dans des centres de soins primaires en Espagne. Il occupe actuellement des fonctions de conseil et de gestion au sein de plusieurs institutions, d'une part, en tant que représentant international à la Société espagnole de médecine communautaire et de famille (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) et, d'autre part, comme conseiller à l'Institut catalan de la santé et consultant à la Commission européenne. Fort de cette double expérience de praticien et de consultant, il propose une présentation générale du système de santé espagnol, et plus particulièrement de l'organisation des soins primaires en Catalogne.

Etats-Unis
United States

LIGHT (D.W.).

Historical and comparative reflections on the U.S. national health insurance reforms.

Réflexions historiques et comparées sur la réforme de l'assurance maladie aux Etats-Unis.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
2011 : vol. 72 : n° 2 : 129-132.
Cote Irdes : P103

The 2010 US reforms addressed forms of public and private insurance designed to reinforce a delivery system that developed to maximize the autonomy of physicians and hospitals. That autonomy emphasizes fees and specialization, which led to for-profit incorporation and overtreatment. Powerful corporate lobbies have defeated previous reforms and diluted the impact of the Obama reform. It barely passed and does little to manage costs or rationalize medicine. US health care does not fit established models of welfare states and contains five different models of health care delivery.

45970
ARTICLE
BERENSON (R.)

Politique tarifaire visant à renforcer l'offre de soins primaires, l'expérience du Medicare aux Etats-Unis

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 : 63-72
Cote Irdes : C, P59

Robert Berenson, médecin généraliste et chercheur à l'Urban Institute à Washington, est un spécialiste des politiques de santé aux États-Unis, et notamment de la question de l'assurance maladie publique Medicare. Il a occupé depuis 1998 plusieurs fonctions au sein de l'administration de Medicare. Depuis juillet 2009, il est devenu commissaire au Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC). Après un bref exposé de la situation des médecins de soins primaires aux États-Unis, son article présente l'évolution et les effets de la politique de tarification des actes des médecins par Medicare. Il termine par une présentation du concept des medical homes et des modèles de paiement possibles dans ce cadre.

45967

ARTICLE

BURROWS (M.)

Financement et organisation des soins primaires aux Etats-Unis, l'exemple du Primary Care Trust de Salford.

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 : 23-33, graph.
Cote Irdes : C, P59

Directeur d'un Primary Care Trust (PCT) – organisme responsable au niveau local du **financement et de l'organisation des soins** – dans la ville de Salford (Angleterre), Mike Burrows présente le cadre général de délivrance des soins primaires au Royaume-Uni. Il propose **une description de l'organisation et du fonctionnement** des Primary Care Trusts et des trois contrats actuellement en vigueur entre le National Health Service (NHS) et les médecins généralistes au Royaume-Uni, en illustrant son propos à travers l'exemple du PCT de Salford.

45510

ARTICLE

RODWIN (V.G.)

L'assurance santé aux Etats-Unis : la réforme Obama.

La privatisation de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010 ; n° 28 : Pages : 75-82
Cote Irdes : P168

Le Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) est le projet de réforme du système **d'assurance santé le plus ambitieux que les États-Unis aient connu** depuis celui du président Lyndon Johnson. Cette réforme vise à moderniser le système de santé en mobilisant des ressources considérables au niveau fédéral pour financer à grande échelle des expérimentations autour **d'idées connues et débattues** depuis vingt-cinq ans : disease management, paiement à la performance, programmes de prévention et de dépistage, systèmes forfaitaires de rémunération. Enfin, un autre volet de la réforme vise à réduire les gaspillages, à lutter contre les abus et les

fraudes et à rationaliser le système Medicare. Pourquoi cette loi, qui met fin à de nombreuses tentatives avortées, a-t-elle suscité un débat si passionné entre démocrates et républicains ? Quels sont les défis auxquels le gouvernement sera confronté et réussira-t-il à faire appliquer la loi ? (Résumé de l'éditeur).

Europe
Europe

45566

ARTICLE

SALTMAN (R.B.)

European health reform trends, 1990-2010

Tendances en matière de réforme de la santé en Europe, 1990-2010.

Les vingt ans des économistes de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010/09 ; n° Hores-série. Pages : 67-73
Cote Irdes : P168

La réforme des systèmes de santé en Europe est devenue un processus complexe, aux multiples facettes, portant sur une large variété d'initiatives cliniques, épidémiologiques, financières et organisationnelles distinctes. L'élaboration des politiques est ainsi devenue un exercice exigeant qui doit être réalisé de manière systématique et coordonnée (Résumé de l'éditeur).

Italie
Italy

46466

FASCICULE

VICARELLI (G.) / dir., VEDELAGO (F.) / dir.

Décentralisation système de santé : l'exemple italien.

REVUE SOCIOLOGIE SANTE
2010/10 ; n° 32 : Pages : 356p., fig.
Cote Irdes : A4143

Ce numéro contient différentes contributions qui analysent le processus de décentralisation régionale du système de santé en Italie. Il s'organise autour de deux pôles d'un axe central : d'une part, les références aux orientations européennes sur la gouvernance des politiques publiques ou l'eupéanisation des politiques publiques et, d'autre part, l'enracinement des politiques publiques dans les histoires nationales et subnationales. En d'autres termes les réformes des systèmes de santé sont soumises à l'influence de la transnationalisation des modèles de transformation des politiques publiques, mais ces changements se trouvent confrontés aux résistances des sociétés locales ou à l'histoire des sociétés. La mise en oeuvre des réformes ne présente donc pas un visage uniforme mais une adaptation de principes généraux (Tiré de l'éditorial).

Royaume-Uni
United Kingdom

46587
ARTICLE

SERUMAGA (B.), ROSS-DEGNAN (D.), AVERY (A.J.) et al.

Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study

Impact du paiement à la performance sur la prise en charge de l'hypertension et ses résultats au Royaume-Uni : étude sur des séries temporelles interrompues.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
2011; vol. 342 : n° : Pages : 7p., tabl., fig.
Cote Irdes : C, en ligne
<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d108.full.pdf>

The impacts of pay for performance on the quality and outcomes of care for common chronic conditions such as hypertension are largely unknown. The prevalence of hypertension among those over age 50 is about 50%; hypertension is among the most treatable, but undertreated, of cardiovascular risk factors. Studies indicate

consistently that one third of people with a known diagnosis of hypertension are either untreated or uncontrolled. 67 Better control of hypertension on a population-wide basis could yield substantial reductions in morbidity and premature mortality, 68 and this also makes it an attractive target for pay for performance. We studied a large scale pay for performance policy in the four countries of the United Kingdom (England, Scotland, Wales, and Northern Ireland), which targeted several chronic diseases in primary care, and evaluated its impact on the management and outcomes of hypertension.

45968
ARTICLE
SIBBALD (B.)

Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationales.

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 : 35-47, graph.
Cote Irdes : C, P59

Directrice du Centre de développement et de recherche en soins primaires (National Primary Care Research and Development Centre – NPCRDC) de l'université de Manchester, Bonnie Sibbald mène depuis 1995 des recherches sur l'amélioration de la qualité des soins primaires à travers le développement des ressources humaines et le transfert de compétences (skill mix) entre professionnels de santé. Ses travaux portent principalement sur la façon dont le skill mix peut contribuer à améliorer l'efficacité et la performance dans les systèmes de santé. Elle a notamment développé le cadre conceptuel – devenu une référence à l'échelle internationale – visant à décrire et évaluer les changements en matière de transfert de compétences des professionnels de santé. Cet article présente ici le contexte d'introduction du skill mix dans le secteur des soins primaires au Royaume-Uni et fournit quelques éléments d'évaluation de ces pratiques.

Prévision - Evaluation/Prevision - Evaluation

Economie de la santé

Health economics

45565

ARTICLE

BUNGENER (M.), DE POUVOURVILLE (G.)

Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? Comment l'analyse économique répond-elle aux évolutions sociétales ?

Les vingt ans des économistes de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010/09 ; Hors-série ; Pages : 53-65

Cote Irdes : P168

En vingt ans, le système de santé et ses acteurs ont profondément changé, la recherche en économie de la santé également. De nouvelles questions sont apparues, accompagnées d'un large développement des données de santé. S'il subsiste une asymétrie des connaissances expertes sur les soins fondant la position centrale du professionnalisme dans la régulation, ceux-ci sont maintenant soumis à un regard critique externe et documenté des pouvoirs publics, de l'assurance maladie et des patients. Cette nouvelle donne transforme les rôles de trois grands acteurs : les patients, les médecins et les hôpitaux. On évoque ici comment les travaux de recherche en économie de la santé ont évolué en parallèle (Résumé de l'éditeur).

Evaluation économique

Economic evaluation

45670

ARTICLE

MAUNOURY (F.), VANHILLE (J.L.), VERON (N.), BROCCA (J.), CLECH (S.), AURAY (J.P.), FANTINO (B.), MOLINIER (O.)

Analyse coût efficacité du parcours de soins coordonnés de patients atteints de pathologie obstructive bronchique chronique.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2009/11-12 ; vol. 27 ; n° 7-8 ; Pages : 392-409, tabl.

Cote Irdes : C, P85

L'objectif de cette étude est d'évaluer, sous un angle médico-économique, l'impact du parcours de soins coordonnés de patients traités chroniquement par corticostéroïdes inhalés dans la perspective de l'Assurance Maladie (réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004). Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective fondée sur l'exploitation des données de remboursement de soins sollicités en 2007 par les assurés sociaux du régime général. 290 patients ont été inclus dans chaque groupe (un groupe ayant déclaré un médecin traitant et un groupe n'ayant pas déclaré de médecin traitant), des hommes et des femmes âgés de 16 à 50 ans traités par corticostéroïdes inhalés durant au moins trois mois consécutifs. L'étude montre que la coordination annuelle, par un médecin traitant, de patients traités par corticostéroïdes inhalés peut être considérée comme une stratégie coût-efficace au regard des seuils d'acceptabilité des stratégies de santé recommandés par l'OMS en 2009 (entre une fois et trois fois le produit intérieur brut par habitant) (Résumé d'auteur).

Productivité

Productivity

ZHANG (W.), BANSBACK (N.), ANIS (A.H.).

Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review.

Mesure et évaluation de la perte de productivité due à un mauvais état de santé : une revue critique.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2011 ; vol. 72 ; n° 2 : 185-192.

Cote Irdes : P103

The objective of this study is to review current measurement issues and valuation methods such as "human capital" and "friction cost" for estimat-

ing productivity loss due to illness. Since observed wages diverge from marginal productivity when allowances are made for sick days and workers are risk averse, or when a job type involves team production, unavailability of perfect substitutes, and/or time-sensitivity of output, productivity loss is likely to be underestimated. A multiplier adjusting wage to marginal productivity needs to be developed for practical use. We further consider the ramifications of measuring labour input loss due to illness in both paid and unpaid work as well as the inclusion of presenteeism to the more traditional approach of measuring only absenteeism. Although a number of instruments have been developed to measure presenteeism, they generate widely varying estimates of productivity loss. Further investigation is required to identify which instrument provides a better estimate. Finally, we provide recommendations on measurement methods such as using subjective measures due to the unavailability of objective measures and the appropriate recall periods. We conclude by proposing a generic measure instead of a disease-specific measure and discuss important perspective related issues.

Méthodologie - Statistique / Methodology - Statistics

Décision médicale

Medical decision

46569
ARTICLE

Mesure de la durée de survie : une approche probabiliste utile pour prendre des décisions de soins (Concepts et méthodes).

REVUE PRESCRIRE
2011/03 ; vol. 31 : n° 329 : Pages : 218-219
Cote Irdes : P80

Dans certaines situations cliniques, le choix des options thérapeutiques prend en compte leur impact sur la durée de survie des patients. En raison de contraintes pratiques (patients perdus de vue, etc.), la durée de survie est, le plus souvent, estimée par un calcul de probabilité réalisé à partir des données d'études ou d'essais cliniques. Les deux méthodes les plus couramment utilisées pour estimer les durées de survie sont la méthode de Kaplan-Meier et la méthode actuarielle. Malgré leurs limites, elles apportent des informations utiles pour choisir une option thérapeutique

Géographie de la santé

Geography of health

46134
ARTICLE, INTERNET
WALDHOER (T.), HEINZL (H.)

Combining difference and equivalence test results in spatial maps

Combiner les résultats des tests de différence et d'équivalence sur des cartes d'analyse spatiale.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH GEOGRAPHICS
2011 ; vol. 10 : n° 3 : Pages : 23p., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-10-3.pdf>

Regionally partitioned health indicator values are commonly presented in choropleth maps. Policymakers and health authorities use them among others for health reporting, demand planning and quality assessment. Quite often there are concerns whether the health situation in certain areas can be considered different or equivalent to a reference value. Highlighting statistically significant areas enables the statement that these areas differ from the reference value. However, this approach does not allow conclusions which areas are sufficiently close to the reference value, although these are crucial for health policy making as well. In order to overcome this weakness a combined integration of statistical difference and equivalence tests into choropleth maps is suggested and the approach is exemplified with health data of Austrian newborns. Conclusions: The suggested method will improve the interpretability of choropleth maps for policymakers and health authorities.

46135
ARTICLE, INTERNET
BEYER (K.M.), SAFTLAS (A.F.), WALLIS (A.B.)

A probabilistic sampling method (PSM) for estimating geographic distance to health services when only the region of residence is known.

Une méthode d'échantillonnage probabiliste pour l'estimation de la distance géographique aux services de santé uniquement lorsque la région de résidence est connue.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH GEOGRAPHICS
2011; vol. 10 : n° 4 : Pages : 11p., fig.
Cote Irdes : En ligne
<http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-10-4.pdf>

In this paper, we present a method which utilizes knowledge of the distribution of people with their area of residence for estimating geographic access to a specified health service for a defined user-group, thus making it possible to improve efforts to equitably distribute needed services. Specifically, we (1) describe a probabilistic

sampling approach to approximate an individual's geographic location, when only a region is known, and estimate the most likely distance the person would have to travel to access services, (2) compare the results of our method to those obtained by two other distance estimating approaches, and (3) show that the two methods over-estimate and underestimate respectively, the distance of the person to the health facility. We apply these methods to a sample of women screened for intimate partner violence (IPV) in a reproductive health clinic to identify the distance from each of the women to the closest domestic violence intervention facilities, with a focus on rural women. Since this was an anonymous screening, individual addresses were not collected, although participants did report their ZIP Code of residence.

éléments de consensus, les analyses des chercheurs sont loin d'être concordantes. Si beaucoup s'accordent pour signaler que l'échantillonnage aléatoire est très difficile à réaliser sur Internet, l'efficacité des procédures de rectification d'échantillon (pondération, post-stratification, pondération par l'inverse de la propension à être inclus dans l'échantillon) est fortement discutée. De même, lorsqu'il s'agit de tirer parti des nouvelles possibilités techniques en termes de conception du questionnaire, les recherches démontrant des effets réels reproductibles sont encore peu nombreuses. L'article, qui propose également un relevé de bonnes pratiques, conclut sur les indispensables précautions à prendre lorsqu'est créée une enquête par Internet dans une perspective de recherche en sciences sociales.

Méthodologies d'enquête Survey methods

Score de propension Propensity score

45394

ARTICLE

FRIPPIAT (D.), MARQUIS (N.)

Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux.

POPULATION

2010 ; vol. 65 : n° 2 : Pages : 309-338, tabl., fig., annexes

Cote Irdes : P27/1

Les enquêtes en sciences sociales réalisées par Internet ont proliféré durant la dernière décennie, particulièrement dans le domaine de la recherche quantitative. L'intérêt que cette méthode suscite a produit une littérature presque totalement issue du monde anglo-saxon. Il semblait donc indispensable que les débats autour de l'enquête par Internet puissent devenir accessibles au lecteur francophone. À partir d'une revue de la littérature existante, l'article offre un relevé exhaustif des questions soulevées par cette méthode, qui sont de deux types : les problèmes liés aux procédures d'échantillonnage (qui répond aux enquêtes par Internet ?), et ceux concernant l'effet de « mode » généré par ce canal d'enquête (quelle est la qualité des réponses produites ?). Au-delà de quelques

SCHREYOGG (J.), STARGARDT (T.), TIEMANN (O.).

Costs and quality of hospitals in different health care systems: a multi-level approach with propensity score matching.

Coûts et qualité des soins à l'hôpital dans différents systèmes de santé : une approche multi-niveau.

HEALTH ECONOMICS

2011 ; vol. 20 : n° 1 : 85-100.

Cote Irdes : P173

Cross-country comparisons of costs and quality between hospitals are often made at the macro level. The goal of this study was to explore methods to compare micro-level data from hospitals in different health care systems. To do so, we developed a multi-level framework in combination with a propensity score matching technique using similarly structured data for patients receiving treatment for acute myocardial infarction in German and US Veterans Health Administration hospitals. Our case study shows important differences

in results between multi-level regressions based on matched and unmatched samples. We conclude that propensity score matching techniques are an appropriate way to deal with the usual baseline imbalances across the samples from different countries. Multi-level models are recommendable to consider the clustered structure of the data when patient-level data from different hospitals and health care systems are compared. The results provide an important justification for exploring new ways in performing health system comparisons.

Démographie – Modes de vie Demography – Living conditions

Logement Housing

46433

ARTICLE

GINOT (L.), PEYR (C.)

Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social.

SANTE PUBLIQUE

2010/09-10 ; vol. 22 : n° 5 : Pages : 493-503, tabl.

Cote Irdes : C, P143

Ce travail examine les éléments relatifs à la santé et aux facteurs de risque liés à l'habitat tels qu'ils apparaissent dans les lettres de demande de logement social de locataires du parc privé d'Aubervilliers (93). 234 lettres ont été analysées, dont 50,4 % évoquent un problème de santé en lien avec l'habitat. Les problèmes de santé somatique et les problèmes de bien-être ou de santé psychique sont chacun présents dans un quart des dossiers. La moitié des lettres mentionnent un problème d'insalubrité et la sur-occupation est présente de façon massive. Malgré le caractère préliminaire et empirique du recueil de ces données, elles confirment la nécessité d'aborder le lien entre habitat, demande de logement et santé perçue.

46081

FASCICULE

BRIANT (P.), DONZEAU (N.)

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

Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000.

INSEE PREMIERE

2011/01 ; n° 1330 : Pages : 4p., 2 tabl.

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1330/ip1330.pdf>

En France métropolitaine, dans la deuxième moitié des années 2000, 133 000 personnes étaient sans domicile : 33 000 en très grande

difficulté (entre la rue et les dispositifs d'accueil d'urgence), 100 000 accueillies pour des durées plus longues dans des services d'hébergement social ou dans un logement bénéficiant d'un financement public. Par ailleurs, 117 000 personnes, également sans logement personnel, recouraient à des solutions individuelles (chambres d'hôtel à leurs frais ou hébergement par des particuliers). En outre, 2,9 millions de personnes vivaient dans des logements privés de confort ou surpeuplés, le cumul des deux insuffisances concernant 127 000 personnes (Résumé d'auteur).

Population Population

45976

FASCICULE

LEON (O.)

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

La population des régions en 2040. Les écarts de croissance démographique pourraient se resserrer.

INSEE PREMIERE

2010/12 ; n° 1326 : Pages : 4p., tabl., carte

Cote Irdes : P172

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1326/ip1326.pdf>

D'ici 2040, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la population de la France augmentera de 15 %. En métropole, elle devrait continuer de se concentrer vers le Sud et l'Ouest, à l'inverse de certaines régions du Nord-Est. Toutefois, dans les régions méditerranéennes, le solde migratoire avec les autres régions pourrait évoluer moins rapidement qu'au cours de la période 1990-2007, contrairement à l'Auvergne, au Limousin et aux régions du littoral atlantique. Les migrations interrégionales façonneront les dynamiques démographiques régionales davantage que le solde naturel, car le nombre de décès augmentera,

avec l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom. Elles pourraient également accentuer le vieillissement de la population dans certaines régions insulaires et le ralentir en Île-de-France (Résumé d'auteur).

Documentation/Documentation

Classification de revues

Periodicals ranking

45516

ARTICLE

PONTILLE (D.), TORNY (D.)

Revues qui comptent, revues qu'on compte : produire des classements en économie et gestion.

REVUE DE LA REGULATION

2010 ; n° 8 : Pages : 1-31

Cote Irdes : en ligne

<http://regulation.revues.org/index8881.html>

Cet article présente une sociologie des classifications de revues en économie et gestion. **S'appuyant sur un vaste ensemble de sources documentaires et d'entretiens complémentaires, il étudie la trajectoire du classement de revues de la « section 37 » du CNRS, depuis ses prémises de 2001 jusqu'à sa version actuelle, et documente quatre principales étapes de fabrication et de transformation. Ce classement est d'abord conçu**

comme un outil de justice sociale pour les candidats et les laboratoires, fondé sur une expertise largement externe à la section 37. Il devient ensuite une catégorisation raisonnée, solidifiée par **l'examen en comité restreint d'arguments partageables** afin de résister à la comparaison avec **d'autres classements. Puis, l'AERES** Agence **d'évaluation de recherche et d'enseignement supérieur**) l'érige en un instrument de comptage et d'évaluation, sur la base d'un contenu presque identique au précédent, mais dont l'usage convenable est radicalement transformé. Il est enfin une **partie d'une liste de revues beaucoup plus longue** servant seulement au calcul du taux de « produisant en recherche et valorisation ». Chacune des classifications produites est systématiquement accompagnée de clauses de révision ou **d'actualisation : elles sont d'emblée définies** comme provisoires, sujettes à certaines formes de critique, et donc ontologiquement instables. Elles sont donc soumises à un cycle publication/usages/révisions quasi-continu, proposant de **nouvelles frontières et normes d'exercice** professionnel.

Réglementation/Law

Risque professionnel Occupational health

46618
ARTICLE

La pénibilité au travail, un nouveau risque professionnel ?

La réforme des retraites.

DROIT SOCIAL
2010/03 ; n° 3 : Pages : 262-268
Cote Irdes : P109

L'analyse de la pénibilité au travail a été largement ignorée lors du vote de la loi du 23 août 2003 portant réforme des retraites, le législateur ayant préféré l'inscrire au rang des négociations programmées. Bien avant l'adoption de la loi de modernisation du dialogue social (2007), la démarche était prudente, en raison notamment de la difficulté à cerner cette notion. Cet article examine les réponses qu'apporte la loi 2010 à la prise en compte de la pénibilité. Les parlementaires ne se sont pas seulement préoccupés d'apporter des solutions en terme de compensation accordée, en fin de carrière, aux salariés dont la santé a déjà été altérée et dont l'espérance de vie s'annonce, en conséquence, comme réduite ; mobilisant les ressources du droit du travail, ils ont également mis en place des mesures permettant de prévenir et d'alléger la pénibilité en cours de carrière (d'après l'introduction).

Maladies professionnelles Occupational accident and disease

45523
ARTICLE
ZACHARIE (C.)

La procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies

professionnelles : à propos du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009.

DROIT SOCIAL
2010/12 ; n° 12 : Pages : 1191-1196
Cote Irdes : P109

La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles revêt, au sein de la législation française, une physionomie particulière : **si elle s'inscrit depuis 1946 dans le cadre de la Sécurité sociale dont elle constitue l'une des branches, elle tire ses origines de la loi du 9 avril 1989, dont il convient de rappeler qu'elle n'avait d'autre objet que d'écarter les règles du droit commun de la responsabilité civile au profit de règles plus favorables à la victime et d'instituer autrement dit un régime spécial de responsabilité civile.** Cet article dresse un historique de la prise en charge des AT-MP (Accidents du travail – maladies professionnelles) en France, et analyse la réforme mise en place par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009.

Bioéthique Bioethics

45998
ARTICLE
LEGMANN (M.) / éd., CRESSARD (P.) / éd.

Loi de bioéthique : les enjeux de la révision.

MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
2010/11-12 ; n° 14 : Pages : 32p.
Cote Irdes : P69
http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/ODM_SPE_bioethique_web.pdf

La profession médicale a pour vocation de porter remède aux maladies et aux accidents de la vie qui atteignent l'homme dans son corps comme dans son esprit. La stérilité d'un couple concerne le médecin par ce qu'elle comporte de frustration compréhensible et de désarroi. Mais cette volonté technique, scientifique et médicale de répondre à la détresse humaine s'oppose parfois aux principes fondamentaux d'une éthique qui entend

protéger la dignité de l'espèce humaine et son devenir. La loi, nous dit Aristote, est faite pour le cas général et non pour le particulier. En s'attachant à soulager avec compassion, la loi risque de porter atteinte aux sept principes fondamentaux qui régissent l'éthique et notre déontologie médicale : - le respect de la vie ; - l'autonomie de la personne qui requiert le consentement éclairé et le respect du secret médical. ; - la non-instrumentalisation du corps humain ; - la non-marchandisation du corps humain et de ses dérivés ; - le respect de l'enfant à naître et de son environnement affectif et familial ; - le refus de l'eugénisme ; - la non-instrumentalisation du médecin, notamment à travers des objectifs de performance et de rentabilité. Ce sont ces principes que le Conseil national de l'Ordre des médecins a défendus lors de ses contributions à la révision de la loi de bioéthique de 2004. Il a organisé une journée de réflexion sur les tests génétiques et la médecine prédictive, le 22 janvier 2009. Puis, il a été auditionné par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la révision des lois de bioéthique, en mars 2009. Depuis, il a également publié un avis sur la gestation pour autrui. Avec ce numéro spécial, l'Ordre souhaite une nouvelle fois témoigner de sa volonté de participer à l'information des médecins et de leurs patients sur les grands thèmes de réflexion bioéthique débattus dans notre pays (D'après l'éditorial).

Cartes de santé

Medical cards

46579
ARTICLE
BOUSQUET (C.)

Le testament de vie inscrit dans la carte vitale.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/01-02 ; n° 538 : Pages : 66-71
Cote Irdes : c, P22

Mise en place en 1997, la carte vitale contient les données essentiellement administratives des bénéficiaires de l'assurance maladie. Elle pourrait être le support du testament de vie adapté au don

d'organes, et simplifier l'accès au prélèvement chez les patients en état de mort encéphalique dont, pour des raisons diverses, 50 % seulement sont éligibles au prélèvement. Il en résulte une pénurie d'organes responsables de deux cent cinquante décès par an.

Droits des malades

Patient rights

46592
FASCICULE , CONGRES
SARGOS (S.), HOCQUET-BERG (S.), ALT-MAES (F.) et al.
Centre de Recherche Individus Justice Entreprises. (C.R.I.J.E.). Rouen, Institut d'Etudes Judiciaires. (I.E.J.). Rouen. FRA

La réparation du dommage médical : rupture ou continuité depuis la loi du 4 mars 2002 ? : Rouen, 2010/03/31

Actes du congrès.

REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL
2010/12 ; n° 37 : Pages : 502p.
Cote Irdes : A4158
<http://rgdm.leh.fr/rgdm/colloque/reparations-dommage-medical-rupture-continuite-loi-4-mars-2002-348.html>

Ce fascicule rassemble les communications d'un colloque, qui s'est tenu le 31 mars 2010 à Rouen, sur le thème de la réparation du dommage médical après la loi du 4 mars 2002.

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ABECASSIS (P.)	92
ABEGUNDE (D.)	109
Académie Nationale de Médecine	111
AG2R La Mondiale	24
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.)	107, 111
Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.)	61, 95
Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.)	64, 132
Agence Régionale de la Santé d'Ile de France. (A.R.S.)	82
Agence Régionale de Santé Languedoc- Roussillon. (A.R.S.)	83
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.)	99, 104
ALAKESON (V.)	124
ALAVOINE (L.)	64
ALGAVA (E.)	56
ALLOING (C.)	153
ALLONIER (C.)	50
ALVAREZ (S.)	77
ANASTASIOU (G.)	141
ANCELLE (T.)	139
ANDERSON (G.)	16
ANDREWS (R.E.)	121
ANGRIST (J.D.)	137
AOUN (A.)	117
ARNAUD (R.)	130
ARRIPE (A.d')	116

Assemblée Nationale. (A.N.)	19, 26, 38, 39, 44, 59, 116, 130, 132
Assessing Needs of Care in European Nations. (A.N.C.I.E.N.)	66

Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. (A.N.E.M.F.)	89
Association Pour l'Informatique Médicale. (A.P.I.M.A.)	36
AUBERT (J.M.)	17
AUTON (M.)	109
AUVERLOT (D.)	139
Axa Prévention	55

B

BABUSIAUX (C.)	144
BAIL (J.N.)	17
Bank of Italy	123
Banque Mondiale	149, 151
BARBIER (J.C.)	29
BARNAY (T.)	17
BARRY (M.M.)	154
BASSO (G.)	147
BATIFOULIER (P.)	92
BAUM (C.F.)	71
BAUMSTARK (L.)	139
BAZILLON (B.)	60
BERGUA (L.)	115
BICLET (P.)	156
BIRRAUX (C.)	116, 117
BLANCHFLOWER (D.G.)	107
BOJKE (C.)	101
BONGAARTS (J.)	149
BONMARIN (I.)	97
BOONE (J.)	140
BOUBAL (C.)	39
BOUCHER CASTEL (L.)	64
BOURBEAU (R.)	146
BOURDON (E.)	67
BOURGUEIL (Y.)	138
BOURGUIGNON (F.)	31
BOWSER (D.)	125
BRAS (P.L.)	17
BRAUMAN (R.)	113
BRECHAT (P.H.)	18
BRIERE (T.)	152

Index des auteurs
Author index

BRIGNON (J.).....	152
BRISSY (S.).....	156
British Medical Association. (B.M.A.)	74
BRUCKER (G.).....	139
BRUGERE (F.)	15
BUSSE (R.).....	101

C

CAHUZAC (J.)	44
CAILLE (Y.).....	14
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.).....	70
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.)	65
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	26, 36, 42, 46, 105
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.).....	62, 141, 143
Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine. (C.P.A.M.).....	46
California Health Care Foundation. (C.H.C.F.).....	89
CAMERON (A.).....	109
CAMPION (M.D.).....	15
Canadian Center for Policy Alternatives. (C.C.P.A.).....	103
Canadian Reference Group on social determinants of health. (C.R.G.)	75
CANAT (G.).....	85
CANNING (D.)	125
CARTIER (T.).....	115
CASERIO-SCHONEMANN (C.).....	20
CAVALIE (P.).....	107
CAVALIER (M.)	22
CAVALIN (C.)	56
CAYLA (F.)	62
CAZEAU (B.)	114
CELANT (N.)	115
CELERIER (S.).....	56
Centre d'observation économique et de Recherche pour l'Expansion de l'économie et le Développement des Entreprises. (COE-REXECODE)	150

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.)	69, 130, 139, 147
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.)	70
Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.) ..	68
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.)	56
Centre for Economics Policy Research. (C.E.P.R.)	140
Centre National de la Recherche Scientifique. (C.N.R.S.)	141
Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.).....	156
Cercle Santé Société. (C.S.S.)	123
CHAPPAZ (P.).....	153
CHAUVEAU (C.)	77
CHAUVET (R.)	67
CHAUVIÈRE (M.).....	64
CHIVOT (F.X.)	117
CHOSSY (J.F.).....	16
CHRIQUI (V.).....	147
CHRISTOPANOS (P.)	83
CLARK (M.)	118
CLELAND (J.).....	149
CLEMENT (M.).....	88
COEURE (B.)	147
COHEN (M.).....	103
COIGNARD (B.).....	21
COLE (A.)	152
Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.)	32
Collège National des Enseignants de Gériatrie. (C.N.E.C.G.)	61
COMBIER (M.).....	17
Comité d'agrément des hébergeurs de données de santé.....	156
Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.).....	123
Commission Européenne. (C.E.) ...	34, 110, 141
Commonwealth Fund.	122
COM-RUELLE (L.).....	50
CONNANGLE (S.)	60
Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.) ..	68
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.)	82, 88, 117, 152
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.)	109
Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale. (C.N.L.E.).....	79, 131
CORVEZ (A.).....	17

Index des auteurs
Author index

COSTA-FONT (J.)	65
Cour des Comptes	20, 45, 63, 131
COURBAGE (C.)	65
COURTEMANCHE (C.J.)	28
COUZY (E.)	122
CSERE (M.)	120
CULYER (A.J.)	151

CURTIS (S.E.)	76, 86
CUTLER (D.M.)	72

D

DAEL (T.)	13, 157
DAI (J.)	136
DAIDONE (S.)	101, 103
DAMBERG (C.L.)	130
DANET (S.)	50
DANZON (P.M.)	111
DAS GUPTA (M.)	149
DAUDIGNY (Y.)	45
DAURES (J.P.)	17
DAVIES (H.T.O.)	18
DE BRUYN (T.)	105
DE PAOLA (M.)	28
DEBRAND (T.)	138, 144
DEDESSUS-LE-MOUSTIER (N.)	54
DEGOS (L.)	25
DELARUE (L.A.)	133
DELAVOIX (M.)	67
DELEVOYE (J.P.)	156
DELOITTE	24
DEMORTIERE (G.)	53
DENTON (F.T.)	65
Department of Health. (D.H.)	94, 124
DEPINOY (D.)	90
DESREUMAUX (M.)	82
DEVREESE (E.)	158
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.)	32, 33, 35, 50, 62, 96
Direction Générale du Trésor. (D.G.T.)	147

DIRICQ (N.)	42
DIXON (A.)	46
DOLLS (M.)	147
DOMEGAN (C.)	154
DORNGE (M.)	141
DOUCIN (M.)	14
DOUGUET (F.)	23, 54
DREUX (C.)	13
DRULHE (M.)	23
DRUMMOND (M.)	112
DUBOIS (H.F.W.)	97
DUBOIS (M.)	59
DUBOWITZ (T.)	86
DUCHIER (J.)	62
DUGUET (E.)	55
DUPRAT (P.)	64
DURAN (A.)	97
DURAND (E.)	53
DURAND-ZALESKI (I.)	15
DURANTEAU (O.)	89

E

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.)	22, 67
Economic and Social Research Institute (E.S.R.I.)	92
EDOUARD (R.)	88
EICHHORST (W.)	147
ESPINASSE (C.)	82
ESTEBE (P.)	152
Europ Assistance	123
European Centre for Disease Prevention and Control. (E.C.D.C.)	154
European Network of Economic Policy Research Institutes. (E.N.E.P.R.I.)	66
Eurostat	60
EVIN (C.)	25, 157
EWEN (M.)	109

F

FAGOT CAMPAGNA (A.)	49
FAHET (G.)	62
FARJAT (G.)	108
FARRAR (S.)	94
FAYON (D.)	153
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés à but non lucratifs. (F.E.H.A.P.)	98
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonateurs en EHPAD. (F.F.A.M.C.O.)	61
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.)	151, 157
Fédération Nationale des Associations des Accidentés de la Vie. (F.N.A.T.H.)	32
FENG (Y.)	94
FERY (P.)	139
FILIPPINI (M.)	113
FILLAUT (T.)	23
FINNIE (R.)	65
FLECHE (S.)	48
FLEUREL (S.)	76, 86
FOLCO (J.B.)	106
Fondation d'Entreprise Crédit Coopératif	148
Fondation Konrad Adenauer	69
Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.)	141
Fondation Roi Baudouin	105
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie	33
FONTAINE (R.)	58
FONTAINE GAVINO (K.)	85
FOSSE (S.)	49
FOURNET (N.)	20
FRACHON (I.)	113
FRANCESE (M.)	123
FURUKAWA (M.F.)	111

G

GAAL (P.)	120
GALLET (B.)	157

Index des auteurs
Author index

GALLET (M.A.).....	77
GALLOUJ (C.).....	152
GANZ (M.).....	71
GARNERO (M.).....	33
GARNUNG (M.).....	62
GASKIN (D.).....	75
GAUDART (C.).....	149
GAUDRON (G.).....	38
GAYNOR (M.).....	102
GEISLER (A.).....	101
Gemme.....	110
GERGER (M.).....	119
GIBBS (M.).....	93
GILLES (L.).....	70
GILSON (L.).....	143
GIORDANO (R.).....	118
GOASGUEN (C.).....	26
GOBILLON (L.).....	100
GODAGER (G.).....	93
GODDARD (M.).....	102
GODET (M.).....	30
GOELZER (B.).....	56
GOLDBERG (D.).....	102
GOLDSTEEN (K.).....	37
GOLDSTEEN (R.L.).....	37
GOLLIER (C.).....	139
GONZALEZ ORTIZ (L.G.).....	113
GOODWIN (N.).....	118
GOT (C.).....	15
GRAHAM (D.G.).....	37
GRALL (J.Y.).....	84
GRAMAIN (A.).....	58
GRAND (A.).....	17
GROSJEAN (V.).....	54
GUCHER (C.).....	77
GUESMI (A.).....	108
GUIGNER (S.).....	152
GUILLAUME (S.).....	50
GUILLEMIN (M.).....	56
GUILLIER (F.).....	129
GUTACKER (N.).....	101
GUTHRIE (S.).....	100

H

HAAS (S.).....	98
----------------	----

HARKER (R.).....	154
HARRISON (A.).....	46
Harvard School of Public Health.....	71, 125
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.).....	21, 40
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.).....	72
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.).....	95, 114, 129, 133, 143
HEINRICH (J.).....	132
HENDERSON (J.).....	44
HERREROS (G.).....	95
HERVE (C.).....	14
HERVE (M.).....	152
HIGGINS (O.).....	154
HM Treasury.....	131
HOAREAU (E.).....	52
HOBER (J.).....	43
HOFER (S.M.).....	135
HOFMAN-RISPAL (D.).....	130
Hogeschool-Universiteit Brussel (H.U.B.).....	54
HOLLAND (W.W.).....	119
HOUSSIN (D.).....	22
HOYEZ (A.C.).....	76, 86

I

IMBERT (G.).....	141
INGLEBY (D.).....	76
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).....	14, 73, 74, 117
Institut Canadien d'Information sur la Santé. (I.C.I.S.).....	44, 120
Institut CSA.....	55
Institut d'Aménagement et d'Urbanisme Ile de France. (I.A.U.).....	83
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.).....	115, 138, 144
Institut des Données de Santé. (I.D.S.).....	144
Institut d'Etudes Politiques. (I.E.P.S.).....	78
Institut Français d'Opinion Publique et d'Etude de Marchés. (I.F.O.P.).....	90
Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft. (I.B.E.S.).....	91, 93
Institut LH2.....	24
Institut Montaigne.....	30

Index des auteurs
Author index

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	62
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	148
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.).....	40, 53, 141
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).....	20, 21, 49, 97
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.)	36, 40, 91
Institut Thomas More.....	43
Institute for the Labor Study. (I.Z.A.)	48, 55, 58, 76, 93, 107, 147
Institutions Publiques. (T.A.C.I.P.).....	17
International Tobacco Control. (I.T.C.).....	40
IVANOVA (I.)	103

J

JACOB (P.).....	99
JACOBS (R.).....	102
JACOBSON (D.)	86
Jalma.....	90
JEANDEL (C.)	57, 61
JEGOU (J.J.)	96
JOHAR (M.)	119
Joint Center for Political and Economic Studies. (J.C.P.E.C.)	75
JONES (G.).....	119
JONES (M.K.).....	55
JONES (R.N.)	135
JONSSON (R.).....	137
JOURDAIN (A.)	18
JOUVENEL (H. DE).....	25
JUANICO (R.).....	132
JUNG (A.)	39
JURIN (V.).....	84

K

KAUFMANN (S.).....	126
KEANE (M.)	119

KERDRAON (R.)	30
KIM (D.)	71
King's Fund Institute	46, 118
KNOEF (M.)	58
KNOX LOVELL (C.A.)	137
KOCHER (G.).....	126
KOLLER (T.).....	80
KOOREMAN (P.)	58
KPGM	60
KRAUS (M.).....	66
KUMBHAKAR (S.C.)	137
KUPIEC (J.M.)	59
Kyiv School of Economics.....	43

L

LABARTHE (J.).....	32
LABELLE (B.)	85
Laboratoire Montpellierain d'Economie Théorique et Appliquée. (L.A.M.E.T.A.)	55
LACOMBLEZ (M.).....	149
LADURNER (J.).....	119
LAFERRERE (A.)	138
LAFORGUE (D.).....	77
LANCRY (P.J.).....	17
LAUDE (A.).....	156
LAUDICELLA (M.).....	102
LAUTIER (S.)	70
LAVEIST (T.).....	75
LE CLAINCHE (C.).....	55
LE DEAUT (J.Y.).....	116
LE FUR (P.).....	50
LE GUEN (J.M.)	20
LE NEZET (O.)	53
LE PEN (C.).....	17
LECLERCQ (B.)	122
LEGARE (J.)	146
LELIEVRE (M.).....	32
LEVY-BRUHL (D.)	97
LEYMARIE (C.)	149
LLERAS-MUNEY (A.)	72
LOPEZ (A.)	14, 73
LOVEJOY (S.L.).....	130

M

MA (A.)	94
MAES (M.).....	54
MANGENEY (C.)	83
MANNION (R.)	18
MANSION (S.)	17
MANTOVANI (J.)	62
MARMOT (M.)	74
MARSDEN (P.V.)	138
MARSHALL (M.N.).....	18
MARTELLI-BANEGAS (D.)	82
MARTIN (J.K.).....	23
MAS (B.).....	98
MASIERO (G.).....	113

MATTEI (J.F.).....	13
MAVROMARAS (K.G.)	55
MCGOVERN (M.E.).....	73
MCGREGOR (M.).....	103
MCGUIRE (A.)	44
MCLEOD (J.D.).....	23
McMaster University	65
MEHAIGNERIE (P.)	44
MEMBRADO (M.).....	62
MENARD (C.).....	53
MENKES (C.J.)	111
MILCENT (C.).....	100
MILLY (B.).....	95
MILTON (B.)	71
Ministère chargé de la Santé 13, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 40, 50, 95, 96, 113, 142, 157	
Ministère chargé des Affaires Sociales....	16, 62
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale.....	31, 131
Ministère du Budget - des Comptes Publics - de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat.....	30
Ministère du Travail - de la Solidarité et de la Fonction Publique.....	60
Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.)	62
MOLEUX (M.).....	73, 74
MOLINIE (A.F.)	149
MONCET (M.C.)	129
MOONAN (M.).....	71
MOONEY (G.).....	44
MUNDLE (C.).....	46

Mutualité Sociale Agricole de Gironde. (M.S.A.)	46
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.)	85

N

National Bureau of Economic Research. (N.B.E.R.).....	28, 72, 102, 111
NEWMAN (J.)	14
NEWSOM (J.T.).....	135
NIZRI (D.).....	117
NOLAN (A.).....	92
NOLTE (E.)	100

O

Obea/Infraforces	27
OBRIZAN (M.).....	43
Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services. (O.D.E.N.O.R.E.)	77, 78, 79
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.).....	52, 53
Observatoire International des Prisons. (O.I.P.)	80
Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. (O.N.Z.U.S.)	84
Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.)	62
Observatoire Régional de la Santé de Rhône- Alpes. (O.R.S.)	85
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.P.L.).....	85
Observatoire Suisse de la Santé. (O.B.S.A.N.)	66, 67
Office de Prospective en Santé. (O.P.S.)	25
Office Fédéral de la Santé Publique. (O.F.S.P.)	127
Office of Health Economics. (O.H.E.)	94
OGGIER (W.).....	126
ORBAN (D.).....	153
O'REILLY (J.).....	92

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.)	16, 48, 50, 68, 126, 136
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.)...	40, 51, 76, 80, 84, 97, 101, 108, 109, 119, 120, 125, 136, 143
Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance. (O.C.I.R.P.)	59
Organisme Gestionnaire Conventionnel. (O.G.C.)	89
ORTIZ (J.P.).....	83
ORTIZ (Y.)	127
OSBORN (R.)	122
OSWALD (A.J.)	107
OUELLETTE (N.).....	146

PUPUO (V.)	28
------------------	----

P

PAGE (E.C.).....	152
PANOUSIS (V.)	141
PARAPONARIS (A.).....	67
PARIS (V.).....	17
Paris School of Economics (P.S.E.).....	100
PASQUIER (R.).....	152
PAWSON (R.)	142
PELLET (F.)	105
PESCOSOLIDO (B.A.)	23
PICARD (J.M.).....	105
PICHETTI (S.)	115
PICHON (A.)	147
PIERRU (F.).....	98
PINVILLE (M.)	38
PISCHKE (J.S.).....	137
PLOCHG (T.)	16
POIROT-MAZERES (I.)	17
POLLAK (C.)	68
POPOVICH (L.).....	125
POPOVICI (C.).....	43
POTAPCHIK (E.).....	125
POUVOURVILLE (G. de).....	17
PRAZNOCZY (C.).....	83
PREEL (J.L.).....	19
Premier Ministre	16
PROPPER (C.)	102
Public Health Agency of Canada. (P.H.A.C.) ..	75
PUEYO (V.)	149

Q

QUENTIN (W.).....	101
QUINTIN (O.).....	130

R

Rand Corporation	86, 130
Rand Europe	100
RAYNARD (C.)	139
RAYNAUD (J.)	83
Recherches et études sur les vulnérabilités sociales et la santé publique. (R.E.V.E.S.S.) ..	141
REED (S.J.)	122
REILICH (J.)	52
REMICHE (B.)	108
Réseau Français des Villes-Santé. (R.F.V.S.) ..	84
REY (A.)	152
REYNAUD-MAURUPT (C.)	52
RIBES (A.)	23
RICHARD (D.)	23
RICHARD (N.)	107
RIEDEL (M.)	66
ROBETTE (N.)	135
ROBLES (A.G.)	80
ROCHEREAU (T.)	50
ROGERS (A.)	23
ROLAND (M.)	100
ROMANELLI (M.)	123
ROSANVALLON (P.)	30
Rosenwald	151
ROSKAM (A.J.)	50
ROUTIER (C.)	116
RUHM (C.)	76
RUMBOLD (B.)	124

S

SALAMA (P.).....	146
SALTMAN (R.B.)	97
SARGUEIL (S.).....	145
SCHAETZEL (F.).....	73, 74

SCHAFF (C.)	147
SCHILLINGER (P.).....	34
SCHWEYER (F.X.).....	23
SCOTTON (C.)	74
Secours Catholique	148
Sénat	30, 34, 38, 45, 96, 114, 116, 117
SENIK (C.)	48
SERMET (C.)	57, 115
SHISHKIN (S.).....	125
SICOT (F.)	23
SIRUGUE (C.)	26
SIRVEN (N.)	68, 138
SIXSMITH (J.)	154
SLOANE (P.J.).....	55
SMITH (A.).....	103
SMITH (C.)	48
SMITH (P.)	124
SMITH (S.)	92
SMOLSKI (N.).....	98
Social and Economic Dimensions of an Aging Population. (S.E.D.A.P.).....	146
Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (S.F.G.G.).....	61
Société Française de Santé Publique. (S.F.S.P.)	84
SORASITH (C.).....	115, 144
SORBERO (M.E.)	130
SORSA (P.)	48
SPENCER (B.G.).....	65
SPERLICH (S.).....	136
SPILKA (S.)	53
SPINAKIS (A.).....	141
STAMMEN (B.)	54
STRUPLER (P.)	126
Study Center Gerzensee	127
SURLES (D.)	17
SUTTON (M.)	94
Syndicat National de Gérontologie Clinique. (S.N.G.C.).....	61
SZIGETI (S.)	120

T

TABUTEAU (D.).....	22, 25, 122, 156
--------------------	------------------

Index des auteurs
Author index

TALLEC (A.).....	85
TANSELLA (M.).....	102
TAYLOR (R.).....	16
TAYLOR-ROBINSON (D.).....	71
TEISSEIRE (B.).....	15
TESTENOIRE (M.L.)	56
The Nuffield Trust.....	124
THERET (B.).....	29
THIBAUT (C.)	141
THOMAS (D.)	91
THOMSON (S.)	122
THORNICROFT (G.)	102
TIERNEY (J.F.).....	121
TONKENS (E.).....	14
TORRIELLI (R.)	98
TOUBOUL (M.).....	129
TOVAR (M.L.).....	53
TRANCART (D.).....	56
TRUJILLO (A.J.).....	75
TUFFREAU (F.).....	85

U

Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.)	32
Union Régionale des Professions de Santé. (U.R.P.S.).....	83
Unité transversale d'éducation et de promotion de la santé du Pays des Vans	105
United States General Accounting Office. (G.A.O.).....	121
Università della Calabria.....	28
Universität Witten/Herdecke	37
Université de Grenoble 1	106
Université de Poitiers	133
Université de Potsdam	52
Université Paris Dauphine	58
University College Dublin	73
University of Göteborg	137
University of Liverpool	71
University of Lugano.....	113
University of Oslo	93
University of Technology.....	119
University of York	101, 102, 103, 112

V

VASSELLE (A.)	45
VEGA (A.).....	109, 115
VERZULLI (R.).....	102
VIAL (B.)	77, 79
VIDAL (W.).....	129
VIGNERON (E.)	98

W

WAGSTAFF (A.)	151
WALDFOGEL (J.)	76
WALENZIK (A.)	91, 93
WARRIN (P.)	77, 78
WEEGEN (L.).....	91
WEHBY (G.L.).....	43
WEI (Z.)	55
WETS (J.)	105
WIESEN (D.).....	93
WILEY (M.)	101
WILLIAMS (M.V.).....	86
WITTWER (J.)	58
WRIGHT (J.D.)	138
WÜBKER (A.)	37

Z

ZAIDMAN (C.).....	33
ZAPATA (D.).....	28
ZUCCHINI (W.).....	136

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers adress book

CARNET D'ADRESSES 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&me
nu=11](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&me
nu=11) (sommaire depuis le n° 1 de 1992,
certains articles sont en ligne)

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/>

ANNALS OF FAMILY MEDICINE

Annals of Family Medicine, Inc.
11400 Tomahawk Creek Parkway
Leawood, KS 66211-2672
Etats-Unis
<http://www.annfammed.org/>

ANNEE GERONTOLOGIQUE (L')

Editions Serdi
43 Chemin Del'Prat
31320 Auzeville-Tolosane
[http://www.serdi-fr.com/publications/lannee-
gerontologique](http://www.serdi-fr.com/publications/lannee-
gerontologique)

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

Fax : 00 64 9 414 6491
Email : subs@nz.adis.com

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

<http://adisonline.com/healthconomics/pages/default.aspx>

ARgSES

Rédaction et diffusion : ARgSES
(ARguments Socio-Economiques pour la
Santé)

☎ 01 46 63 46 37

<http://argses.free.fr/>

B

BIOsociETIES

Customer services -Subscription

Department

Palgrave Macmillan

Brunel Road

Houndmills

Basingstoke

Hampshire

RG21 6XS

Royaume-Uni

Email: subscriptions@palgrave.com

<http://www.palgrave-journals.com/biosoc/index.html>

B M C F A M I L Y
P R A C T I C E

Diffusion : BioMed Central

Middlesex House

34-42 Cleveland Street

London W1T 4LB, UK.

Royaume-Uni

<http://www.biomedcentral.com/bmcfampract/>

BMC HEALTH SERVICES RESEARCH

Diffusion : BioMed Central

Middlesex House

34-42 Cleveland Street

London W1T 4LB, UK.

Royaume-Uni

<http://www.biomedcentral.com/bmchealthservres>

**BULLETIN 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)



CADRAGE

Rédaction et diffusion : CNAV
(Caisse Nationale de l'Assurance
Vieillesse)
110, rue de Flandre
75951 Paris cédex 19
☎ 01 55 45 89 29
Fax : 01 55 45 82 63
<http://www.cnav.fr/>

**CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE (LES)**

Rédaction et diffusion :
Fondation Gabriel Péri
11 rue Etienne Marcel
93500 Pantin
<http://www.gabrielperi.fr/Les-Cahiers-de-Sante-Publique-et,1156>

**CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE
DEMOGRAPHIE MEDICALE (LES)**

Rédaction et diffusion : CDSM
(Centre de Sociologie et de Démographie
Médicales)
15, villa Léandre
75018 Paris

<http://www.egora.fr/boutique/abonnements>

CAHIERS HOSPITALIERS (LES)

Rédaction : Berger-Levrault Editions
5 rue André-Ampère
BP 79
54250 Champigneulle
☎ 03 83 38 83 83
<http://www.berger-levrault.fr/>

**CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION
JOURNAL**

1867, prom. Alta Vista
Ottawa (ON) K1G 5W8
Canada
<http://www.cmaj.ca/jamc/>

**CHRONIQUE INTERNATIONALE 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 : contact@ires-fr.org
<http://www.ires-fr.org/publications/la-chronique-internationale>

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

**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 cédex
http://www.cee-recherche.fr/fr/c_pub2.htm

CONSOMMATION ET MODES DE VIE

Rédaction et diffusion : CREDOC
(Centre de Recherche, d'Etudes sur
l'Observation des Conditions de Vie)
142, rue du Chevaleret
75013 Paris
☎ 01 40 77 85 01
<http://www.credoc.fr/>

CONTACT SANTE

Contact Santé – GRPS
Parc Eurasanté
235, avenue de la Recherche
CS 50086 – 59373 LOOS Cédex
☎ 03 20 15 49 36 / 03 20 15 49 05 /
03 20 15 59 81
Email : contactsante.diffusion@grps-npdc.fr
<http://www.santenpdc.org/?cat=588>

COURRIER DES STATISTIQUES

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

D

DOCUMENTALISTE : SCIENCES DE L'INFORMATION

Rédaction et diffusion : ADBS
(Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation)
25, rue Claude Tilliers
75012 Paris
☎ 01 43 72 25 25
Fax : 01 43 72 30 41
Email : adbs@adbs.fr
<http://www.adbs.fr> (sommaries de la revue)

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

DREES
Diffusion : 124 rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
☎ 01 40 15 68 74
Fax : 01 40 15 68 01
<http://www.sante.gouv.fr/dossiers-solidarite-et-sante.5293.html>

DROIT SOCIAL

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

E

EBRI NOTES

Employee Benefit Research Institute
1100 13th Street, NW Suite 878
Washington, DC 20005-4051
Email : publications@ebri.org
<http://www.ebri.org/publications/notes/>

ECONOMIE ET STATISTIQUE

Rédaction : INSEE
(Institut National de la Statistique et des
Etudes Economiques)
Diffusion : Insee Info Service
Tour Garlin A
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
195, rue de Bercy
75582 Paris cedex 12
☎ : 01 41 17 66 11
Fax : 01 53 17 89 77
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>
=> Economie et statistique (articles en
ligne à partir du numéro 321)

E-SSENTIEL (L')

Diffusion : CNAF
(Caisse Nationale des Allocations
Familiales)
DSER
(Direction des statistiques, des études et
des recherches)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
Email : lucienne.hontarrede@cnafr.fr
<http://www.cnafr.fr>
=> Publications => l'E-sentiel (en ligne
depuis le 1^{er} numéro de juin 2002)

ESPACE SOCIAL EUROPEEN

Rédaction et diffusion :
Observatoire Européen de la Protection
Sociale
5, rue Geoffroy Marie
75009 Paris
☎ 01 53 24 13 00
Fax : 01 53 24 13 06
<http://www.espace-social.com/>

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

Rédaction et diffusion :
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Centre d'information et de diffusion de la
DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75694 Paris Cedex 14
☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40

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/LSHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx>

EUROPEAN JOURNAL OF AGEING

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.springer.de>

**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>

**EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC
HEALTH**

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

F

FUTURIBLES

Rédaction et diffusion : Futuribles
47 rue de Babylone
75007 Paris
☎ 01 53 63 37 70
Email : diffusion@futuribles.com

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/>

G

GERONTOLOGIE

Rédaction et diffusion :
Les Amis de la revue Gérontologie
14, Passage Du Guesclin
75015 Paris
☎ et fax : 01 47 34 64 63

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
te/index.htm)

H

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 & PLACE

Diffusion : Elsevier science
PO Box 211
1000 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.cw
s_home/30519/description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cw
s_home/30519/description#description)

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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 : ninfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505962/description

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
<http://www.health-policy-systems.com/>

HEALTHCARE POLICY / POLITIQUE DE SANTE

Longwoods Publishing Corporation
260 Adelaide Street East, No. 8,
Toronto ON M5A 1N
Canada
<http://www.longwoods.com/home.php?cat=247>

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
<http://www.health-policy-systems.com/>

HESAMAG : BULLETIN D'INFORMATION DU DEPARTEMENT SANTE SECURITE E.T.U.I.-R.E.H.S.

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.etui-rehs.org/fr/newsevents/newsfiche.asp?pk=1510>



HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni
<http://www.health-policy-systems.com/>

INSEE PREMIERE

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

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE

Oxford University Press
Journals Customer Service Department
Great Clarendon Street
Oxford OX2 6DP
Royaume-Uni
☎ 44 1865 353907-claim
<http://www.oxfordjournals.org>

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

Diffusion :
Baywood Publishing Compagny, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis
<http://baywood.com>

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/>

ISSUES IN INTERNATIONAL HEALTH POLICY

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

J

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

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

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

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

L

LANCET (THE) : Edition anglaise

Rédaction : The Lancet Ltd
32 Jamestown Road
London NW1 7BY, UK
Royaume-Uni
☎ 00 44 207 424 4910
<http://www.thelancet.com/>

Customer Services
Elsevier Ltd

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

The Boulevard
Langford Lane, Kidlington
Oxford OX5 1GB
Royaume-Uni
☎00 44 186 584 3077
custserv@lancet.com

LETTRE DE L'OFCE

Rédaction : OFCE
(Observatoire Français des Conjonctures
Economiques)
Diffusé par : Presses de Sciences Po
44, rue du Four
75006 Paris
☎ 01 44 39 39 60
Fax : 01 45 48 04 41
<http://www.ofce.sciences-po.fr>

LETTRE DU CEPPII (La)

CEPII - Centre d'Etudes Prospectives et
d'Informations Internationales.
113, rue de Grenelle
75007 Paris
<http://www.cepii.fr/welcome.asp>

LETTRE DU COLLEGE

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/>



MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unaformec
(Union nationale des associations de for-
mation médicale continue)
261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex

☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unformec@wanadoo.fr
<http://www.unaformec.org>
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

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

Ordre des médecins
180, bd Haussmann,
75389 Paris Cedex 08
☎ 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>

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

MILBANK QUARTERLY (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.wkpharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html (recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

N

**NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
(THE)**

Rédaction :
The Massachussets Medical Society
Diffusion en France : EMD France SA
BP 1029
59011 Lille cedex
☎ 03 20 30 03 02
Fax : 03 20 57 07 60
<http://content.nejm.org/>

NOTE D'ANALYSE

Rédaction et diffusion :
Centre d'analyse stratégique
18 rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
☎ : 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/Les-notes-d-analyses>

NOTES DE L'IES (LES)

IES – Institut Européen du Salariat
Université Paris Ouest Nanterre,
Maison Max Weber
200, av.de la République,
92001 Nanterre cedex 01.
Email : notes-ies-subscribe@ies-salariat.org
<http://www.ies-salariat.org/spip.php?rubrique10>

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>

**PERSPECTIVES SANITAIRES &
SOCIALES**

FEHAP – fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés
à but non lucratifs
179 Rue de Lourmel

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

75015 Paris
Email : contact@fehap.fr
<http://www.fehap.fr/>

PHARMACEUTIQUES

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

PLOS MEDICINE

U.K./European Office
Public Library of Science
7 Portugal Place
Cambridge CB5 8AF
Royaume-Uni
☎ : +44(0)1223 463 330
<http://medicine.plosjournals.org/>

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

POLITIQUES SOCIALES ET FAMILIALES

Diffusion : CNAF
(Caisse Nationale des Allocations
Familiales)
23, rue Daviel
75634 Paris Cedex 13
Email : patricia.lefebvre@cnafr.fr
<http://www.cnafr.fr>

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/
(sommaires 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/
(tous les numéros sont en ligne à partir du
n° 298 de février 1995, et quelques numéros
entre 1992 et 1994)

**POUVOIRS LOCAUX : LES CAHIERS DE
LA DECENTRALISATION**

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

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

**PRATIQUES ET ORGANISATION DES
SOINS**

Rédaction : DSES / CNAMTS
50 avenue Professeur André Lemierre
75986 Paris Cedex 20

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

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)

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>
(sommaires des numéros depuis 1999, index des articles par pays et par thème depuis 1993)

PUBLIC HEALTH REPORTS

Diffusion :
Association of Schools of Public Health
1900 M Street NW, Suite 710
Washington, DC 20036
Etats-Unis
☎ 877-478-2468 or 202-296-1099
Fax: (202) 296-1252
Email : support@publichealthreports.org
<http://publichealthreports.org/>

PUBLIC HEALTH REVIEWS

Presses de l'EHESP
Avenue du Professeur-Léon-Bernard
CS 74312
35043 Rennes Cedex, France
<http://www.publichealthreviews.eu>



REGARDS

Rédaction et diffusion : E.N.3.S.
(Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale)

(ex C.N.E.S.S.S. - Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale)
27, rue du Docteur Charcot
42031 St Etienne
☎ 04 77 81 15 15
Fax : 04 77 81 15 00
Email : en3s@en3s.fr
<http://www.en3s.fr/>

REGARDS SUR L'ACTUALITE

Rédaction : Premier Ministre

Diffusion : La Documentation Française
29-31, Quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 72 30
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues>

RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Diffusion : Editions de santé
49 rue Galilée
75116 Paris
☎ 01 40 70 16 15
laetitia.dupas@editionsdesante.fr

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 D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE
PUBLIQUE**

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
☎ 01 71 16 55 99

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)

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL

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

REVUE 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 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/>

PRESCRIRE (La Revue)

Rédaction et diffusion :
Association Mieux Prescrire
83, bd Voltaire
BP 459

S

SANTE DE L'HOMME (LA)

Rédaction et diffusion : I.N.P.E.S.
(Institut National de Prévention et
d'Education pour la Santé)
42, Bd de la Libération
93203 St Denis cedex
☎ 01 49 33 22 22
<http://www.inpes.sante.fr>
=> La santé de l'Homme (sommaires des
6 derniers numéros, liste des numéros
depuis
le n° 327, index à partir de 1999)

SANTE ET TRAVAIL

Rédaction : Mutualité française
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
☎ 01 40 43 30 30

Diffusion : santé et travail abonnements
12, rue du Cap Vert
21800 Quétigny
☎ 03 80 48 10 25
Email : abonnements@sante-et-travail.fr
<http://www.sante-et-travail.fr/>

SANTE MENTALE

Carnet d'adresse des éditeurs
Publisher Address Book

Rédaction et diffusion : Editions Acte
Presse
12, rue Dupetit Thouars
75003 Paris
☎ 01 42 77 52 77
Fax : 01 42 77 52 37
Email : santementale@wanadoo.fr
<http://www.santementale.fr/>

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)

SANTE SOCIETE 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

SCIENCES & AVENIR

Rédaction : 62, rue Richelieu
75002 Paris
☎ 01 55 35 56 00

Diffusion des n° courants :
8, rue Aboukir
75002 Paris
☎ 01 40 26 86 11

Diffusion des n° Hors Série
80, rue Montmartre
75002 Paris
☎ 01 44 76 92 30
<http://tempsreel.nouvelobs.com/actualites/sciences/>

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS
(Association pour le Développement des
Sciences Sociales de la Santé)

Diffusé par : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : marketing@jle.com
[http://www.john-libbey-
eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm](http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm) (résumés en
ligne depuis 1997)

[http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/
e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml](http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml)

SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE

Diffusion : Elsevier Science
Customer Service Department
PO Box 211
1001 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 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](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description)

**SERIE ETUDES ET RECHERCHES -
DOCUMENTS DE TRAVAIL**

Rédaction et diffusion :
Ministère chargé de la santé
DREES
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
[http://www.sante.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche
.html](http://www.sante.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche.html)

**SERIE STATISTIQUES- DOCUMENT DE
TRAVAIL**

Rédaction et diffusion :
Ministère chargé de la santé
DREES
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.html>

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

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