

Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique
en économie de la santé
Mars - Avril 2004

■ **Service Documentation**

Présentation

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

- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Base de Données Santé Publique dont le CREDES est l'un des nombreux producteurs (Minitel : 3617 code BDSP ; Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).

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

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

Le CREDES est disponible sur Internet.

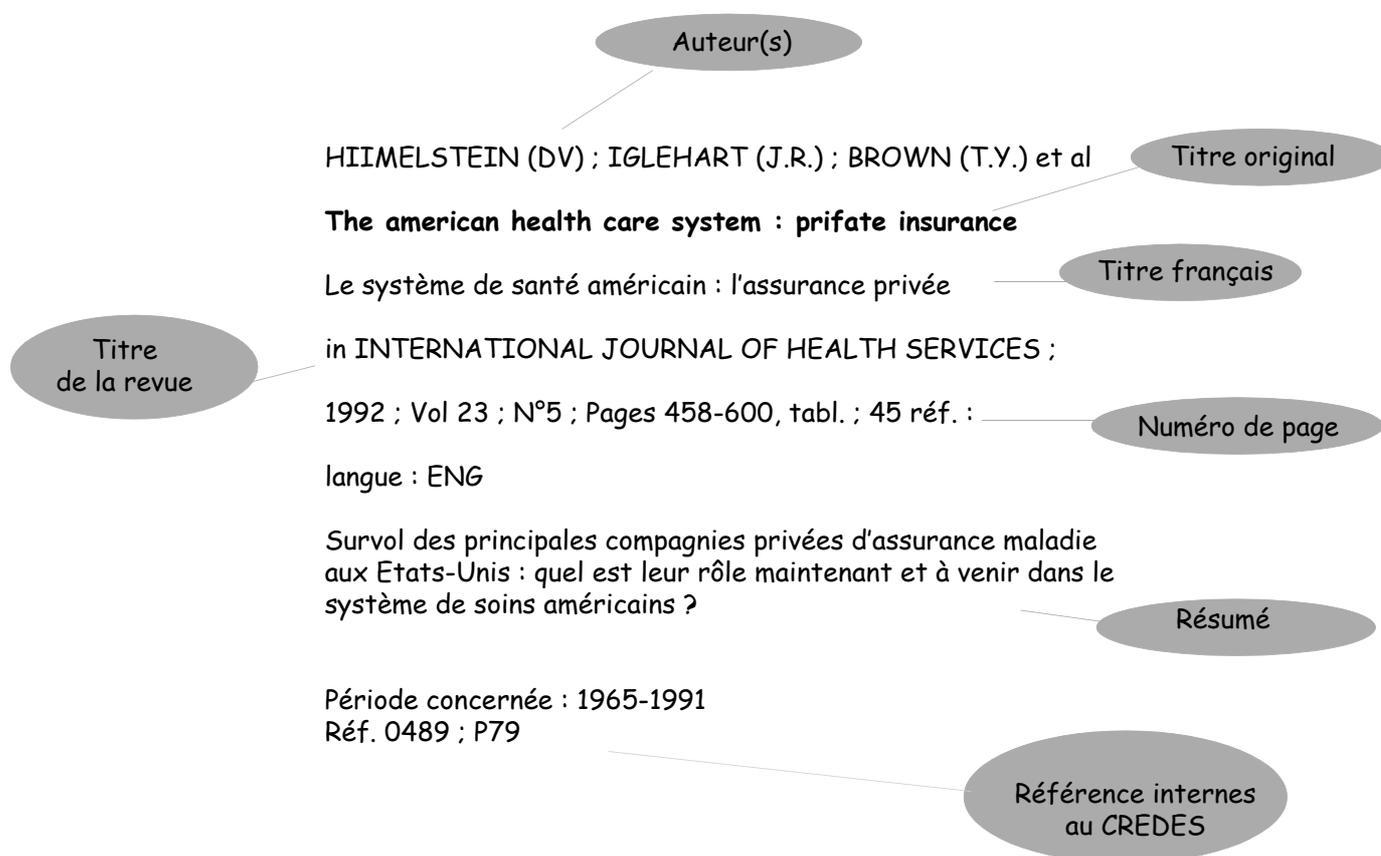
Pour contacter le centre de documentation :

E-Mail : document@credes.fr

Pour obtenir des informations sur le CREDES et ses prestations :

Serveur Web : www.credes.fr

Comment lire une notice ?



Signification des abréviations

et al.	☛	(et alii) et d'autre auteurs
vol.	☛	numéro de volume de la revue
n°.	☛	numéro de la revue
tabl.	☛	Présence de tableau
graph	☛	Présence de graphiques
Réf.	☛	Références bibliographiques citées à la fin du texte
Réf. bibl.	☛	Références bibliographiques citées dans le corps

Sommaire

**Nous vous rappelons
qu'il ne sera délivré**

aucune photocopie

**par courrier des documents
signalés dans ce bulletin**

Sommaire

● **Références bibliographiques..... 15**

POLITIQUE DE SANTÉ (17 à 18)

Décentralisation 17
Efficience 17
Gouvernance 17-18
Réformes 18

PROTECTION SOCIALE (18 à 22)

Assurance maladie 18-19
Assurance privée 19
Cmu 19
Mutualité 19-20
Politique familiale 20
Retraite 20-21
Soins transfrontaliers 21-22

DÉPENSES DE SANTÉ (22 à 29)

Analyse temporelle 22
Asthme 22
Biologie 22-23
Comptes protection sociale 23
Comptes de la santé 23-24
Concentration 24
Diabète 24
Had 24-25
Indemnités journalières 25
Médicaments 25-26
MSA 26
Prestation handicap 26-27
Prestations sociales 27
Prestations vieillesse 27-28
Sclérose en plaque 28
Snaf 28
Soins ambulatoires 28-29
Vieillesse 29

CONSOMMATION MÉDICALE (29 à 31)

ALD 29-30
Couverture sociale 30
Médicaments 30-31

INDICATEURS DE SANTÉ (31 à 34)

Accidents de la vie courante 31
Accidents du travail 31-32
Alcoolisme 32-33
Hypertension artérielle 33
Santé et travail 33-34
Santé mentale 34

PERSONNES ÂGÉES (34 à 40)

APA 34-35
Astreintes 35
Dépendance 35
Conditions de vie 36
Institutions sanitaires 36-37
Soutien à domicile 37-38
Vieillesse et santé 38-40

GROUPES DE POPULATION (40 à 44)

Action sociale 40
Discriminations 40-41
Pauvreté 41-42
Personnes handicapées 41-42
Rma 42-43
Comportement à risque 43
Sans domicile fixe 43
Enfants 44

GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ (44 à 46)

Aide sociale.....	44-45
Bourgogne	45
Démographie médicale	45
Disparités régionales	45-46
Distance d'accès.....	46
Île-de-France.....	46

MÉDECINE LIBÉRALE (46 à 50)

Activité professionnelle	46-47
Canicule	47
Conventionnement.....	47
Démographie médicale	47-48
Dépassement d'honoraires	48
Etudiants en médecine	48
Médecins généralistes	48-49
Pédiatres.....	49
Pratique médicale	49-50
Revenus.....	50

HÔPITAL (50 à 54)

Chirurgie ambulatoire.....	50-51
Cliniques privés.....	51
Gestion hospitalière	52
Hospitalisation à domicile	53
Interventions chirurgicales	53
Plan 2007.....	53
Planification sanitaire	53-54
Réseaux de soins	54
Urgence hospitalière	54

PROFESSIONS DE SANTÉ (54 à 57)

Activités professionnelles.....	54-55
Conditions de travail	55
Infirmiers	55-56

Masseurs-kinésithérapeutes	56
Orthophonistes, orthoptistes	56
Pharmaciens	57
Relations soignants-soignés	57
Revenus	57

MÉDICAMENTS (58 à 61)

Antibiotiques.....	58
Bilan annuel	58
Bioéthique	58
Iatrogénie	58-59
Innovations médicales.....	59-60
Médicaments génériques	60-61
Réglementation	61
Régulation	61

SYSTEMES DE SANTÉ ÉTRANGERS (61 à 65)

Allemagne	61-62
Brésil	62
Europe	62-63
Grèce	63
Monde	63
Royaume-Uni	63-65

PRÉVISION - ÉVALUATION (65)

Analyses économiques	65
----------------------------	----

MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE (65 à 68)

Comptes de la prévention	65-66
Comptes de la santé	66
Contrôle de qualité	66-67
Enquêtes	67-68
Indices des prix	68
Recensement	68
Tarification santé	68

DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE (69 à 73)

Famille	69
Fécondité	69
Indicateurs démographiques.....	69-70
Logement.....	70-71
Mobilité professionnelle	71
Mortalité	71
Niveau de vie	72
Projections démographiques	72-73
Taille corporelle.....	73
Vie associative	73

ÉCONOMIE GÉNÉRALE (73 à 74)

Comptes de la Nation	73-74
Revenus.....	74
Travail	74

DOCUMENTATION-INFORMATIQUE (75)

Recherche documentaire.....	75
Réglementation.....	75

- Choix des références
d'après Medline et Embase 77 à 118
- Index des auteurs 119 à 124
- Carnet d'adresses des éditeurs 125 à 133
- Calendrier des colloques 135 à 142

Références bibliographiques

POLITIQUE DE SANTÉ

Décentralisation

24429

FASCICULE

POLTON (D.)

Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA

Décentralisation des systèmes de santé.

Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2003/10 ; vol. : n° 72 : 8p.

QES 72

<http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum72.pdf>

Une revue d'expériences étrangères, illustrant différentes formes de décentralisation du système de santé, est proposée dans ce document. Elle permet de dégager quelques réflexions et interrogations pouvant nourrir la réflexion dans le contexte français : que montrent les évolutions récentes ? Comment se modifient les répartitions de compétences entre les niveaux de gestion du système ? Quel impact en termes d'efficacité et de maîtrise des coûts ? Quel est le prix à payer en termes d'équité ?

POLITIQUE SANTE, SYSTEME SANTE, REFORME, DECENTRALISATION, MAITRISE DEPENSE, TRANSFERT COMPETENCE, EFFICIENCE, EQUITE

FRANCE, PAYS SCANDINAVES, DANEMARK, NORVEGE, ESPAGNE, ITALIE, ALLEMAGNE, QUEBEC

ETUDE COMPAREE

Efficiency

24707

FASCICULE

GRAVELLE (H.), JACOBS (R.), JONES (A. M.), STREET (A.)

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

Comparer l'efficacité des systèmes de santé nationaux : une analyse de sensibilité de l'approche de l'OMS.

Comparing the efficiency of national health systems : a sensitivity analysis of the WHO approach.

CHE TECHNICAL PAPER SERIES

2002/10 ; vol. : n° 25 : 19p., 4 tabl.

P149/5

www.york.ac.uk/inst/che/tech.htm - <http://www.york.ac.uk/inst/che/tp25.pdf>

www.york.ac.uk/inst/che/tp25.pdf

Les auteurs de cette étude s'étaient donné pour objectif d'évaluer la robustesse des méthodes économétriques utilisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour mesurer l'efficacité des systèmes de santé. Pour cela, ils ont utilisé les mêmes données que l'OMS, sur la période 1997 pour 50 pays, et 1993-1997 pour 141 pays. L'efficacité de chaque pays concernant la promotion de la santé auprès des populations a été estimée après avoir pris en compte les dépenses de santé, et tous les autres niveaux de dépenses et d'éducation. Les scores d'efficacité ont été comparés selon différentes définitions de l'efficacité et différentes méthodes d'estimation. Les résultats montrent que les classements des pays et les scores d'efficacité sont sensibles aux définitions de l'efficacité et du choix des modèles.

PERFORMANCE, EFFICIENCE, SYSTEME SANTE, INDICATEUR

PAYS DEVELOPPE

EVALUATION, METHODE, MODELE ECONOMETRIQUE, RESULTAT, ETUDE COMPAREE, DEFINITION, CONCEPT

Gouvernance

24544

ARTICLE

BRAS (P.L.)

Notre système de soins est-il gouverné ?

DROIT SOCIAL

2003/11 ; vol. : n° 11 : 1005-1013

P109

Le gouvernement a annoncé son intention de "poser sans tarder les fondations d'une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie". Le débat est donc ouvert ou plutôt relancé, tant la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités est affirmée, en permanence, depuis des années, par les responsables politiques. Cet article aborde ce débat à partir du verbe "gouverner" plutôt que du substantif gouvernance. Tout d'abord, par réaction de prudence devant les effets de mode. Ensuite, parce que l'auteur se concentre sur les relations qu'entretiennent les institutions dotées d'une autorité sur le secteur sans prétendre analyser l'ensemble des rapports de pouvoir et d'influence qui se nouent entre les différents acteurs et partenaires. Enfin, parce qu'il y a bien un dispositif de gouvernance mais l'on y manque singulièrement de capacités à gouverner. Cet article dresse donc un constat de la situation, souligne les inco-

hérences, analyse plus particulièrement les pouvoirs des caisses d'assurance maladie et des partenaires sociaux avant d'essayer de tracer les perspectives d'évolution ouvertes par le projet de créer des agences régionales de santé.

POLITIQUE SANTE, SYSTEME SANTE, REFORME, REGIME PROTECTION SOCIALE, ADMINISTRATION
ETAT, ACTEUR, HOPITAL, MEDICAMENT, MEDECINE VILLE, DECENTRALISATION, AGENCE SANITAIRE

FRANCE

ETUDE CRITIQUE, OPINION PUBLIQUE ▲

25244

ARTICLE

BUGUET (R.)

Notre système de soins est-il gouverné ? Réactions aux analyses de Pierre-Louis Bras.

DROIT SOCIAL

2004/01 ; vol. : n° 1 : 106-110

P109

L'Union Professionnelle Artisanale (UPA) a pris connaissance avec étonnement de l'article de Pierre-Louis Bras paru dans Droit social, n° 11 de novembre 2003 : " Notre système de soins est-il gouverné ", qui selon elle donnait une vision non constructive et complètement dépassée du système. Dans cet article, l'UPA, qui assure seule la représentation du collège " employeurs " au sein des Conseils d'administration depuis 2001, revient sur deux questions soulevées par les écrits de Pierre-Louis Bras : y-a-t-il une cohérence entre les compétences et les responsabilités financières ? Le système est-il bloqué ?

SYSTEME SANTE, ACTEUR, ADMINISTRATION, FINANCEMENT SOINS, ADMINISTRATION ETAT, ORGANISME PROTECTION SOCIALE, MAITRISE DEPENSE, RESPONSABILITE, EFFICACITE

FRANCE

ANALYSE PROBLEME



Réforme

24559

ARTICLE

LE PEN (C.)

Guérir l'assurance maladie.

SOCIÉTAL

2003 ; vol. : n° 42 : 10-16

P114

Cet article tente à montrer que la réforme de l'as-

surance maladie semble possible en France en se basant sur trois points-clés : la clarification des rapports entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie, la redéfinition des rôles entre assurance maladie de base et couverture complémentaire, une meilleure coordination de l'ensemble du système de santé. Mais les dépenses de santé vont continuer d'augmenter sous le triple effet de la démographie, de la technologie et de l'évolution de la demande sociale.

ASSURANCE MALADIE, COMPTE SECURITE SOCIALE, DEFICIT, CRISE, REFORME, POLITIQUE SANTE, MAITRISE DEPENSE, DEPENSE SANTE, REGULATION, REGIME PROTECTION SOCIALE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE

FRANCE, ALLEMAGNE

PROTECTION SOCIALE



Assurance maladie

09184

ARTICLE

LENSEIGNE (F.), RICORDEAU (P.)

Assurance maladie : un bilan par génération.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

1997/09 ; vol. : n° 307 : 59-76, 2 ann., 12 graph.2 tabl.

S18

Handicapée par une croissance économique ralentie, l'assurance maladie fait aujourd'hui l'objet d'interrogations. Pour apporter quelques éléments de réflexion supplémentaires autour du mécanisme de répartition, les auteurs ont réalisé pour chaque génération née entre 1930 et 1970 un bilan des bénéfices et des contributions auxquels donne lieu le système de protection sociale. Les projections nécessaires à cette évaluation croisent les trois scénarios économiques du livre blanc sur les retraites avec trois variantes concernant les dépenses de santé (rigueur, dérive, scénario central). Cela conduit à rapporter le montant actualisé des prestations dont bénéficient l'ensemble des personnes d'une même génération à celui des cotisations qu'elles ont acquittées. Le rendement de l'assurance maladie par génération est pour l'essentiel fonction des performances en matière de croissance sur le long terme.

RENTABILITE, REDISTRIBUTION, GENERATION, ASSURANCE MALADIE, FINANCEMENT, COTISATION SOCIALE, PRESTATION ESPECE, DEPENSE SANTE, CROISSANCE ECONOMIQUE, CHOMAGE, DEMOGRAPHIE, ACTIVITE PROFESSIONNELLE

FRANCE

EVALUATION, MODELE, ETUDE PROSPECTIVE, METHODOLOGIE



Assurance privée

25534

FASCICULE

BUCHMULLER (Th. C.), COUFFINHAL (A.)

Organisation de Coopération et de Développement Economique. (O.C.D.E.). Paris. FRA

L'assurance privée de santé en France.

Private Health Insurance in France.

OECD HEALTH WORKING PAPERS

2003/03/11 ; vol. : n° 12 : 29p.

B4332

<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>

Si la France a un système d'assurance maladie publique universel, la couverture qu'il propose n'est pas complète et la majorité de la population française a une assurance complémentaire privée. La France est le troisième pays de l'OCDE en ce qui concerne la part des dépenses de santé financées par l'assurance privée, mais contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, l'assurance privée ne permet pas de couper des files d'attente dans le secteur public ou d'avoir accès à des prestataires proposant des services plus élitistes. En fait, l'assurance privée rembourse les co-paiements du système public et couvre des services mal pris en charge par ce dernier, comme les prothèses dentaires et les lunettes. Ce document présente donc ce système d'assurance privée, et décrit son évolution au cours du temps.

ASSURANCE MALADIE, ASSURANCE PRIVEE, COUVERTURE COMPLEMENTAIRE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, FINANCEMENT SOINS, DEPENSE SANTE, TIERS PAYANT, CONSOMMATION MEDICALE, IMPACT, PERFORMANCE, REGULATION, MENAGE, PCS, REVENU

FRANCE



Cmu

25290

FASCICULE

BOISGUERIN (B.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la

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

Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2003.
ETUDES ET RESULTATS

2004/01 ; vol. : n° 287 : 4p., 2 graph., 2 carte, 1 schéma

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er287.pdf>

Ce document propose un bilan au 30 juin 2003 de la Couverture maladie universelle (CMU) : nombre de bénéficiaires ; part des bénéficiaires ayant l'option organisme complémentaire ; taux de couverture selon les départements (en France et dans les DOM) ; taux de sortie du dispositif ; nombre de nouveaux entrants dans le dispositif...

REMBOURSEMENT, BENEFICIAIRE, AIDE MEDICALE GENERALE, TAUX, COUVERTURE SOCIALE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT, DOM

DONNEE STATISTIQUE



Mutualité

23634

FASCICULE

ROUSSEL (P.)

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

La mutualité en France : un panorama économique en 2000.

ETUDES ET RESULTATS

2003/05 ; vol. : n° 241 : 8p., 9 tabl.

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er241.pdf>

Ce document propose un panorama économique de la mutualité en France en 2000 : effectifs et structures de l'ensemble des groupements mutualistes ; montant et types de prestations versés ; chiffre d'affaires des réalisations sociales ; montants versés selon le type de mutuelle ; cotisations et prestations par catégorie de groupement...

MUTUELLE, SECTEUR MUTUALISTE, FINANCEMENT SOINS, REMBOURSEMENT, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, PROTECTION SOCIALE, SOINS DENTAIRE, OPTIQUE, CLASSIFICATION, CHIFFRE AFFAIRE

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE,BILAN



Politique familiale

23971

FASCICULE

ABRAMOVICI (G.)

Eurostat. Office Statistique des Communautés Européennes. (O.S.C.E.). Luxembourg. LUX

La protection sociale : les prestations familiales en espèces en Europe.

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2003/07 ; vol. : n° 19 : 4p., 3 tabl., 1 graph.

S30/3

http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/dashop/print-product/FR?catalogue=Eurostat&product=KS-NK-03-019-__-N-FR&mode=download

Représentant environ 5% des prestations de protection sociale en 2000, les prestations familiales en espèces se caractérisent par de fortes disparités de niveau dans l'Union européenne. Ces prestations se sont accrues au cours de la décennie 90. La baisse de la natalité sur cette période a été plus que compensée par des dispositions législatives plus favorables mises en application dans le cadre des politiques familiales nationales.

PROTECTION SOCIALE,DEPENSE SOCIALE, PRESTATION ESPECE,PRESTATION NATURE,PRESTATION FAMILIALE,ALLOCATION FAMILIALE,DEMOGRAPHIE, NATALITE

EUROPE

DONNEE STATISTIQUE, METHODOLOGIE, ETUDE COMPAREE, DEFINITION ▲

24437

FASCICULE

RUVAULT (M.),PENET (S.),LE CORRE (V.),LE COSQUER (C.),VIELFAURE (N.),LE LAIDIER (S.),DE ROQUEFEUIL (L.),BONNET (N.)

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

Les pères bénéficiaires du congé de paternité en 2002.

ETUDES ET RESULTATS

2003/10 ; vol. : n° 266 : 4p., 3 tabl., 4 graph.

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er266.pdf>

A partir d'une enquête menée en mars 2003 avec le concours des caisses de Sécurité sociale, ce document donne des premiers éléments d'information sur le profil des pères bénéficiaires du congé de paternité en fonction de sa durée, du délai écoulé entre la naissance de l'enfant et le début du congé, de leur âge et de leur niveau de revenu.

CONGE MATERNITE,PATERNITE,POLITIQUE FAMILLE,BENEFICIAIRE,AGE MERE NAISSANCE,REGIME GENERAL,REGIME AGRICOLE,REGIME PROTECTION SOCIALE,REGIME PARTICULIER,AGE,REVENU,PCS

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, METHODOLOGIE, ENQUETE



Retraite

24471

FASCICULE

RAYNAUD (E.)

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

L'évolution des retraites versées entre 1997 et 2001.

ETUDES ET RESULTATS

2003/11 ; vol. : n° 270 : 12p., 8 tabl.

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er270.pdf>

L'Echantillon Interrégime de Retraités (EIR), outil du rapprochement des informations provenant des différents régimes de retraite, permet de reconstituer la retraite totale d'un individu. Pour réaliser cet échantillon, la DREES en collaboration avec l'INSEE, interroge tous les quatre ans la quasi-totalité des caisses de retraite obligatoire. Les EIR 1997 et 2001, permettent de connaître l'évolution des pensions de 1997 à 2001, le nombre de retraités, le niveau des pensions moyennes des retraités, ainsi que le nombre moyen de droits directs perçus par un retraité.

RETRAITE,PENSION RETRAITE,PENSION REVERSION,PRESTATION VIEILLESSE,REGIME GENERAL,REGIME RETRAITE,REGIME RETRAITE COMPLEMENTAIRE,CAISSE RETRAITE,POLITIQUE VIEILLESSE,BENEFICIAIRE,REGIME AGRICOLE,REGIME PARTICULIER,AGE,SEXE

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, ANALYSE CHRONOLOGIQUE

QUE, ENQUETE, METHODOLOGIE ▲

25542

ARTICLE

CAILLOT (L.), COLIN (C.), MICHAUDON (H.),
EL MEKKAOUI DE FREITAS (N.)

L'échantillon inter-régimes de cotisants : un instrument de pilotage pour le système de retraite français.

DROIT SOCIAL

2004/02 ; vol. : n° 2 : 193-200

P109

Cet article présente l'échantillon inter-régimes de cotisants (EIC), système d'information et d'analyse de la retraite en France. A l'instar d'autres instruments statistiques innovants, cet échantillon fournit un exemple illustratif de la progression de l'appareil statistique. Dans le sillage de l'Echantillon Inter-régimes de Retraités (EIR), qui a contribué à en attester le besoin - en révélant en particulier l'ampleur du problème des pluri-pensionnés, puisque les statistiques de gestion de chaque régime ne peuvent fournir de vision consolidée - il est susceptible de renouveler la connaissance d'une politique publique majeure. Intégré comme l'EIR, à un système d'information automatisé permanent, l'EIC permettra ainsi de révéler et de formaliser des aspects jusqu'ici peu ou pas documentés, notamment l'équité entre les régimes de retraite.

REGIME RETRAITE,ECHANTILLON

FRANCE

SYSTEME INFORMATION



Soins transfrontaliers

24675

ARTICLE

PALM (W.)

La Cour de justice européenne et la mobilité des patients : un nouveau pas franchi.

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2003/07-09 ; vol. 34 : n° 3 : 175-181

P25 <http://www.ameli.fr/pdf/1223.pdf>

Pratiquement cinq ans après les arrêts " pionniers " rendus dans les affaires Kohll et Decker, la Cour de justice des communautés européennes a franchi un nouveau pas dans l'ouverture des frontières intracommunautaires aux patients. Dans son jugement relatif aux affaires Müller-Fauré et Van Riet (C-385/99), les juges de Luxembourg ont arrêté que l'exigence d'une autorisation préalable en vue de bénéficier de soins non hospitaliers dans un Etat membre

autre que celui d'affiliation ne peut se justifier. Par ailleurs, un document de la Commission européenne confirme que seuls quelques Etats membres ont véritablement modifié leur pratique administrative depuis la publication des premiers arrêts en 1998 (Résumé d'auteur).

DROIT COMMUNAUTAIRE,COUR JUSTICE EUROPEENNE,JURISPRUDENCE,MOBILITE GEOGRAPHIQUE,MALADE,ACCES SOINS,REMBOURSEMENT,SOINS HOSPITALIERS,SOINS AMBULATOIRES

FRANCE,EUROPE CEE

REGLEMENTATION,EVOLUTION ▲

24676

ARTICLE

COHEUR (A.)

Les zones frontalières sont-elles créatrices de nouvelles perspectives dans le domaine de la mobilité des patients ?

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2003/07-09 ; vol. 34 : n° 3 : 183-189

P25

<http://www.ameli.fr/pdf/1227.pdf>

Les régions frontalières constituent d'importantes zones expérimentales où les contradictions entre les systèmes de Sécurité sociale apparaissent clairement mais en même temps donnent lieu à des projets novateurs. Les partenariats mis en place sont assurément le principal moteur d'une approche plus européenne des soins de santé. Ces projets se heurtent également à différents obstacles : d'un côté le cadre réglementaire national inadapté à une perspective européenne, de l'autre, le manque de cohérence entre les différentes initiatives transfrontalières qui pourraient certainement être optimisées par le politique européenne. Ces projets nous donnent un éclairage sur les possibilités d'actions transfrontalières. Deux types d'approche semblent se dégager, l'une portant sur les pratiques de conventionnement, l'autre sur la mobilité transfrontalière intentionnelle des citoyens. Ces deux approches, dans la pratique, nécessitent toujours une dérogation au principe de la territorialité des prestations qui trouve son fondement dans les limites de l'offre de soins dans les régions frontalières. Cependant faut-il voir dans la multiplication des projets transfrontaliers une menace pour la politique de santé nationale ? Non, ce serait manquer de perspicacité que de freiner ces initiatives dans le seul but de préserver aussi longtemps que possible les systèmes nationaux de santé existants, ce serait passer à côté des besoins existants des individus dans

les régions frontalières, ce serait négliger les opportunités d'une planification plus optimale de l'offre de santé, ce serait gâcher les chances de guider le processus d'eupéanisation des soins de santé à partir des expériences concrètes de terrain (Résumé d'auteur).

DROIT COMMUNAUTAIRE, ASSURANCE MALADIE, MOBILITE GEOGRAPHIQUE, MALADE, ACCES SOINS, CONVENTIONNEMENT, PARTENARIAT, PRATIQUE COOPERATIVE, COOPERATION INTERHOSPITALIERE, SOINS HOSPITALIERS, SOINS AMBULATOIRES, CAISSE ASSURANCE MALADIE

FRANCE, EUROPE CEE, NORD PAS DE CALAIS, BELGIQUE, ALLEMAGNE, PAYS BAS

EVOLUTION, REGLEMENTATION, ETUDE CAS, EXPERIENCE, PROJET

DÉPENSE DE SANTÉ

Analyse temporelle

23921

FASCICULE

CAUSSAT (L.), FENINA (A.), GEFFROY (Y.)

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

Quarante années de dépenses de santé : une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001.

ETUDES ET RESULTATS

2003/06 ; vol. : n° 243 : 12p., 2 tabl., 10 graph.

Pc83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er243.pdf>

Chaque année, les comptes de la santé fournissent une information sur le montant des dépenses de soins et de biens médicaux des Français, leur répartition entre différentes catégories de soins, et la ventilation de leur financement entre divers agents économiques (Sécurité sociale, État et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie, ménages). La prochaine livraison des comptes de la santé, qui portera sur l'année 2002, interviendra en juillet 2003. Compte tenu des changements de méthodologie du système des comptes nationaux, une série homogène des comptes de la santé n'avait pu être établie

que sur la période 1990-2001. Cette étude propose une rétopolation des comptes de la santé, qui permet de disposer désormais pour la période 1960-2001, soit plus de quarante ans, des données relatives à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elles sont ventilées suivant les nomenclatures et les définitions retenues par les comptes de la santé.

COMPTE SANTE, DEPENSE NATIONALE SANTE, DEPENSE SANTE, CONSOMMATION MEDICALE TOTALE, CONSOMMATION HOSPITALIERE, CONSOMMATION MEDICALE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, MEDECINE PREVENTIVE, CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, DEPENSE HOSPITALIERE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, BILAN, ANALYSE SPATIO-TEMPORELLE



Asthme

23756

ARTICLE

COM-RUELLE (L.), MIDY (F.)

Déterminants du coût de l'asthme persistant en Ile-de-France.

RESEAUX RESPIRATOIRE

2003/06 ; vol. : n° 7 : 6-8

C, R1397ter

Ce travail sur les déterminants du coût de l'asthme persistant complète d'une étude de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (URCAM-IdF) portant sur la prise en charge médicale des patients asthmatiques de 10 à 44 ans vivant en Ile-de-France. Il met en regard la dimension médicale et la dimension économique de l'asthme persistant.

ASTHME, COUT MALADIE, SOINS AMBULATOIRES, SOINS HOSPITALIERS, CONSOMMATION MEDICALE, PRATIQUE MEDICALE, THERAPEUTIQUE, MEDICAMENT, INADEQUATION, AGE

FRANCE REGION, ILE DE FRANCE

METHODOLOGIE, ETUDE REGIONALE, EVALUATION, EVALUATION ECONOMIQUE



Biologie

23728

FASCICULE

LENOIR (D.), ALLEMAND (H.), FENDER (P.), GOMEZ (E.), KUHN (A.F.), ROBBA (L.), CHASTAGNER (M.), MERLIERE (J.), CRIQUILLION (B.), MASSIOT (N.)